

PARTIE III

Les personnels de santé immigrés dans les pays de l'OCDE dans le contexte général des migrations de travailleurs hautement qualifiés*

* Ce chapitre a bénéficié d'une contribution de la Commission européenne, financée au travers du Programme de santé publique géré par la Direction générale de la santé et de la protection des consommateurs, ainsi que d'une contribution financière des Autorités suisses. Ce chapitre a été rédigé par Jean-Christophe Dumont (OCDE) et Pascal Zurn (OCDE, détaché par l'OMS). Ils ont bénéficié pour la partie statistique du concours de Christine le Thi et Gilles Spievogel.

Introduction

Ces dernières années, l'accroissement des pénuries de personnel de santé, en particulier de médecins et d'infirmiers, suscite une inquiétude grandissante dans les pays de l'OCDE. Ces pénuries risquent de s'aggraver encore au cours des deux prochaines décennies si des mesures adéquates ne sont pas prises, sachant que le vieillissement de la population et l'évolution des technologies devraient selon toute probabilité entraîner une hausse de la demande de travailleurs de la santé au moment même où l'offre décroîtra en raison du départ à la retraite de la génération issue du *baby-boom*. Les migrations internationales de travailleurs de la santé constituent l'une des solutions envisageables pour résoudre partiellement le problème, une solution que les pays de l'OCDE ont d'ailleurs d'ores et déjà commencé à utiliser.

Dans ces conditions, la concurrence s'accroît entre les pays de l'OCDE désireux d'attirer et de retenir des travailleurs hautement qualifiés de façon générale, et des personnels de santé plus particulièrement. Cette situation devient un sujet de préoccupation tant pour les pays d'origine que pour les pays d'accueil. Les inquiétudes qu'elle éveille dans les pays en développement ont été décrites dans le Rapport sur la santé dans le monde 2006 (OMS, 2006a). Plusieurs initiatives de portée internationale ont été lancées récemment¹ en vue de dégager des recommandations à l'intention des gouvernements sur les mesures à prendre pour surmonter la crise qui sévit à l'échelle mondiale dans le domaine des ressources humaines de la santé, notamment par l'élaboration de codes de conduite régissant le recrutement international des personnels de santé.

Pourtant, les données dont on dispose sur la mobilité internationale des personnels de santé sont encore peu nombreuses et de portée limitée, si ce n'est anecdotique. Ce manque de données a entraîné des problèmes d'interprétation sur ce phénomène déjà complexe et a altéré la possibilité de mettre en œuvre des politiques appropriées. Il est donc primordial de pouvoir s'appuyer sur des données fiables et comparables pour cerner le rôle joué par la mobilité internationale des travailleurs de la santé dans la structure des ressources humaines de la santé des pays de l'OCDE et appréhender ses répercussions dans les pays d'origine.

Ce chapitre a principalement pour objectif de broser un tableau complet et pertinent des personnels de santé immigrés dans les pays de l'OCDE afin d'éclairer le dialogue sur les politiques à suivre aux niveaux national et international. La première section se réfère à différentes sources de données pour caractériser la nature et l'ampleur des migrations internationales de médecins et d'infirmiers dans les pays de l'OCDE et aborde les enjeux fondamentaux de ces phénomènes migratoires pour les pays d'origine. La deuxième section propose une évaluation des évolutions les plus récentes et la troisième passe en revue les politiques des pays membres de l'OCDE vis-à-vis des migrations de personnels de santé. La conclusion est une synthèse des résultats de ces analyses mettant en évidence

les perspectives qui s'offrent aux pays d'origine et aux pays d'accueil ainsi que les défis qu'il leur faudra relever².

Principaux résultats

- Aux alentours de 2000, 11 % en moyenne des infirmiers et 18 % des médecins travaillant dans des pays de l'OCDE étaient nés à l'étranger. Il existe toutefois des écarts importants entre les pays qui correspondent en partie à des différences dans les caractéristiques des ressources humaines de la santé et de la structure globale des flux migratoires, notamment de travailleurs hautement qualifiés.
- On observe des différences notables, tant en valeur absolue qu'en pourcentages, entre les chiffres concernant les personnels de santé nés à l'étranger et ceux qui sont formés à l'étranger. Ces écarts ne sont cependant pas propres au secteur de la santé et la comparabilité internationale des données sur les travailleurs formés à l'étranger, qui proviennent des registres professionnels, laisse à désirer.
- Environ la moitié des médecins ou infirmiers nés à l'étranger qui travaillent dans des pays de l'OCDE sont installés aux États-Unis, près de 40 % en Europe, le solde se répartissant entre l'Australie et le Canada. La répartition par pays d'origine varie cependant nettement selon les pays de l'OCDE et les mouvements à l'intérieur de l'OCDE sont généralement importants.
- Les États-Unis sont le seul pays affichant un solde migratoire net positif vis-à-vis de tous les autres pays du monde pour les médecins et les infirmiers.
- Les infirmiers nés aux Philippines et les médecins nés en Inde représentent environ 15 % du nombre total de médecins et d'infirmiers immigrés dans des pays de l'OCDE. Le Royaume-Uni et l'Allemagne se situent respectivement en deuxième et troisième position dans le classement des pays d'origine.
- Les pays des Caraïbes et un certain nombre de pays d'Afrique, notamment de pays lusophones et francophones, mais aussi le Sierra Leone, la Tanzanie, le Liberia et, dans une moindre mesure, le Malawi, enregistrent des taux élevés d'émigration de médecins. Pour certains d'entre eux, ce taux élevé d'émigration, conjugué à la très faible densité des médecins sur place, crée une situation très préoccupante dans le secteur de la santé. Par ailleurs, certains grands pays d'origine, comme l'Inde ou la Chine, ne semblent pas particulièrement touchés par le problème, au moins au niveau global, en dépit du nombre élevé de personnels de santé issus de ces pays qui travaillent à l'étranger.
- Si l'on met en regard les données de l'OMS sur les pénuries de personnel par région et les chiffres concernant le nombre total de personnels de santé ayant émigré vers des pays de l'OCDE ventilés selon la région de naissance, il apparaît que la crise des ressources humaines de la santé qui sévit au niveau mondial ne peut être attribuée uniquement à des phénomènes migratoires. Il s'avère en particulier que les besoins en personnels de santé dans les pays en développement, selon les estimations de l'OMS, dépassent largement le nombre de travailleurs de la santé ayant émigré dans les pays de l'OCDE. Aussi, les migrations internationales ne sont-elles pas la cause principale, et leur diminution la solution à la crise mondiale des ressources humaines de la santé, même si elles exacerbent l'acuité des difficultés dans certains pays.
- Les tendances de long terme observées depuis environ 25 ans attestent que le nombre et la part relative de médecins formés à l'étranger a considérablement augmenté dans la

plupart des pays de l'OCDE, à l'exception notable du Canada. Cette augmentation a été particulièrement marquée dans les pays européens.

- Sur les cinq dernières années, une orientation très nette à la hausse de l'immigration peut être observée, ce que confirment les données relatives aux inscriptions sur les registres professionnels et aux permis de travail. Néanmoins, elle est moins marquée pour les infirmiers que pour les médecins.
- Les données récentes sur les flux d'entrées montrent une tendance à la diversification des pays d'origine. Les principaux pays d'origine, tels que l'Inde ou les Philippines, conservent leurs premières places, mais on constate à présent une intensification des flux en provenance de petits pays, notamment d'Afrique et d'Europe centrale et orientale.
- Dans les pays de l'OCDE, il n'existe à ce jour que très peu de programmes d'immigration spécifiques aux personnels de santé. Les accords bilatéraux n'ont pas joué un rôle important jusqu'ici. Néanmoins, la plupart des pays de l'OCDE ont adopté des dispositions spécialement destinées à faciliter les migrations de travailleurs hautement qualifiés de façon générale, et de personnels de santé plus particulièrement.
- La reconnaissance des qualifications acquises à l'étranger demeure un instrument important pour garantir le niveau élevé et la qualité des prestations de soins, mais elle est quelquefois aussi utilisée pour contrôler les entrées de travailleurs formés à l'étranger. Même si leurs systèmes présentent des caractéristiques communes, notamment le passage d'examens théoriques et pratiques et de tests linguistiques, les pays de l'OCDE appréhendent différemment la reconnaissance des qualifications acquises à l'étranger. Plusieurs d'entre eux ont mis en place des programmes spécifiquement destinés à réintégrer les personnels de santé formés à l'étranger dans leurs propres ressources humaines de la santé.
- Les immigrés apportent une précieuse contribution perceptible non seulement à travers les chiffres, mais si l'on prend aussi en compte le rôle qu'ils jouent en assurant la continuité du service la nuit ou pendant les congés de fin de semaine, notamment en Europe.

1. Les personnels de santé nés à l'étranger et formés à l'étranger dans les pays de l'OCDE

Les débats sur la mobilité internationale des personnels de santé pâtissent du caractère lacunaire des données, et notamment des incertitudes concernant les sources de données, de l'ambiguïté de la définition du travailleur migrant de la santé ou encore de la tendance à trop se fier à des données indirectes. Ces lacunes sont particulièrement pénalisantes lorsqu'on cherche à effectuer des comparaisons internationales. Dans une certaine mesure, elles ont contribué à obscurcir le débat sur la mobilité internationale des travailleurs de la santé. Certaines contributions récentes font état de ces difficultés et ont marqué des avancées sur le front de la comparabilité internationale des données (notamment Mullan, 2005; Bourassa *et al.*, 2004; Stilwell *et al.*, 2004; Diallo, 2004; Buchan *et al.*, 2003) même si elles ne portent généralement que sur un nombre limité de pays d'accueil.

Le présent chapitre a pour but de permettre de réaliser un pas en avant important en direction de la comparabilité des données sur un sujet politiquement sensible. La section qui suit s'ouvre par une description des principales caractéristiques des travailleurs de la

santé immigrés dans les pays de l'OCDE, qui a été établie à partir de différentes sources de données harmonisées de façon à donner un instantané de la situation aussi exact et pertinent que possible.

1.A. Le nombre de travailleurs de la santé immigrés dans les pays de l'OCDE

À l'aide de résultats de recensements de population et de registres de population autour de l'année 2000, nous avons réuni des informations en vue de procéder à une répartition détaillée en fonction des lieux de naissance des personnes exerçant des professions de santé pour 24 pays membres de l'OCDE^{3, 4}. Bien que ces données présentent quelques lacunes⁵, elles constituent néanmoins des estimations comparables du pourcentage de personnels de santé nés à l'étranger dans l'ensemble des ressources humaines de la santé dans les pays de l'OCDE et de la répartition des travailleurs de la santé par pays d'origine.

Une synthèse de ces informations est présentée dans le tableau III.1 qui fait apparaître le nombre total de travailleurs et le pourcentage de travailleurs nés à l'étranger dans les principales professions de la santé. Ces données sont complétées par des statistiques récentes sur les personnels de santé formés à l'étranger (voir tableau III.2) établies à partir de registres professionnels et/ou de données communiquées par des organismes d'habilitation.

Les personnels de santé nés à l'étranger dans la zone de l'OCDE : tentative de comparaison internationale

En 2000, 10.7 % en moyenne des infirmiers et 18.2 % des médecins employés dans les pays de l'OCDE étaient nés à l'étranger. On observe toutefois, pour l'une et l'autre des catégories, et de façon générale pour tous les personnels de santé, des variations importantes, selon les pays, de la part des personnels nés à l'étranger. Pour les médecins, ce pourcentage se situe entre 1.5 et 5 % au Mexique, en Pologne et en Finlande et s'échelonne entre 30 et près de 47 % au Luxembourg, au Royaume-Uni, au Canada, en Irlande, en Australie et en Nouvelle-Zélande. En valeur absolue, les États-Unis totalisent le nombre le plus élevé de médecins nés à l'étranger (près de 200 000), suivis par le Royaume-Uni (50 000) et la France (34 000). Dans ce dernier cas, les chiffres tiennent compte des personnes nées à l'étranger qui possèdent la nationalité française, notamment des Français nés en Algérie avant 1962⁶.

En règle générale, le pourcentage de personnes nées à l'étranger a tendance à être plus faible chez les infirmiers que dans d'autres professions de santé. La Grèce, la Suisse et, dans une moindre mesure, l'Allemagne, font exception à cette règle. Une partie des différences relevées entre les pourcentages relatifs d'immigrés dans les différentes professions de santé peut sans doute s'expliquer par la composition des ressources humaines de la santé en général. Selon Eco-Santé OCDE, la Grèce est le pays de l'OCDE qui affiche le plus fort taux d'encadrement médical par habitant (près de 4.5 ‰), mais le plus faible ratio médecins-infirmiers (moins de 1). À l'inverse, l'Irlande, le Canada et la Nouvelle-Zélande enregistrent les ratios médecins-infirmiers les plus élevés de l'OCDE (supérieurs à 4) et une part plus importante de médecins nés à l'étranger (plus de 13 points de pourcentage d'écart entre les médecins nés à l'étranger et les infirmiers nés à l'étranger).


En ce qui concerne les infirmiers, les États-Unis sont également le principal d'accueil puisqu'ils dénombrent environ 337 000 infirmiers nés à l'étranger (même si ceux-ci ne

Tableau III.1. **Personnels de la santé en activité par profession et lieu de naissance dans les pays de l'OCDE, circa 2000**

Pays de résidence	Infirmiers (CITP 223+323)			Professionnels de la santé (hors infirmiers) (CITP 222)			Médecins (CITP 2221)			Source	Année
	Total	Nés à l'étranger	% total (hors lieu de naissance inconnu)	Total	Nés à l'étranger	% total (hors lieu de naissance inconnu)	Total	Nés à l'étranger	% total (hors lieu de naissance inconnu)		
AUS Australie	191 105	46 750	24.8	114 184	38 333	33.9	48 211	20 452	42.9	Recensement	2001
AUT Autriche	56 797	8 217	14.5	40 353	5 794	14.4	30 068	4 400	14.6	Recensement	2001
BEL Belgique	127 384	8 409	6.6	62 101	6 350	10.2	39 133	4 629	11.8	LFS	1998-02
CAN Canada	284 945	48 880	17.2	116 370	37 220	32.0	65 110	22 860	35.1	Recensement	2001
CHE Suisse	62 194	17 636	28.6	32 154	8 595	26.7	23 039	6 431	28.1	Recensement	2000
DEU Allemagne	781 300	74 990	10.4	445 550	39 097	9.5	282 124	28 494	11.1	LFS	1998-02
DNK Danemark	57 047	2 320	4.1	22 665	2 112	9.3	14 977	1 629	10.9	Registre	2002
ESP Espagne	167 498	5 638	3.4	201 685	12 937	6.4	126 248	9 433	7.5	Recensement	2001
FIN Finlande	56 365	470	0.8	22 220	755	3.4	14 560	575	4.0	Recensement	2000
FRA France	421 602	23 308	5.5	331 438	48 823	14.7	200 358	33 879	16.9	Recensement	1999
GBR Royaume-Uni	538 647	81 623	15.2	218 369	63 786	29.2	147 677	49 780	33.7	Recensement	2001
GRC Grèce	39 952	3 883	9.7	21 920	1 621	7.4	13 744	1 181	8.6	Recensement	2001
HUN Hongrie	49 738	1 538	3.1	45 411	4 215	9.3	24 671	2 724	11.0	Recensement	2001
IRL Irlande	43 320	6 204	14.3	13 293	3 735	28.1	8 208	2 895	35.3	Recensement	2002
LUX Luxembourg	2 551	658	25.8	1 436	438	30.5	882	266	30.2	Recensement	2001
MEX Mexique	267 537	550	0.2	294 867	3 596	1.2	205 571	3 005	1.5	Recensement	2000
NLD Pays-Bas	259 569	17 780	6.9	66 640	9 649	14.5	42 313	7 032	16.7	LFS	1998-02
NOR Norvège	70 698	4 281	6.1	20 104	2 906	14.5	12 761	2 117	16.6	LFS	1998-02
NZL Nouvelle-Zélande	33 261	7 698	23.2	15 027	5 790	38.6	9 009	4 215	46.9	Recensement	2001
POL Pologne	243 225	1 074	0.4	163 791	4 389	2.7	99 687	3 144	3.2	Recensement	2002
PRT Portugal	36 595	5 077	13.9	36 258	6 238	17.2	23 131	4 552	19.7	Recensement	2001
SWE Suède	98 505	8 710	8.9	42 065	8 420	20.1	26 983	6 148	22.9	Registre	2003
TUR Turquie			..	128 700	6 984	5.4	82 221	5 090	6.2	Recensement	2000
USA États-Unis	2 818 735	336 183	11.9	1 229 221	256 893	20.9	807 844	196 815	24.4	Recensement	2000
OCDE	6 708 570	711 877	10.7	3 685 822	578 676	15.9	2 348 530	421 746	18.2		

Note : La classification CITP 222 comprend les dentistes, les pharmaciens, les vétérinaires et autres professions de la santé non mentionnées par ailleurs. Pour les États-Unis, la catégorie des infirmiers inclut les infirmiers diplômés et auxiliaires (respectivement 313 et 350 dans la classification par métier du recensement de 2000). Le nombre de médecins est estimé sur la base des professionnels de la santé en Belgique, en Allemagne, en Espagne, en Grèce, aux Pays-Bas, au Portugal, en Suède et en Norvège (Séparément pour les personnes nées dans le pays de résidence et celles nées à l'étranger). Pour des raisons de comparaisons internationales, aux États-Unis les personnes nées à Puerto Rico sont considérées comme des personnes nées à l'étranger (soit 5 162 professionnels de santé hors infirmiers dont 3 850 médecins et 6 701 infirmiers).

LFS : Enquête sur la population active.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/048676761366>

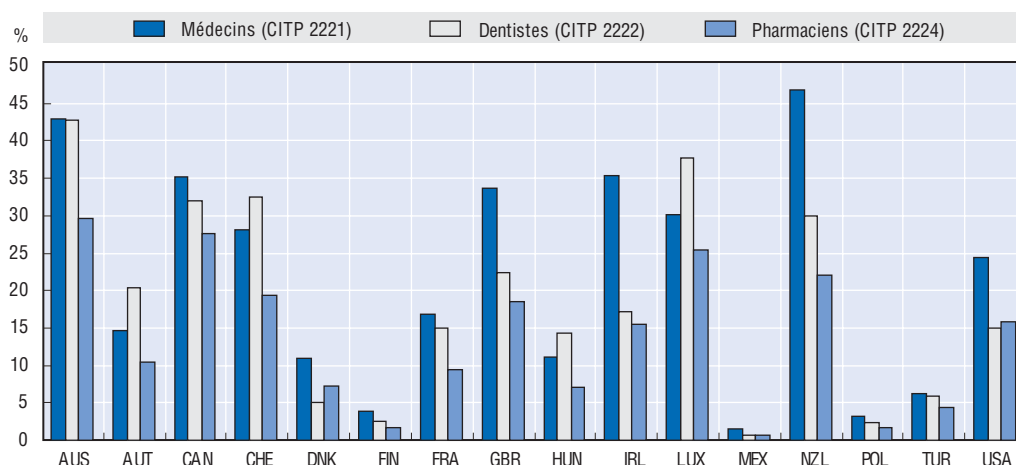
représentent que 12 % des travailleurs de la profession), suivis par le Royaume-Uni (82 000), le Canada (49 000) et l'Australie (47 000).

Lorsque les données tirées des recensements de population sont suffisamment détaillées pour permettre d'appréhender la situation d'autres personnels de santé, notamment des dentistes ou des pharmaciens, il apparaît que le pourcentage de personnes nées à l'étranger dans ces professions varie considérablement d'un pays à l'autre. Bien que le pourcentage de travailleurs immigrés soit généralement supérieur chez les médecins par rapport aux autres professions de santé, il est plus élevé chez les dentistes au Luxembourg, en Suisse ou encore en Autriche (voir graphique III.1). En Australie, environ 42 % des dentistes sont nés à l'étranger; c'est le chiffre le plus élevé enregistré dans les pays de l'OCDE.

Dans tous les pays de l'OCDE pour lesquels on dispose de données, la proportion de pharmaciens nés à l'étranger a tendance à être nettement inférieure au pourcentage de travailleurs immigrés dans les autres professions de santé. Le fait qu'en dehors des conditions habituelles de reconnaissance des qualifications acquises à l'étranger, les pharmaciens soient généralement obligés de passer un examen de droit semble constituer un obstacle supplémentaire. Cette exigence tient à ce que les pharmaciens sont habituellement tenus légalement responsables de la délivrance des médicaments. Un certain nombre d'explications complémentaires pourraient être avancées notamment : i) le fait que les hôpitaux n'emploient qu'une faible proportion du nombre total de pharmaciens alors que c'est le secteur dans lequel se concentre la majeure partie des travailleurs immigrés; et ii) l'application d'exigences extrêmement strictes pour la reconnaissance des qualifications acquises à l'étranger, dont l'obligation dans la quasi-totalité des cas d'une période d'exercice sous supervision (Chan et Wuliji, 2006).

Au total, quelque 50 000 dentistes et 57 000 pharmaciens nés à l'étranger travaillent dans 16 pays de l'OCDE pour lesquels il existe des données disponibles, ces chiffres correspondant respectivement à 10.4 % et 12 % de l'ensemble des professionnels de santé (à l'exception des infirmiers).

Graphique III.1. **Part des médecins, dentistes et pharmaciens nés à l'étranger dans les pays de l'OCDE, circa 2000**



Source : Voir tableau III.1.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/043174481150>

Les médecins et les infirmiers formés à l'étranger dans les pays de l'OCDE : une même réalité vue sous un autre angle

Les informations fondées sur le lieu de naissance pourraient donner une image faussée du rôle des migrations internationales dans la structure des ressources humaines de la santé des pays de l'OCDE si une proportion non négligeable de ces travailleurs nés à l'étranger étaient en réalité dans le pays d'accueil et non dans le pays d'origine. C'est pour cette raison que nous avons également recueilli des données sur le lieu de formation tirées des registres professionnels (voir tableau III.2). Parce qu'il n'existe pas de source d'information centralisée, ni de définition harmonisée ou de critères d'inscription sur les registres, la collecte de ces données a exigé un travail considérable, y compris pour l'analyse et le référencement des métadonnées. Le tableau III.2 est pour ainsi dire unique

en son genre, même s'il n'est pas exempt de lacunes⁷. Pour certains pays de l'OCDE en particulier, le lieu de formation n'a pas pu être précisé et il a fallu s'en tenir à la nationalité. Tel a été le cas pour sept des 24 pays en ce qui concerne les médecins, et pour cinq pays sur 15 en ce qui concerne les infirmiers. En outre, la comparabilité internationale des registres des personnels de santé est compromise par des différences de nature institutionnelle entre les procédures d'inscription (voir encadré III.1). Pour toutes ces raisons, les comparaisons internationales fondées sur les données présentées dans le tableau III.2 doivent être envisagées avec circonspection.

Une comparaison entre la part des personnels de santé à l'étranger et ceux formés à l'étranger dans les pays de l'OCDE fait apparaître des pourcentages plus faibles pour ceux formés à l'étranger. Cet écart s'explique généralement par le fait que certains immigrés ont en fait été formés dans le pays d'accueil. Certains d'entre eux sont arrivés jeunes, selon toute probabilité avec leur famille ou dans le cadre d'un regroupement familial, tandis que d'autres entrés dans le pays d'accueil pour y suivre un enseignement supérieur sont ensuite restés après la fin de leurs études. Il en résulte que les pays qui enregistrent des taux d'immigration plus élevés, des flux migratoires importants au titre du regroupement familial ou des entrées importantes d'étudiants étrangers affichent généralement des écarts plus marqués entre ces deux séries de chiffres.

En dépit de la hausse de la mobilité internationale des étudiants observée depuis une dizaine d'années (OCDE, 2006), il semble que dans la plupart des pays, la différence entre les pourcentages de personnes nées et formées à l'étranger ne puisse pas s'expliquer entièrement par la présence d'étudiants venus de l'étranger suivre des études supérieures étant donné que ceux-ci sont sous-représentés dans le secteur « Santé et bien-être » (qui regroupe 6 % environ des étudiants étrangers suivant des études supérieures contre 10 % environ de l'ensemble des étudiants de l'enseignement supérieur). Dans certains pays européens de l'OCDE cependant, la proportion d'étudiants étrangers dans le secteur « Santé et bien-être » est beaucoup plus élevée, en particulier en Belgique (où il s'élevait à 40 % environ en 2004) et, dans une moindre mesure, au Danemark (21 %) et aux Pays-Bas (14 %)⁸.

Au Canada, 35 % des médecins en exercice en 2000 étaient nés à l'étranger alors que seulement 23 % d'entre eux avaient été formés à l'étranger. Des écarts tout aussi nets sont observés en Nouvelle-Zélande et en Australie. La différence entre le nombre de médecins nés et formés à l'étranger est également particulièrement marquée en France et au Portugal même si la situation s'explique peut-être en partie dans ces pays par la présence d'une nombreuse communauté de rapatriés. S'agissant des États-Unis, la situation est quelque peu différente. En effet, si la proportion d'immigrés parmi les étudiants du premier cycle est faible, ils représentent environ 26 % des effectifs en spécialisation (*post-graduate*)⁹. Ceci est dû au fait qu'aux États-Unis, le nombre de places est plafonné tant pour la spécialisation que dans le premier cycle, et comme le plafond est systématiquement plus faible pour le premier cycle, cela entraîne le recours quasi-automatique à des étudiants en médecine formés à l'étranger dans les programmes de spécialisation, y compris à des ressortissants des États-Unis¹⁰. De ce fait, les pourcentages de médecins nés à l'étranger et de médecins formés à l'étranger sont très proches aux États-Unis.

La répartition des infirmiers en fonction respectivement du lieu de naissance et du lieu de formation est généralement plus homogène. Plusieurs pays d'origine, en particulier les Philippines, alimentent en effet le marché international à partir de structures de formation d'infirmiers très appréciées à l'échelle mondiale. Néanmoins, en Australie, au Canada, aux

Encadré III.1. Comparabilité internationale des données relatives à l'inscription des personnels de santé sur les registres

Dans pratiquement tous les pays de l'OCDE, la plupart des personnels de santé, et en particulier les médecins, sont censés se faire enregistrer pour pouvoir exercer. Aussi, les registres professionnels constituent-ils une source de données importante sur les personnels de santé. Ils contiennent généralement des informations telles que le numéro d'inscription du médecin, son nom, son sexe, la date de son inscription, le statut et sa spécialité. Ils représentent également une source de données utile pour étudier les migrations des travailleurs de la santé dans la mesure où ils contiennent en principe des informations sur le lieu de formation permettant de recenser les travailleurs de la santé formés à l'étranger.

Bien que ces registres représentent probablement l'une des meilleures sources de données sur les travailleurs de la santé formés à l'étranger, en particulier pour les médecins, diverses difficultés surgissent lorsqu'on cherche à les utiliser pour établir des comparaisons internationales. Les formalités d'enregistrement sont différentes selon les pays : les organismes intervenant dans la procédure ne sont pas les mêmes dans tous les pays; il arrive que l'inscription doive être effectuée au niveau national ou régional; les statuts peuvent différer à l'intérieur d'un pays, mais aussi selon les pays; et la disponibilité des données est en outre conditionnée par les caractéristiques du système d'information.

Dans certains pays, l'inscription se fait auprès d'un organisme indépendant, comme le Conseil de l'Ordre des médecins, tandis que dans d'autres, la procédure est étroitement contrôlée par le ministère de la Santé dont dépend un large éventail de professions de santé. Aux Pays-Bas par exemple, la tenue du registre BIG (registre des professions médicales) est du ressort d'un organisme d'exécution rattaché au ministère de la Santé, du Bien-être et du Sport qui s'occupe des médecins, des pharmaciens, des kinésithérapeutes, des psychologues et des psychiatres, des dentistes, des sages-femmes et des infirmiers.

Dans certains pays comme la Finlande, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni, les formalités d'inscription sont effectuées au niveau national alors que dans d'autres, comme l'Australie, l'Espagne et la Suisse, les démarches se déroulent au niveau régional, auquel cas les données détaillées viennent quelquefois à manquer à l'échelon national. En Australie par exemple, l'organisme national de statistiques et d'information sur la santé et le bien-être publie des statistiques sur les pays dans lesquels les médecins ont été formés, mais ces chiffres ne sont pas disponibles pour tous les États (n'y figurent pas par exemple les données détaillées concernant la Nouvelle-Galles du Sud qui employait environ 36 % du personnel médical en 2004). Recueillir des données sur chaque État aurait été une tâche très longue dépassant le cadre de la présente étude.

Le fait qu'il existe différents statuts est également source de difficultés lorsqu'on entreprend des comparaisons internationales dans la mesure où les droits et obligations associés à chaque statut diffèrent également selon les pays. L'autorisation d'exercer peut être pleine et entière, temporaire, limitée, provisoire, soumise à conditions, circonscrite à des fonctions d'interne. En Irlande par exemple, l'inscription temporaire autorise des médecins qui ne sont pas ressortissants d'un pays de l'UE à être employés et à recevoir une formation complémentaire dans le cadre de l'exercice de leur profession. L'inscription temporaire peut être octroyée pour une période cumulée de sept ans au total. Les inscriptions temporaires ne sont pas prises en compte dans nos statistiques car les données ne sont pas harmonisées. En Irlande, elles se sont chiffrées à environ 1 300 médecins en 1999, contre 1 200 médecins formés à l'étranger bénéficiant d'une inscription pleine et entière (chiffres passés respectivement à environ 1 000 et 4 000 en 2004). De façon générale, les données collectées aux fins de cette étude se rapportent uniquement aux inscriptions pleines et entières.

Encadré III.1. Comparabilité internationale des données relatives à l'inscription des personnels de santé sur les registres (suite)

Les comparaisons pâtissent également de la qualité et des caractéristiques des données disponibles. Les systèmes d'information sont différents selon les pays. Même si au Royaume-Uni, le *UK Nursing and Midwifery Council* (Conseil national de l'Ordre des infirmiers et des sages-femmes) recueille des données relatives au lieu de formation, il ne dispose pas de données détaillées et complètes sur le nombre actuel d'infirmiers formés à l'étranger et ce, en raison d'obstacles inhérents à son système d'information. Au Canada et aux États-Unis, les personnes formées respectivement aux États-Unis et au Canada ne sont pas prises en compte dans les chiffres concernant les personnes formées à l'étranger (il en va de même pour les personnes formées à Porto Rico en ce qui concerne les données fournies par les États-Unis).

On se heurte enfin à une difficulté d'ordre plus général imputable aux écarts entre le nombre d'individus inscrits sur les registres et le nombre de personnes exerçant effectivement leur profession. Si certains pays, comme la Nouvelle-Zélande, délivrent chaque année des certificats d'exercice, d'autres ne le font pas. Quelque 14 000 médecins se sont inscrits sur les registres en 2005 en Nouvelle-Zélande, mais 11 000 seulement ont réellement exercé. Au Royaume-Uni, on constate également une différence notable entre le nombre de médecins inscrits auprès du *General Medical Council* (environ 210 000 en 2005) et le nombre de médecins employés par le *National Health Service* (entre 100 000 et 120 000 en 2005). Cette différence peut peut-être s'expliquer par le nombre élevé de médecins formés au Royaume-Uni qui exercent à l'étranger, mais demeurent inscrits au Royaume-Uni, ainsi que par l'existence d'une population de médecins formés à l'étranger qui sont inscrits au Royaume-Uni, mais n'y résident pas ou n'y travaillent pas dans le secteur de la santé. Selon les estimations, plus de 60 % des médecins formés à l'étranger ayant réussi entre juin et octobre 2005 l'examen professionnel et linguistique institué par le Conseil de l'Ordre (*Professional and Linguistic Assessments Board*) n'ont toujours pas trouvé pas d'emploi de médecin au bout d'une année (GMC, 2007). Par ailleurs, la plupart des médecins formés à l'étranger qui travaillent dans des hôpitaux français n'étaient pas, jusqu'à il y a peu, inscrits au Tableau de l'Ordre des médecins car ils étaient considérés comme des étudiants en médecine. Comme pour toute inscription sur un registre, la radiation à la suite d'une période d'inactivité temporaire ou définitive, du départ à l'étranger ou du décès de l'intéressé pose des problèmes particuliers.

Pour l'ensemble des raisons qui viennent d'être évoquées, les comparaisons internationales portant sur les personnels de santé formés à l'étranger sont plus délicates et plus sujettes à caution que celles établies sur les personnels de santé nés à l'étranger. Néanmoins, elles viennent compléter les éléments dégagés grâce aux analyses consacrées aux personnes nées à l'étranger et constituent un outil essentiel d'évaluation des répercussions potentielles sur les pays d'origine de la mobilité internationale des médecins et des infirmiers.

États-Unis et, dans une moindre mesure, en Suède, le pourcentage d'infirmiers nés à l'étranger est nettement supérieur au nombre d'infirmiers formés à l'étranger.


L'un des avantages qu'il y a à utiliser des données provenant de registres professionnels, par opposition aux données tirées de recensements de population, réside dans le fait qu'elles peuvent donner un aperçu plus actualisé des pourcentages respectifs des personnels de santé étrangers ou formés à l'étranger dans certains pays de l'OCDE. Entre 2000 et 2005, dans les principaux pays d'accueil de l'OCDE, qui se situent principalement en dehors de l'Europe, la part des travailleurs formés à l'étranger est restée pratiquement stable pour les médecins et elle a légèrement augmenté pour les infirmiers.

Tableau III.2. Immigrés inscrits dans les registres dans quelques pays de l'OCDE, médecins et infirmiers, 2000 et 2005

Effectifs et pourcentage

		Médecins				Infirmiers			
		2000		2005		2000		2005	
		Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Formés à l'étranger	Australie	..	..	14 553	25.0	..	..	31 472	12.1
	Autriche	461	1.8	964	3.3	..	..	19 230	7.6
	Canada	13 342	23.1	13 715	22.3	14 910	6.4	5 109	6.2
	Danemark	1 695	7.7	2 769	11.0	4 618	6.0	274	0.3
	Angleterre (NHS)	25 360	27.3	38 727	32.7	122	0.2	8 758	14.4
	Finlande	687	3.6	1 816	7.2	..	..	3 479	1.4
	France ¹	7 644	3.9	12 124	5.8	6 317	19.3	9 334	24.3
	Irlande	1 359	11.1	3 990	27.2	2 517	2.5	2 878	2.7
	Japon	95	-	146	-	50 564	8.0	..	..
	Pays-Bas ²	..	..	3 907	6.2	..	..	101 791	3.5
	Nouvelle-Zélande	2 970	34.5	3 203	35.6	..	..	..	..
	Pologne	..	..	734	0.6	..	..	1 448	1.0
	Suède ¹	3 633	13.1	5 061	16.1	27 427	4.2	7 058	1.6
	Suisse	2 982	11.8	5 302	18.8	..	..	25 462	3.8
	Turquie	33	-	27	-	..	..	6 730	2.0
	Royaume-Uni ³	..	..	69 813	33.1	25	-	45	-
États-Unis ¹	207 678	25.5	208 733	25.0	Infirmiers : Australie : AIHW, Medical labour force survey 2004; Canada : CIHI, The Canadian Institute for Health Information; Danemark : Danish National Board of Health; Finlande : National Authority for Medicolegal Affairs; Irlande : An Bord Altranaís; Netherlands : Big Register; Nouvelle-Zélande : Health Information Service; New Zealand Health Workforce Statistics 2004; Suède : National Board of Health and Welfare; Royaume-Uni : Aiken et al. (2004); États-Unis : National Sample Survey of Registered Nurses; Belgique : FODSociale Zekerheid, Dienst Internationale relaties; France : DREES, ADELI; Allemagne : Federal Medical Association; IPASVI; Turquie : Ministry of Health, General Directorate of Health Education, Branch Office of Residency.				
Étrangers	Belgique	1 341	3.1	1 633	3.4	« - » indicate that percentages are below 0.1%.			
	Allemagne	14 603	4.0	18 582	4.6	1. 2004 au lieu de 2005.			
	Grèce	..	..	897	2.5	2. 2007 au lieu de 2005.			
	Italie	..	..	12 527	3.4	3. 2001 au lieu de 2000.			
	Norvège	2 327	15.1	2 833	15.6	4. 2003 au lieu de 2005.			
	Portugal ⁴	..	..	1 830	5.3				
	Rép. slovaque ¹	130	0.7	139	0.8				

Médecins : Australie : Productivity Commission, Australia's Health Workforce 2005; Autriche : Austrian Medical Chamber; Canada : CIHI, The Canadian Institute for Health Information; Danemark : Danish National Board of Health; Finlande : National Authority for Medicolegal Affairs; France : Ordre des Médecins; Angleterre : NHS, National Health Service; Royaume-Uni : General Medical Council; Irlande : Irish Medical Council; Japon : Ministry of Justice; Pays-Bas : Big Register; Nouvelle-Zélande : Ministry of Health of New Zealand; Pologne : Polish Chamber of Physicians and Dentists; Turquie : Ministry of Health, General Directorate of Health Education, Branch Office of Residency; Suède : National Board of Health and Welfare; Suisse : Swiss Medical Association FMH; États-Unis : AMA, American Medical Association; Belgique : FODSociale Zekerheid, Dienst Internationale relaties; Allemagne : Federal Medical Association; Grèce : Associations médicales; Italie : Italian Medical Association; Norvège : Den Norske Laegeforening; Portugal : Foreign health professionals working at the Portuguese National Health System Direcção-Geral da Saúde; Rép. slovaque : Ministère de la Santé de Rép. slovaque.

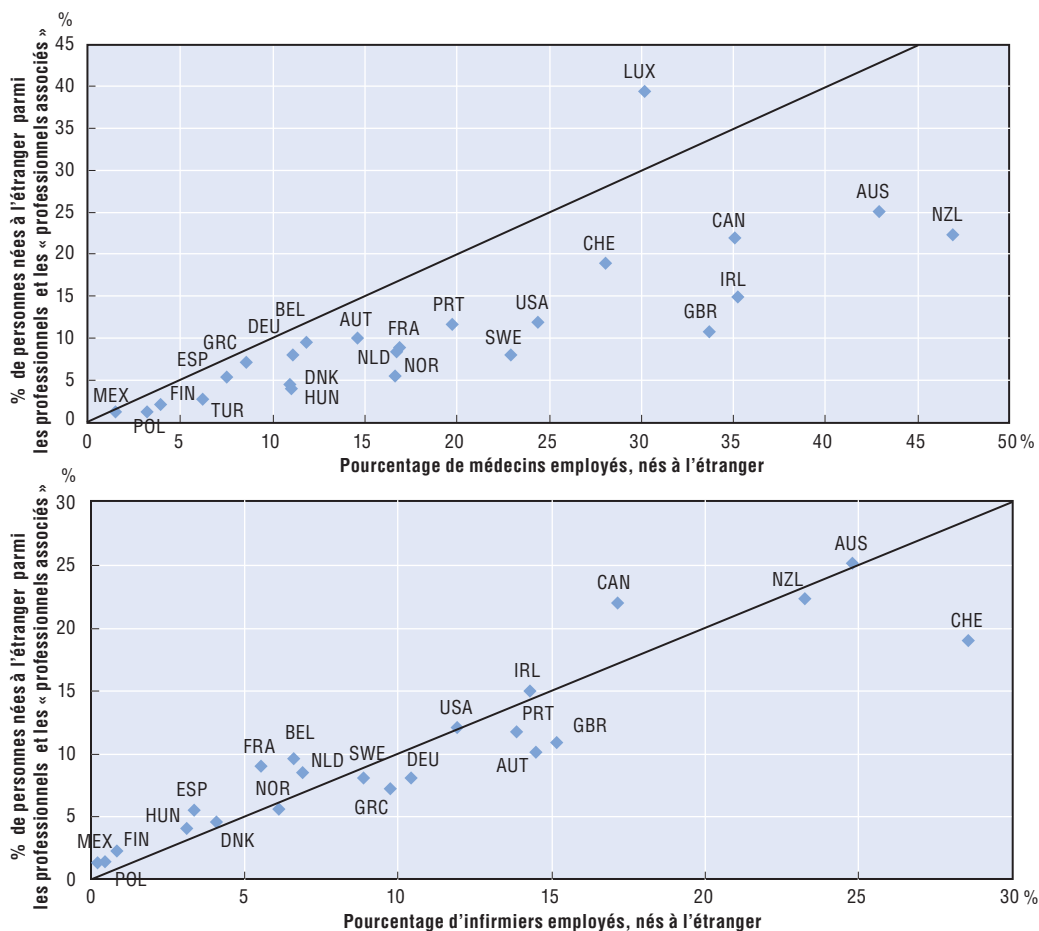
 StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/048676865378>

En Europe, on observe une tendance à la hausse, singulièrement dans les pays nordiques et en Irlande. Il est donc possible que dans ces pays, les entrées de travailleurs survenues récemment aient contribué à modifier les ressources humaines immigrées de la santé. Cette question est traitée plus en détail dans les paragraphes qui suivent.

Dans quelle mesure les professions de la santé sont-elles concernées plus que d'autres par les migrations internationales?

Les données présentées dans le tableau III.1 donnent un premier aperçu de l'importance relative des travailleurs immigrés dans le secteur de la santé. Cependant, ces résultats doivent être rapprochés du pourcentage de travailleurs immigrés dans la population des travailleurs hautement qualifiés afin de dégager éventuellement des caractéristiques spécifiques aux migrations internationales de personnels de santé. Les données relatives au lieu de naissance, tirées de recensements ou de registres de population, permettent d'effectuer ce rapprochement. Le graphique III.2a compare donc le pourcentage de médecins nés à l'étranger d'une part, et le nombre d'infirmiers nés à

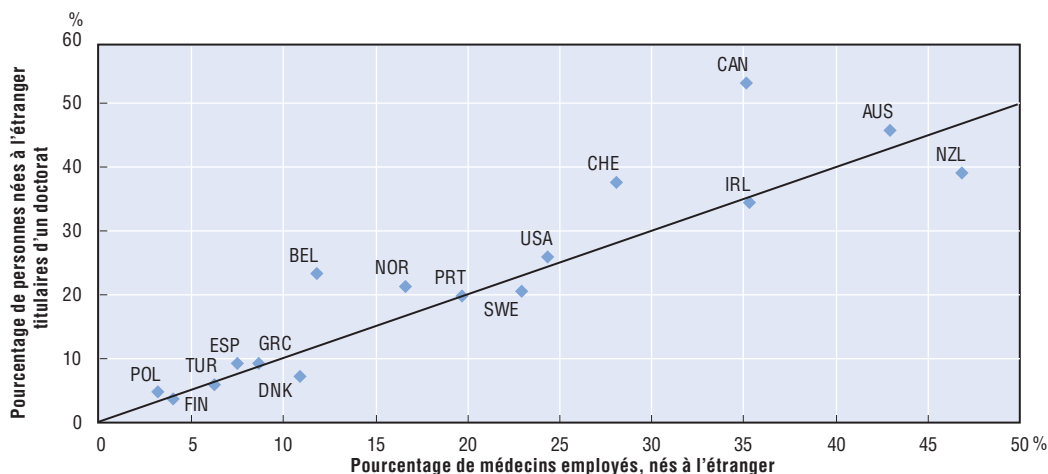
Graphique III.2a. Pourcentage de médecins et d'infirmiers nés à l'étranger comparé au pourcentage de nés à l'étranger occupant des emplois hautement qualifiés dans quelques pays de l'OCDE, circa 2000



Source : Voir tableau III.1.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/043214182468>

Graphique III.2b. **Pourcentage de médecins nés à l'étranger comparé au pourcentage de nés à l'étranger titulaires d'un doctorat dans quelques pays de l'OCDE, circa 2000**



Source : Voir tableau III.1.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/043214182468>

l'étranger d'autre part, à la proportion de travailleurs nés à l'étranger parmi les « professionnels » et « professionnels associés » (groupes 1, 2 ou 3 de la CITP).

En ce qui concerne les infirmiers et pour la plupart des pays, les deux séries d'estimations sont très proches et donc concentrées autour de la première bissectrice. La Suisse est le seul pays à se distinguer avec une proportion relativement plus élevée d'infirmiers nés à l'étranger. Les résultats pour les médecins sont tout à fait différents puisqu'il semble que le pourcentage de médecins nés à l'étranger ait tendance à être systématiquement inférieur au pourcentage d'immigrés parmi les « professionnels » et « professionnels associés ». Le Luxembourg est à se démarquer en affichant une proportion relativement faible de médecins nés à l'étranger.

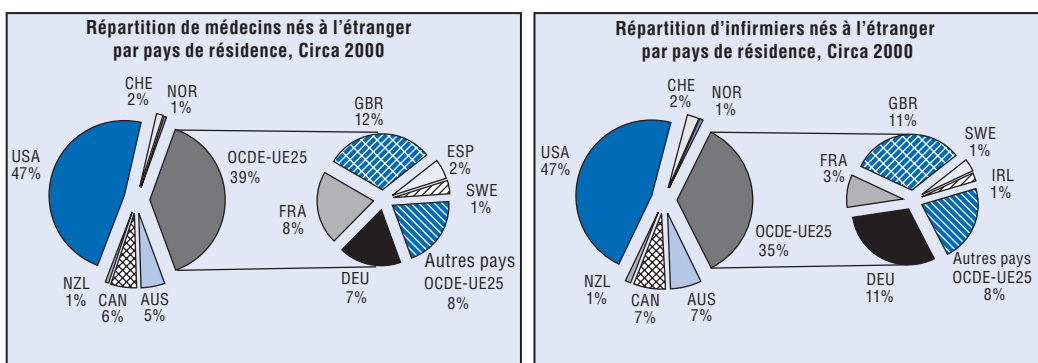
La différence observée entre les médecins et les « professionnels » et « professionnels associés » pourrait s'expliquer par le fait qu'ils possèdent en règle générale des diplômes d'un niveau supérieur aux autres travailleurs exerçant des fonctions de cadres ou des professions intellectuelles et scientifiques. De fait, si on compare le pourcentage de médecins nés à l'étranger au pourcentage de salariés titulaires d'un doctorat (voir graphique II.2b), on constate, comme pour les infirmiers, une concentration nettement plus marquée autour de la première bissectrice. Ce constat n'est pas surprenant si l'on tient compte du fait que le délai nécessaire en moyenne pour devenir docteur en médecine n'est pas très différent du nombre d'années d'études à accomplir pour obtenir un doctorat. Au vu du graphique précédent, il semble qu'au Canada, bien que plus d'un tiers des médecins soient nés à l'étranger, ce pourcentage reste relativement faible.

Il ressort de ces résultats que les personnels de santé nés à l'étranger ne sont généralement pas surreprésentés parmi les travailleurs immigrés si on compare avec des catégories professionnelles similaires. Les migrations internationales traduisent le plus souvent une tendance à privilégier l'immigration de travailleurs hautement qualifiés (Dumont et Lemaitre, 2005), mais pas spécifiquement l'arrivée de personnels de santé. Cette observation était en tout cas valable en 2000 même si depuis, comme nous le verrons par la suite, la situation a peut-être évolué.

Matrice Origine-Destination des personnels de santé nés à l'étranger travaillant dans les pays de l'OCDE

Globalement, les États-Unis ont accueilli 47 % des médecins nés à l'étranger qui travaillaient dans la zone de l'OCDE en 2000 et les 25 pays de l'UE qui sont aussi membres de l'OCDE approximativement 39 % (voir graphique III.3), l'Australie et le Canada ayant attiré chacun près de 5 % du nombre total de médecins nés à l'étranger exerçant dans des pays de l'OCDE. Il est surprenant de constater que la répartition est identique pour les infirmiers nés à l'étranger. Ce qui diffère cependant, c'est la répartition entre les pays européens puisque l'Allemagne accueille proportionnellement plus d'infirmiers (7 %) et la France davantage de médecins (8 %). Les chiffres pour le Royaume-Uni sont stables à environ 11 %.

Graphique III.3. Répartition de médecins et d'infirmiers nés à l'étranger par pays de résidence dans la zone OCDE, circa 2000



Source : Voir tableau III.1. OCDE-UE25 comprend tous les pays pertinents sauf l'Italie, la République tchèque et la République slovaque.

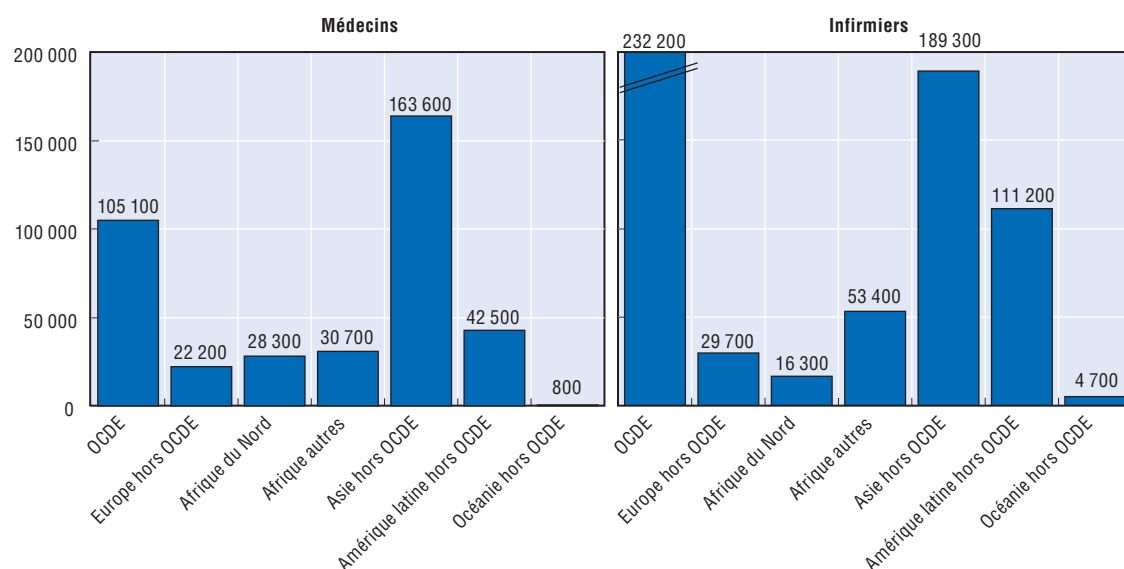
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/043236017505>

Les données relatives à la proportion de travailleurs médicaux nés à l'étranger accueillis dans les 25 pays de l'UE, qui sont aussi membres de l'OCDE, doivent être prises avec circonspection car une forte proportion de ceux-ci viennent de pays appartenant à l'Union européenne (environ 38 % des infirmiers et 24 % des médecins), et notamment des nouveaux pays membres de l'UE.


Le graphique III.4 présente la répartition par région d'origine des personnels de santé nés à l'étranger qui travaillent dans les pays de l'OCDE. Les tableaux III.A1.1 et III.A1.2 figurant à l'annexe III.A1 font apparaître pour chaque pays d'accueil les principales régions dont sont originaires les médecins et infirmiers immigrés. Dans un grand nombre de pays de l'OCDE¹¹, c'est l'Asie qui est la première région d'origine des personnels de santé immigrés. Aux États-Unis, par exemple, plus de la moitié des médecins nés à l'étranger (40 % des infirmiers) viennent d'Asie. Les pourcentages sont également élevés dans le cas de l'Australie (43 %), de l'Irlande (48 %) et du Royaume-Uni (55 %). Les chiffres correspondants sont nettement plus modestes en ce qui concerne les infirmiers (respectivement 24 %, 29 % et 24 %).

L'Amérique latine fournit elle aussi un nombre important de personnels de santé aux États-Unis de même qu'à certains pays européens, particulièrement en Espagne (55 % des médecins nés à l'étranger et 41 % des infirmiers nés à l'étranger). L'Afrique du Nord est une région d'origine d'importance seulement dans le cas de la France (où environ la moitié des médecins et infirmiers nés à l'étranger sont originaires de cette région).

Graphique III.4. Répartition de médecins et d'infirmiers nés à l'étranger dans les pays de l'OCDE par principale région d'origine, circa 2000



Source : Inclut tous les pays de l'OCDE identifiés dans le tableau III.1, sauf l'Allemagne (voir annexe III.A1).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/043253167635>

Dans certains pays de l'OCDE, les mouvements internes à la zone de l'OCDE sont prédominants. C'est notamment le cas pour ce qui concerne les infirmiers exerçant dans les pays nordiques ainsi qu'en Suisse et en Nouvelle-Zélande. En moyenne, la part des travailleurs nés à l'étranger venant de pays appartenant à l'OCDE est plus faible pour les personnels de santé que pour les travailleurs hautement qualifiés en général (40 % de l'ensemble des travailleurs immigrés ayant suivi un enseignement supérieur contre 27 % des médecins et 36 % des infirmiers).

Dans l'ensemble, la ventilation par région d'origine est conforme aux schémas migratoires habituels. Elle est déterminée par la langue, la proximité géographique ainsi que les liens culturels et historiques, et les politiques migratoires bilatérales. Toutes les conclusions qui viennent d'être exposées sont valables pour les flux migratoires de façon générale, et non uniquement pour la mobilité internationale des personnels de la santé.

Les tableaux III.A1.3 et III.A1.4 de l'annexe III.A1 présentent des matrices détaillées Origine-Destination dans la zone de l'OCDE. Le Royaume-Uni et l'Allemagne sont les premiers pays fournisseurs de médecins et d'infirmiers à l'intérieur de la zone OCDE. Parmi les médecins immigrés originaires de pays de l'OCDE exerçant en Irlande ou en Nouvelle-Zélande, environ 75 % sont nés au Royaume-Uni. En Australie, ce chiffre atteint 50 %. Les médecins nés en Allemagne se répartissent plus largement; dans la moitié des pays pour lesquels on dispose de données, plus de 20 % des médecins immigrés originaires de l'OCDE viennent d'Allemagne. Ils sont par exemple extrêmement présents en Autriche, en Suisse, en Pologne et en Turquie, mais plus généralement dans tous les pays de l'OCDE non anglophones. De même, les médecins nés en France sont présents en nombre en Espagne, ceux nés en Espagne, au Portugal, et les médecins nés au Canada, aux États-Unis.

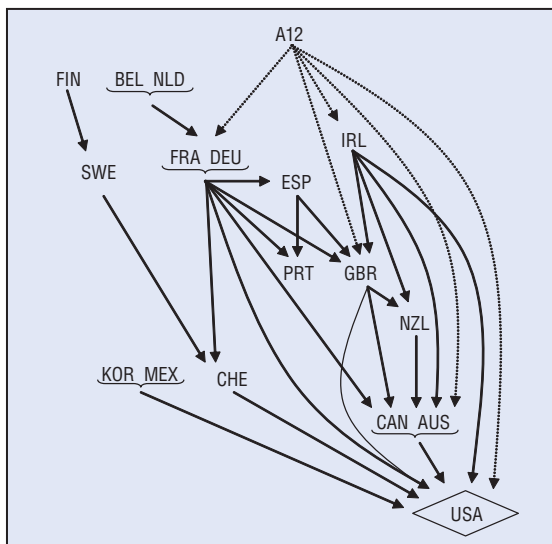
Au niveau de l'UE, les personnels de santé originaires des 12 nouveaux États membres de l'UE (A12) représentaient déjà en 2000 un pourcentage important de la main-d'œuvre immigrée. Cette observation s'applique notamment aux pays entrés depuis peu dans l'UE

(notamment la Pologne et la Hongrie), mais aussi à l'Autriche, tant pour les médecins que pour les infirmiers (avec des taux respectifs de 28 % et 33 %), à la Grèce et à la Suède pour les médecins (20 % environ), et dans une moindre mesure, au Danemark et à la Finlande (environ 14 % de médecins nés à l'étranger).


Les migrations internationales de travailleurs de la santé se caractérisent par l'existence de multiples interactions entre les pays de l'OCDE. À l'intérieur de la zone OCDE, les flux internationaux, pour les médecins comme pour les infirmiers, peuvent être dépeints à l'aide d'un modèle en cascade dans lequel les États-Unis apparaissent tout en bas (voir graphique III.5) : ils sont en effet le seul pays à afficher un solde migratoire net vis-à-vis de tous les autres pays de l'OCDE, s'élevant à 79 000 infirmiers (chiffre qui correspond à la différence entre le nombre d'infirmiers venus de pays de l'OCDE qui travaillent aux États-Unis et le nombre d'infirmiers nés aux États-Unis qui exercent dans d'autres pays de l'OCDE) et 44 000 médecins. Bien que les États-Unis soient le premier pays d'accueil, en valeur absolue, pour les médecins et les infirmiers immigrés, leurs parts dans les ressources humaines de la santé sont inférieures à celles enregistrées dans la plupart des autres pays de l'OCDE.

Le Canada, l'Australie et la Suisse se situent également tout en bas du graphique puisqu'ils affichent des soldes migratoires nets pour les personnels de santé vis-à-vis de la plupart des pays de l'OCDE. Dans le cas du Canada cependant, le solde migratoire net vis-à-vis des autres pays de l'OCDE est négatif en ce qui concerne les infirmiers (-6 000) à cause de l'importance de l'émigration d'infirmiers canadiens vers les États-Unis¹².

Graphique III.5. **Migrations des infirmiers au sein de l'OCDE : un modèle type en cascade, circa 2000**



Note de lecture : Les flèches représentent des différences positives entre les stocks d'infirmiers du pays d'origine et ceux des pays receveurs. Toutes les flèches descendantes possibles ne sont pas représentées (par exemple la Finlande a un déficit net avec la Suède mais aussi avec la Suisse et les États-Unis). Cependant 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 nouveaux pays membres de l'UE(A12) et les États-Unis sont les seuls pays à avoir un bénéfice net à l'égard des autres pays de l'OCDE).
 Source : Voir tableau III.1. OCDE* fait référence uniquement aux pays d'origine identifiés dans le tableau III.A.1.4 de l'annexe III.A1

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/043318657866>

1.B. Répercussions de la mobilité internationale des personnels de santé sur les pays d'origine : principaux enjeux

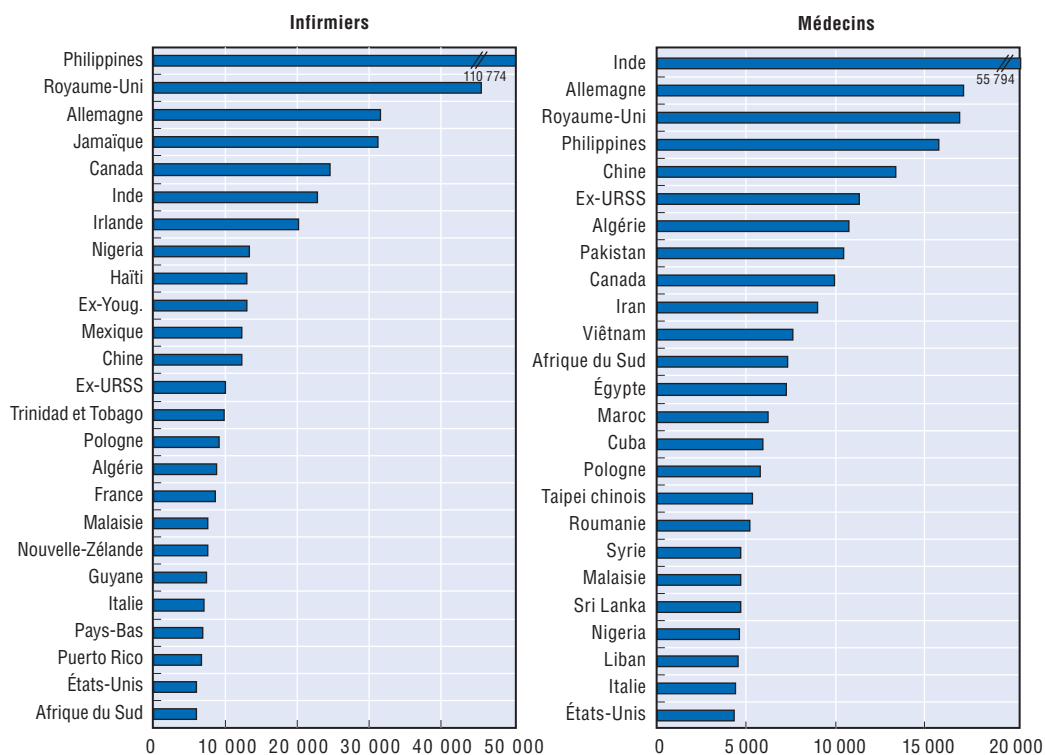
L'une des questions centrales qui se pose à propos de la mobilité internationale des personnels de santé et sur laquelle s'est concentrée l'attention des responsables de l'action publique ces dernières années, a trait aux répercussions qu'elle peut avoir sur les pays d'origine. En dépit des efforts intenses déployés pour collecter des informations au niveau régional ou national¹³, les données statistiques par pays d'origine demeurent rares ou difficiles à comparer. Les données présentées dans le graphique III.6 et à l'annexe III.A2 permettent de remédier à ce manque d'informations en présentant des données sur les médecins et les infirmiers nés à l'étranger dans les pays de l'OCDE, par pays de naissance.

Quelle est l'ampleur du phénomène de la fuite des cerveaux?

Les infirmiers nés aux Philippines (110 000) et les médecins nés en Inde (56 000) forment les principaux groupes d'origine parmi les personnels de santé immigrés dans les pays de l'OCDE, chacun représentant 15 % de l'effectif total. Il est plus étonnant de constater que les pays d'origine des médecins et infirmiers immigrés qui arrivent en deuxième et troisième position sont le Royaume-Uni et l'Allemagne.

Pour les infirmiers, plusieurs autres pays de l'OCDE, dont le Canada, l'Irlande et, dans une moindre mesure, le Mexique, occupent un rang très élevé dans le classement. Certains pays des Caraïbes, notamment la Jamaïque et Haïti, malgré une population peu nombreuse, parviennent à envoyer à l'étranger un nombre relativement élevé d'infirmiers.

Graphique III.6. Médecins et infirmiers nés à l'étranger dans les principaux pays de l'OCDE (25 premiers), circa 2000



Source : Voir le tableau III.1.

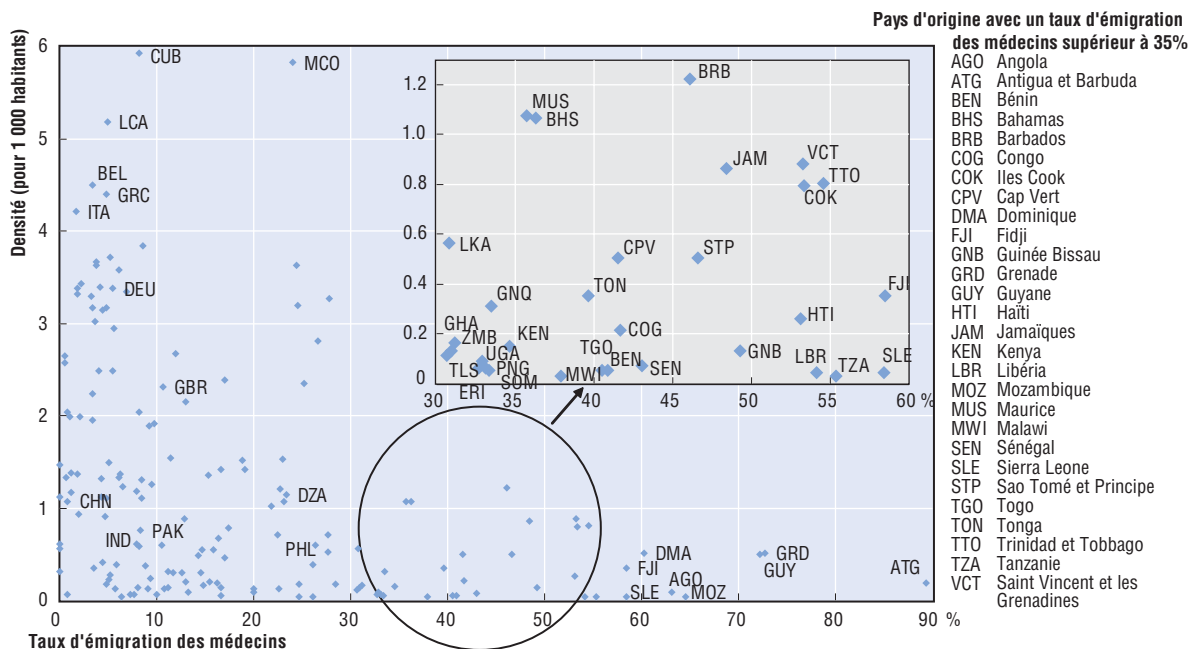
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/043355374756>

Pour les médecins, le graphique fait la part belle aux pays non membres de l'OCDE. La Chine et l'ex-URSS¹⁴ se démarquent en totalisant plus de 10 000 médecins émigrés à l'étranger. Un nombre étonnamment élevé (environ 16 000) de médecins nés aux Philippines travaillent dans des pays de l'OCDE, alors que l'accent est généralement mis sur l'émigration d'infirmiers philippins¹⁵. L'Afrique du Sud et Cuba figurent également parmi les 25 premiers pays d'origine des médecins immigrés.

L'absence des pays d'Afrique subsaharienne, à l'exception de deux d'entre eux (le Nigeria et l'Afrique du Sud), pourrait paraître surprenante, mais elle peut s'expliquer par le fait que la plupart des pays d'Afrique ne comptent que peu d'habitants et des ressources humaines de la santé limitées¹⁶. Dans ces conditions, le meilleur moyen d'évaluer l'ampleur des mouvements migratoires consiste à estimer le pourcentage de personnels de santé ayant quitté leur pays. À partir des données relatives aux médecins et aux infirmiers dans les pays d'origine provenant de l'Atlas de la santé dans le monde de l'OMS, un taux d'émigration a été calculé pour 160 pays concernant les médecins, et pour 153 pays en ce qui concerne les infirmiers (voir annexe III.A2)¹⁷.

Lorsque l'on compare le nombre de médecins expatriés au nombre de médecins dans les pays d'origine, le tableau obtenu est bien différent (voir graphique III.7). Les pays d'Afrique et des Caraïbes se distinguent alors par le fait qu'ils pâtissent d'une émigration disproportionnée de leurs personnels de santé. La majeure partie des pays enregistrant des taux d'expatriation supérieurs à 50 % (ce qui signifie que parmi les médecins nés dans ces pays, il y en a autant qui travaillent dans des pays de l'OCDE que dans leur pays d'origine) se situent dans les Caraïbes, à l'exception de Fidji¹⁸, et de cinq pays africains, à savoir le Mozambique, l'Angola, la Sierra Leone, la Tanzanie et le Liberia. Ces derniers ont tous

Graphique III.7. Taux d'émigration et densité de médecins par pays d'origine, circa 2000



Source : Base de données OMS pour les chiffres sur les pays d'origine. Voir tableau III.1 pour les estimations des taux d'émigration.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/043356034143>

traversé de graves conflits au cours des dernières décennies (à l'exception de la Tanzanie) et comptent parmi les pays les plus pauvres de la planète¹⁹.

Les pays francophones et lusophones d'Afrique affichent également quelques-uns des taux les plus élevés d'expatriation de médecins à destination de pays de l'OCDE. La Guinée-Bissau, Sao Tomé-et-Principe, le Sénégal, le Cap-Vert, le Congo, le Bénin et le Togo se classent entre la 17^e et la 23^e places immédiatement après les pays des Caraïbes avec des taux d'expatriation supérieurs à 40 %, tandis que les pays anglophones, comme le Malawi, le Kenya ou le Ghana, qui attirent beaucoup l'attention dans les enceintes internationales, enregistrent des taux d'expatriation plus faibles (le Malawi se classant au 25^e rang, le Kenya au 28^e rang et le Ghana au 35^e rang). La situation du Cap-Vert et de Sao Tomé-et-Principe est facile à comprendre, dans la mesure où ces deux pays ne disposent pas de facultés de médecine et où ils ont conclu un accord avec le Portugal pour la formation des médecins. Le cas de la Guinée-Bissau est peut-être un peu différent.

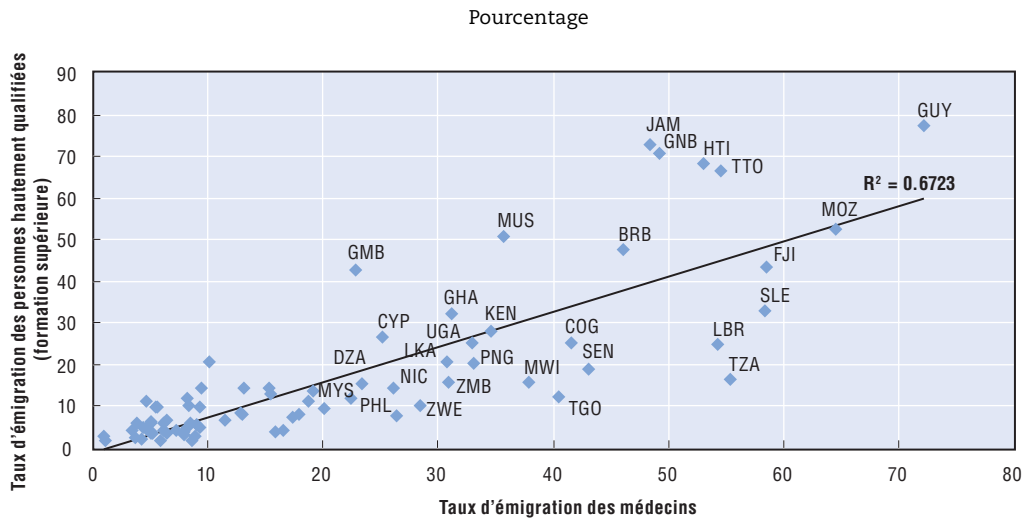
Non seulement les pays francophones affichent de forts taux d'émigration, mais ils ont généralement de faibles densités de médecins. Il y a environ deux fois moins de médecins par habitant au Sénégal qu'au Kenya, huit fois moins qu'au Cap-Vert et vingt fois moins qu'à la Barbade. C'est pourquoi il convient d'accorder une attention plus grande à l'urgence de la situation dans les pays francophones d'Afrique. Le Malawi est lui aussi un pays dans lequel, en dépit d'un taux d'émigration légèrement plus faible, la densité de médecins est très insuffisante.

Certains des pays dans lesquels les taux d'émigration les plus forts, que ce soit en valeur absolue ou relative, ont été enregistrés sont dans les faits moins touchés par le phénomène car la densité de médecins n'y est pas encore « trop faible ». Cuba en est un exemple éloquent, mais plusieurs pays des Caraïbes mériteraient également d'être cités à ce titre (la Barbade, les Bahamas et, dans une moindre mesure, Trinité-et-Tobago, Saint-Vincent-et-les Grenadines). Ces pays possèdent des facultés de médecine orientées vers le marché du travail américain qui en fin de compte peuvent également bénéficier à leur propre population. Par ailleurs, certains grands pays, tels la Chine ou le Brésil, affichent des taux d'émigration très faibles (aux alentours de 1 %), et des pays comme l'Inde, le Pakistan ou l'Indonésie, n'envoient que 8 % environ de « leurs médecins » à l'étranger.

Dans la majorité des cas, le taux d'expatriation pour les infirmiers est plus faible que pour les médecins. Il n'en va toutefois pas ainsi pour un certain nombre de pays, dont ceux des Caraïbes (environ 90 % des infirmiers nés en Haïti ou à la Jamaïque travaillent dans des pays de l'OCDE), mais aussi au Salvador ou au Mexique, Samoa, Tonga ou en Nouvelle-Zélande, Maurice, Madagascar et les Philippines. Pour les Philippines, en effet, le fait de mettre l'accent sur les pays de l'OCDE a peut-être conduit à sous-estimer l'impact des migrations. De fait, selon les statistiques des Philippines (*Overseas Employment Administration*), environ 74 % des infirmiers philippins ayant quitté le pays entre 1992 et 2002 sont partis pour des pays non membres de l'OCDE, principalement pour l'Arabie Saoudite (BIT, 2005). Il en va peut-être de même dans certains autres pays d'origine des travailleurs de la santé immigrés, notamment pour les médecins soudanais (Badr, 2005). Même si ces mouvements s'inscrivent essentiellement dans le court terme, ils devraient être pris en considération dans les estimations du taux global d'émigration et de son impact sur le pays d'origine.

Les taux d'émigration des médecins peuvent également être comparés à ceux des travailleurs hautement qualifiés en général. Le graphique III.8 fait ressortir que les deux

Graphique III.8. **Taux d'émigration des personnes hautement qualifiées et des médecins dans les pays non OCDE**



Source : Voir Dumont et Lemaitre (2005) pour les taux d'émigration des personnes hautement qualifiées (Les données peuvent être téléchargées à partir de www.oecd.org/els/migrations/baserecensement) et l'annexe III.A2 pour les taux d'émigration des médecins.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/043362040561>

chiffres sont étroitement corrélés. Autrement dit, les pays qui sont les plus touchés par l'émigration de leurs personnels qualifiés et hautement qualifiés sont qui affichent les taux d'émigration les plus élevés des personnels de santé (et réciproquement). Les taux d'émigration des médecins semblent être à peine supérieurs à ceux des travailleurs hautement qualifiés considérés globalement et ce, essentiellement en raison du fait que les médecins possèdent des diplômes d'un niveau plus élevé que les autres « professionnels » dans leur ensemble (voir graphique III.3).

Cependant, compte tenu de la contribution capitale des personnels de santé à l'amélioration de la santé de la population, mais aussi au développement économique et social (e.g. Gyimah-Brempong et Wilson, 2004; OMS, 2001), les répercussions de l'émigration des médecins et des infirmiers sur les pays d'origine peuvent se révéler plus difficiles à supporter et à surmonter que l'émigration de personnels qualifiés appartenant à d'autres catégories de « professionnels ». En outre, même lorsqu'elle est limitée, l'émigration de certains spécialistes (anesthésistes et radiologues), de « professionnels associés » (techniciens de laboratoire) ou de personnel de soutien (gestionnaires d'hôpitaux) peut créer des goulots d'étranglement stratégiques dans les systèmes de santé aux conséquences potentiellement très lourdes. Sur le long terme, les migrations peuvent avoir aussi des effets négatifs dans la mesure où elles affaiblissent la capacité des pays d'émigration à former les générations futures de personnels de santé.

Parallèlement, il conviendrait de prendre en compte les possibilités d'emploi dans les pays d'origine²⁰, ainsi que la zone géographique d'où viennent les travailleurs qui quittent leur pays (la majeure partie des travailleurs qui émigrent à l'étranger viennent de zones urbaines alors que ce sont les zones rurales qui sont exposées aux problèmes de pénurie les plus aigus) lorsqu'on évalue l'impact des mouvements migratoires sur les pays d'origine. Il existe en effet une fuite interne des cerveaux dans la plupart des pays en développement (Skeldon, 2005).

Il est enfin une question centrale : qui paie la formation ? Le pays d'accueil, le pays d'origine ou le travailleur lui-même ? Si le rôle des pays d'accueil a déjà été largement salué au moment où les données sur le lieu de formation ont été analysées, il n'en demeure pas moins que dans certains pays, les immigrés et/ou leurs familles financent directement ou indirectement (lorsqu'ils sont tenus de rembourser les frais de formation s'ils quittent leur pays) le coût de leur formation. Aux Philippines par exemple, la formation des infirmiers est principalement dispensée par des établissements privés et en Inde, ce sont des institutions privées qui assurent à présent la formation de plus de 40 % du nombre total d'étudiants en médecine (Mullan, 2006). La situation est cependant très différente dans bon nombre d'autres pays à faible revenu, y compris en Afrique, où le secteur de l'enseignement privé ne joue aucun rôle, en raison notamment des contraintes financières.

Les migrations internationales et la crise des ressources humaines de la santé au niveau mondial


Dans le Rapport sur la santé dans le monde (2006a), l'OMS a estimé la pénurie à plus de 4 millions de personnels de santé à travers le monde. Il est apparu en particulier que 57 pays, dont 36 pays d'Afrique subsaharienne²¹, vivent une crise très grave. Pour faire face aux pénuries de main-d'œuvre dans ces pays, il faudrait environ 2.4 millions de médecins, infirmiers et sages-femmes en plus (voir tableau III.3). C'est en Afrique et dans la région d'Asie du Sud-Est que les ressources humaines de la santé devraient augmenter le plus pour répondre aux pénuries dans ce secteur.

Pour donner une idée générale de la contribution des migrations internationales à la pénurie observée au niveau mondial, le nombre de médecins et d'infirmiers nés à l'étranger par région²² de naissance a été estimé et les chiffres obtenus ont été comparés avec le nombre de travailleurs de la santé manquants selon les estimations de l'OMS. Il s'agit évidemment d'une opération strictement mécanique, mais qui permet de faire ressortir que la crise des ressources humaines de la santé à l'échelle mondiale est un enjeu qui dépasse largement le problème des migrations.

Tableau III.3. Pénuries critiques estimées de médecins, d'infirmiers et de sages-femmes, par région OMS

Région OMS	Nombre de pays		Pays avec pénurie			Médecins et infirmiers nés à l'étranger dans les pays de l'OCDE, par région d'origine	
	Total	Avec pénurie	Effectif total	Pénurie estimée	Croissance requise (en pourcentage)	Effectifs	Pourcentage de la pénurie estimée
Afrique	46	36	590 198	817 992	139	98 329	12
Amérique	35	5	93 603	37 886	40	199 314	526
Asie du Sud-Est	11	6	2 332 054	1 164 001	50	101 460	9
Europe	52	0	–	–	–	..	..
Méditerranée orientale	21	7	312 613	306 031	98	71 551	23
Pacifique occidentale	27	3	27 260	32 560	119	212 280	652
Monde	192	57	3 355 728	2 358 470	70	682 934	

Source : Rapport mondial sur la santé, OMS 2006 (voir la note 21 pour plus de détails sur l'estimation des « pénuries critiques ») et calculs des auteurs pour les données sur l'émigration.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/048683434732>

Les médecins et infirmiers nés en Afrique qui travaillent dans des pays de l'OCDE ne représentent pas plus de 12 % du nombre total estimé de travailleurs manquants dans la région. Le pourcentage correspondant est même plus faible (9 %) pour la région enregistrant la pénurie la plus forte en valeur absolue, à savoir l'Asie du Sud-Est. Dans le cas des Amériques et de la région du Pacifique occidental, la situation est tout à fait différente, ce qui s'explique par le fait i) qu'un certain nombre de travailleurs immigrés viennent de pays de l'OCDE (environ un tiers sur le continent américain); et ii) que certains pays d'origine comme les Philippines dans la région du Pacifique occidental ou les pays des Caraïbes sur le continent américain, sont pour les pays de l'OCDE d'importants viviers de travailleurs de la santé.

Lorsqu'on considère les pays d'origine individuellement, et non plus les régions, les conclusions ne changent pas fondamentalement. En ce qui concerne les pays d'Afrique par exemple, à l'exception du Cap-Vert, les travailleurs de la santé qui émigrent vers des pays de l'OCDE représentent au maximum 25 % du montant estimé de la pénurie de main-d'œuvre.

Il ressort de ces calculs que les besoins en ressources humaines des pays en développement, tels qu'estimés par l'OMS, excèdent largement le nombre de travailleurs de la santé ayant immigré dans des pays de l'OCDE, ce qui signifie que les migrations internationales ne sont pas la cause principale, et leur diminution la solution à la crise mondiale des ressources humaines de la santé, même si elles exacerbent l'acuité des difficultés dans certains pays. Néanmoins, dans ces pays aussi, les migrations sont peut-être un symptôme plutôt qu'un déterminant. Dans ces conditions, l'adoption au niveau mondial de principes directeurs pour le recrutement de travailleurs de la santé étrangers pourrait, dans une certaine mesure, constituer une avancée (encadré III.2).

Encadré III.2. **Code de conduite pour le recrutement de travailleurs de la santé étrangers**

La prise de conscience des effets néfastes des migrations des travailleurs de la santé sur les systèmes de santé des pays en proie à de graves pénuries de personnel médical est allée de pair avec des appels à l'adoption de stratégies de recrutement plus conformes à l'éthique. En conséquence, des instruments ont été mis au point pour guider les différents acteurs intervenant dans le secteur de la santé et amenés à conduire des processus de recrutement international. Ces instruments sont très récents puisque la plupart ne sont utilisés officiellement que depuis 1999. Tous sont des instruments volontaires et aucun d'entre eux n'est juridiquement contraignant. Cependant, même volontaire, un code de bonne pratique est obligatoirement porteur d'une force morale et politique dans les pays qui décident d'y adhérer.

Le Royaume-Uni a pris la tête du mouvement dans ce domaine. Le code de conduite adopté par le ministère de la Santé à l'intention des salariés du *National Health Service* (NHS) chargés du recrutement international de personnels de la santé a ainsi été rendu public pour la première fois en octobre 2001, puis révisé en décembre 2004. Ce code énonce les grands principes destinés à encourager le respect de normes strictes pour le recrutement et l'emploi de personnels de santé venus de l'étranger. Il couvre également la fourniture de services de santé dans les pays en développement et vise à prévenir le recrutement ciblé de personnes venant de pays en développement en proie à des pénuries de main-d'œuvre dans le secteur de la santé.

Encadré III.2. Code de conduite pour le recrutement de travailleurs de la santé étrangers (suite)

Certains des changements apportés aux principes dans la version de 2004 ont pour objet de faire entrer dans le champ d'application du code de bonne pratique le recrutement, par le biais d'agences, de personnels de santé à titre temporaire ou permanent et d'élargir la portée du code afin de permettre à tous les organismes qui dispensent des soins de santé, y compris à ceux du secteur indépendant, d'adhérer aux principes énoncés dans le code. Le NHS a en outre recommandé de ne faire appel qu'aux seules agences de recrutement qui observent le code de bonne pratique tant pour les recrutements nationaux que pour les recrutements internationaux.

Sur le plan international, le Code de bonne pratique du Commonwealth pour le recrutement international de travailleurs de la santé, adopté en 2003, offre aux gouvernements le cadre dans lequel doit s'inscrire le recrutement international de travailleurs de la santé. Ce code a pour ambition de décourager le recrutement ciblé de travailleurs de la santé venant de pays en proie à des pénuries de main-d'œuvre et de préserver les droits des personnes recrutées ainsi que le respect des normes régissant leur profession dans les pays recruteurs. Le Code de bonne pratique du Commonwealth est le seul document comportant une clause de compensation qui ait été adopté au niveau gouvernemental, essentiellement par des pays en développement, mais aussi par la Nouvelle-Zélande.

Martineau et Willets (2004, 2006) passent en revue l'ensemble des instruments existant pour encourager un recrutement international conforme à l'éthique, à savoir pas moins de huit documents, dont quatre codes de bonne pratique, trois guides et une déclaration émanant d'organismes nationaux ou internationaux. Les auteurs sont assez sceptiques quant à l'efficacité de ces instruments faute de dispositifs d'accompagnement, de mesures incitatives et de sanctions, mais aussi de systèmes de suivi. Plus récemment, McIntosh, Togerson et Klasen (2007) ont tenté de tirer les leçons, dans le cas du Canada, de la mise en œuvre de procédures conformes à l'éthique pour le recrutement international de personnels de santé de haut niveau. S'ils démontrent qu'un consensus se dégage sur le fait que les aspects éthiques doivent être pris en compte, ils soulignent parallèlement l'existence d'un grand nombre de difficultés concrètes, tenant notamment à la nécessité de trouver un équilibre entre les droits des individus souhaitant émigrer et le souci d'équité au niveau international, mais aussi du besoin de définir la notion essentielle de recrutement actif. Ils insistent avec force sur le fait qu'il faut absolument mettre en place un train de mesures pour résoudre le problème plus vaste de l'offre de personnels de santé au Canada.

Néanmoins, des appels à l'adoption d'une approche plus globale ont été lancés; ils ont conduit à organiser la 57^e session de l'Assemblée mondiale de la santé en 2004 afin d'adopter une résolution sur les migrations exhortant les pays à prendre des dispositions pour s'attaquer au problème des migrations des personnels de santé et, plus particulièrement, à envisager l'élaboration d'un code de pratique en la matière.

2. Évolutions récentes des mouvements migratoires des personnels de santé

Grâce aux travaux pionniers menés par Meija *et al.* vers la fin des années 70, et à partir des données récentes sur les personnels de santé formés à l'étranger que nous avons recueillies (voir tableau III.2), nous sommes en mesure de retracer l'évolution, au cours des 25 dernières années, du nombre et de la proportion de médecins formés à l'étranger dans un certain nombre de pays de l'OCDE (voir tableau III.4).

Tableau III.4. **Médecins formés à l'étranger dans quelques pays de l'OCDE, années 70 et 2005**

Pays de résidence	Effectif	%	Effectif	%
Allemagne*	5 605	5	18 582	5
Australie	4 385	24	14 553	25
Canada	11 244	31	13 715	22
Danemark	235	3	2 769	11
États-Unis	70 646	22	208 733	25
Finlande	68	1	1 816	7
France	600	1	12 124	6
Nouvelle-Zélande	934	27	3 203	36
Pays-Bas	102	1	3 907	6
Portugal*	79	1	1 830	5.3
Royaume-Uni	20 923	26	69 813	33
Suède	561	5	5 061	16.1

* Étrangers.

Source : Mejia et al. (1979) pour les années 70 et tableau III.2 pour 2005.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/048714351646>

Entre 1970 et 2005, le nombre de médecins formés à l'étranger a progressé à un rythme très soutenu dans la plupart des pays de l'OCDE, à l'exception du Canada, progression qui s'explique pour partie par les très faibles scores de départ enregistrés dans les années 70. Le taux de croissance annuel moyen est proche de 10 % en Finlande, aux Pays-Bas, au Portugal et en France. Au Danemark et en Suède, les chiffres correspondants ressortent respectivement à 6 et 7 % par an. Aux États-Unis, en Australie et en Nouvelle-Zélande, qui figurent parmi les premiers pays d'accueil, la hausse a été plus modérée bien qu'assez régulière (de l'ordre de 3 à 4 % par an).

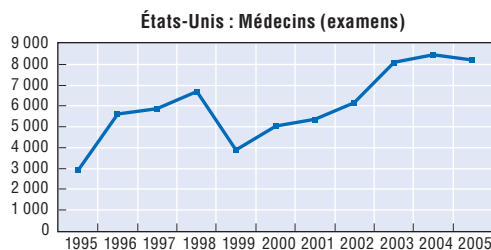
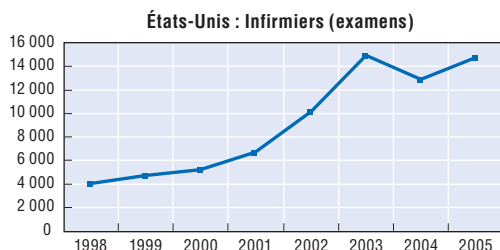
La part des travailleurs formés à l'étranger dans les personnels de santé a en conséquence augmenté de façon spectaculaire. En France et aux Pays-Bas notamment, elle a été multipliée par six, et elle a plus que triplé au Danemark et au Portugal. En Allemagne, aux États-Unis et en Australie cependant, l'accroissement du nombre de médecins immigrés a suivi l'augmentation générale des ressources humaines dans le domaine de la santé. Le Canada fait figure d'exception puisque la part des médecins formés à l'étranger y a fortement chuté au cours de la période considérée.

2.A. Évolution récente des flux migratoires : des chiffres et des inquiétudes en hausse

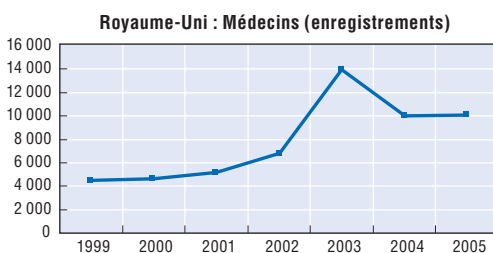
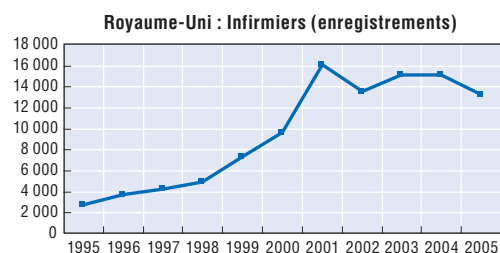
Jusqu'à un certain point, ces tendances à long terme sont imputables à l'intensification des flux migratoires récents. Le graphique III.9 illustre les évolutions des mouvements d'immigration de médecins et d'infirmiers dans 12 pays membres de l'OCDE au cours des dix à quinze dernières années.

De façon générale, nous observons des courbes ascendantes constituant une forme de réaction, notamment i) à des pénuries de main-d'œuvre sur les marchés du travail des pays de l'OCDE résultant d'une augmentation de la demande, due à l'accroissement des dépenses de santé rapportées au PIB au terme d'une période d'efforts de maîtrise des coûts entre la fin des années 80 et le début des années 90, combinée à des restrictions du côté de l'offre (*numerus clausus*); ii) à des changements dans les politiques migratoires concernant les travailleurs hautement qualifiés en général; et iii) à une combinaison de facteurs liés à l'amélioration de l'accès à l'information, à la baisse des coûts de transport et à la dégradation des conditions de vie et de travail dans les pays d'origine (Vujicic et al., 2004).

Graphique III.9. Entrées de médecins et d'infirmiers immigrés dans quelques pays de l'OCDE, 1995-2005

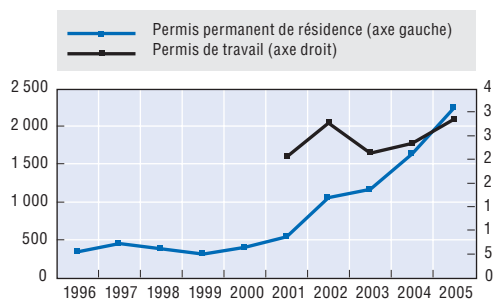


Source : National Council of State Boards of Nursing passed NCLEX-RN exams. Source : MD Physicians completing USMLE step 3.

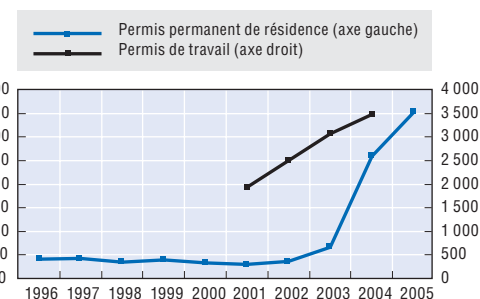


Source : Nursing and Midwifery Council – new registrations. Source : General Medical Council – new full registrations.

Australie : Infirmiers (permis de travail et de résidence)

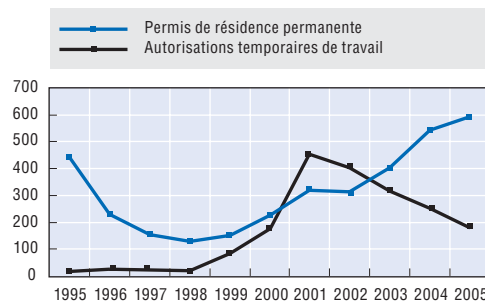


Australie : Médecins (permis de travail et de résidence)

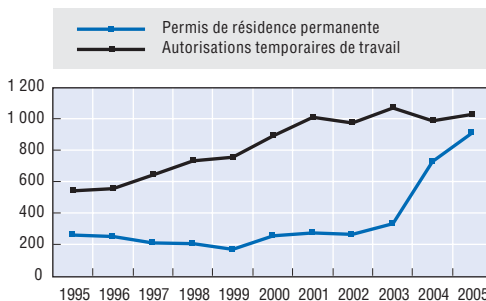


Source : Permanent residence permits: Skill Stream – Principal Applicants Only; Work Permits: Visa subclass 422 and 457, DIMA.

Canada : Infirmiers (permis de résidence et autorisation temporaires de travail)



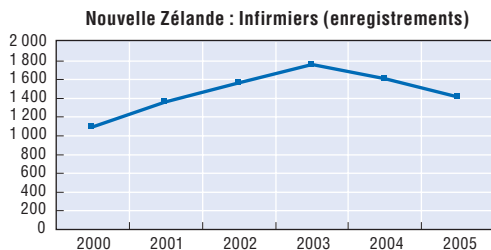
Canada : Médecins (permis de résidence et autorisation temporaires de travail)



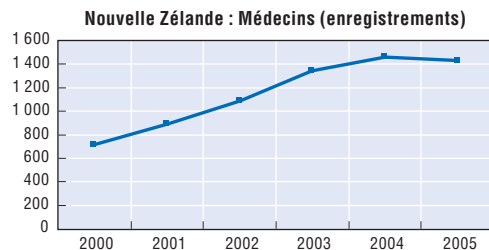
Source : Citoyenneté et immigration Canada, Faits et chiffres 2005. Permis de résidence permanente: résidents permanents déclarés dans la catégorie "personnel de santé" (non compris les personnes accompagnantes); autorisations temporaires de travail: flux annuels de travailleurs étrangers.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/043386158883>

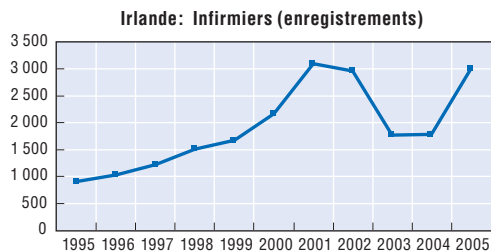
Graphique III.9. Entrées de médecins et d'infirmiers immigrés dans quelques pays de l'OCDE, 1995-2005 (suite)



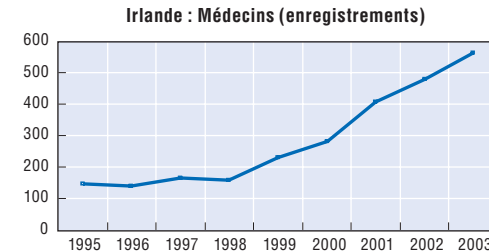
Source : Nursing Council New Zealand



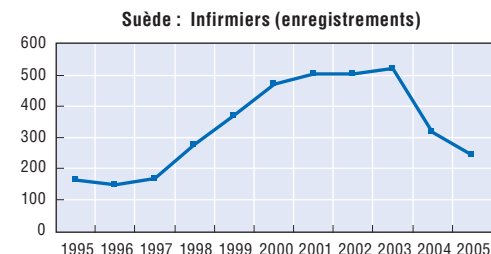
Source : Medical Council New Zealand



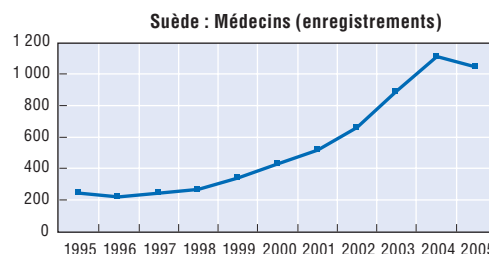
Source : An bord altránais.



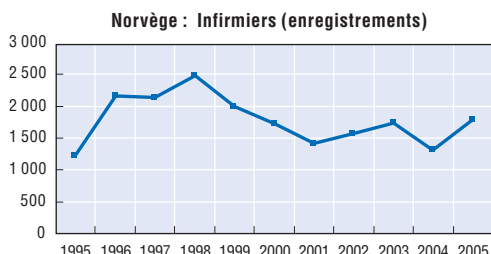
Source : Full registration Medical Council.



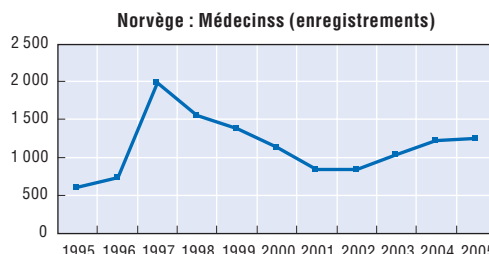
Source : National Board of Health and Welfare.



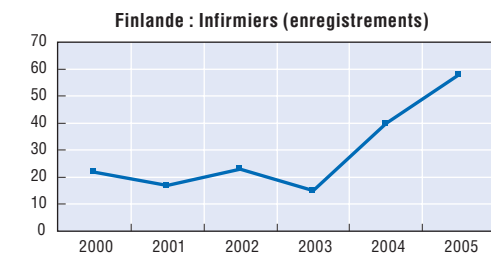
Source : National Board of Health and Welfare.



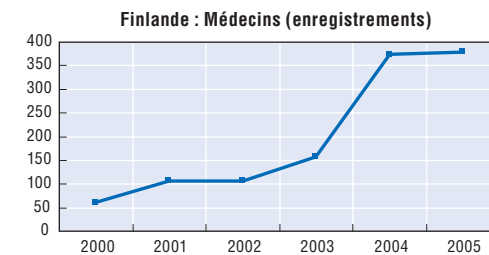
Source : Statens autorisasjonskontor for helsepersonell.




Source : Statens autorisasjonskontor for helsepersonell.

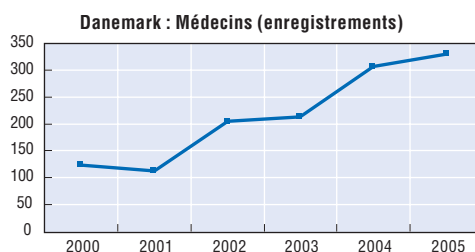
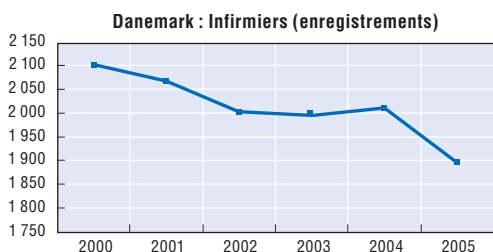


Source : National Authority for Medicolegal Affairs.

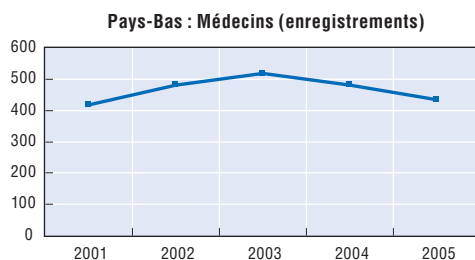
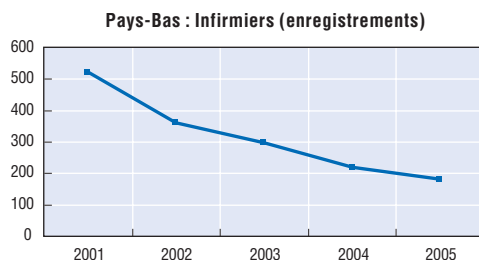


StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/043406860046>

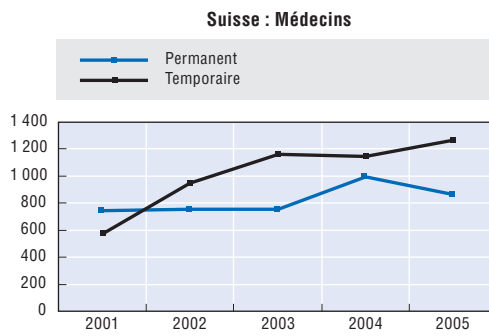
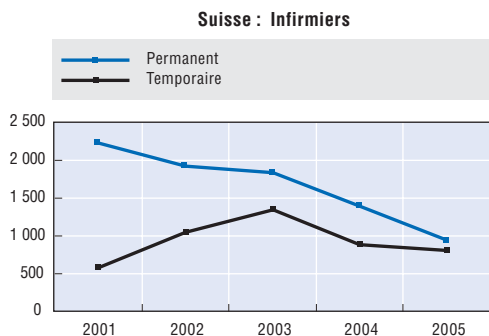
Graphique III.9. Entrées de médecins et d'infirmiers immigrés dans quelques pays de l'OCDE, 1995-2005 (suite)



Source : The authorization registry of the National Board of Health.



Source : Big register.



Source : Office fédéral des migrations ODM, Registre central des étrangers RCE.

Permanents : titulaires d'un permis d'une durée de validité égale ou supérieure à 12 mois (établis et titulaires d'un permis de séjour ou d'un permis de courte durée valide pour 12 mois ou plus).

Temporaires : titulaires d'un permis de courte durée d'une durée de validité inférieure à 12 mois.

Sources :

Infirmiers : États-Unis : National council of state boards of nursing passed NCLEX-RN exams; Royaume-Uni : Nursing and Midwifery Council – new registrations; Australie : Permanent residence permits: Skill Stream – Principal Applicants Only; Work Permits: visa subclass 422 and 457, DIMA; Canada : Source : Citoyenneté et immigration Canada, Faits et chiffres 2005. Permis de résidence permanente : résidents permanents dans la catégorie « personnel de santé » (non compris les personnes accompagnantes); autorisations temporaires de travail : flux annuels de travailleurs étrangers; Nouvelle-Zélande : Nursing Council New Zealand; Irlande : An bord altranais; Suède : National Board of Health and Welfare; Norvège : Statens autorisasjonskontor for helsepersonell; Finlande : National Authority for Medicolegal Affairs; Danemark : The authorization registry of the National Board of Health; Pays-Bas : Big register; Suisse : Office fédéral des migrations ODM, Registre central des étrangers RCE.

Médecins : États-Unis : MD Physicians completing USMLE step 3; Royaume-Uni : General Medical Council – new full registrations; Australie : Permanent residence permits: Skill Stream – Principal Applicants Only; Work Permits: visa subclass 422 and 457, DIMA; Canada : Citoyenneté et immigration Canada, Faits et chiffres 2005. Permis de résidence permanente : résidents permanents dans la catégorie « personnel de santé » (non compris les personnes accompagnantes); autorisations temporaires de travail : flux annuels de travailleurs étrangers; Nouvelle-Zélande : Medical Council New Zealand; Irlande : Full Registration Medical Council; Suède : National Board of Health and Welfare; Norvège : Statens autorisasjonskontor for helsepersonell; Finlande : National Authority for Medicolegal Affairs; Danemark : The authorization registry of the National Board of Health; Netherlands : big register; Suisse : Office fédéral des migrations ODM, Registre central des étrangers RCE.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/043406860046>

Parallèlement, se dessinent également d'autres tendances constituant des solutions de substitution à la mobilité internationale des personnels de santé, comme la mobilité des patients ou la télémédecine (voir encadré III.3).

On observe une progression continue des entrées d'infirmiers, qui a débuté dans les années 90 et s'est stabilisée en 2001/2002. Cette évolution est particulièrement nette pour les migrants temporaires au Canada, mais aussi aux États-Unis, au Royaume-Uni ou en

Encadré III.3. La mobilité des patients et la télémédecine peuvent-elles contribuer à atténuer les pénuries de personnels de santé ?

Bien que la mobilité des patients demeure encore très réduite, puisqu'elle ne représente que 1 % de l'ensemble des dépenses publiques de santé consacrées aux soins dans l'UE, un nombre croissant de malades se déplacent pour avoir accès aux soins, notamment lorsque les protocoles médicaux l'imposent. Ce phénomène récent trouve son explication dans une conjugaison de facteurs au nombre desquels les listes d'attente et le coût élevé des soins dans le pays d'origine, l'accessibilité et la facilité des déplacements internationaux ainsi que l'amélioration des technologies et des normes de soins dans de nombreux pays du monde. Les destinations les plus fréquentes pour les voyages à motif médical sont notamment l'Inde, Cuba, Singapour, le Mexique, le Costa Rica et la Thaïlande. Plus de 150 000 Américains se sont ainsi rendus à l'étranger en 2005 pour y recevoir des soins et ce chiffre devrait augmenter sensiblement selon les prévisions (Woodman, 2007).

La mobilité des patients suscite également un intérêt grandissant dans les pays de l'UE. La Hongrie par exemple est devenue une destination très prisée pour les soins dentaires et des patients anglais viennent jusqu'en France pour y subir des interventions chirurgicales. Actuellement, les services de santé relèvent, au sein de l'UE, de la responsabilité des États membres. Dans plusieurs décisions qu'elle a rendues, la Cour européenne de Justice a toutefois estimé que les citoyens de l'UE peuvent aller se faire soigner dans d'autres États membres et se faire rembourser via leur propre système s'ils ne peuvent avoir accès à des soins équivalents dans leur pays d'origine. Compte tenu des perspectives d'accroissement de la mobilité des patients, de la complexité du phénomène et des conséquences éventuelles qu'il peut avoir sur les systèmes de santé et leur financement, la Commission a décidé d'organiser une consultation publique afin d'élaborer une proposition-cadre qui doit être présentée en 2007. Le thème central sur lequel porte cette consultation est la définition d'un cadre au niveau communautaire garantissant des services de santé sûrs, efficaces et de qualité en Europe, une attention particulière étant accordée à la mobilité transnationale des patients.

La télémédecine est également une voie qui, selon certains observateurs, pourrait contribuer à alléger, dans une certaine mesure, les problèmes de pénurie de personnels de santé. Elle s'appuie sur l'utilisation des technologies de l'information et des communications (TIC) pour améliorer la prestation de soins de santé à distance. Les technologies modernes de communication sont particulièrement adaptées et utiles dans les communautés rurales où elles aident à surmonter les obstacles que représentent la distance et l'isolement. L'Australie par exemple a mis au point des solutions novatrices telles que des centres d'appels téléphoniques gérés par des personnels de santé, notamment des infirmiers; la télémédecine à domicile supposant le recours à la technologie de l'Internet et à des équipements locaux de suivi; et la téléradiologie qui implique la participation à des vidéoconférences en direct et par le stockage d'images numériques. Pourtant, les données dont on dispose sur la télémédecine sont encore rares, et des obstacles majeurs au développement de cette médecine d'un genre nouveau subsistent, liés notamment au souci de la qualité des soins dispensés.

Irlande. Seules l'Australie et la Finlande enregistrent une augmentation continue des entrées d'infirmiers ces dernières années.

Le renversement de tendance constaté depuis un certain temps au Royaume-Uni est généralement expliqué par les effets indirects de l'accroissement du nombre de diplômés au Royaume-Uni et par des changements de politiques de la NHS qui ont entraîné une diminution de la demande d'infirmiers étrangers. L'adoption en septembre 2005 de l'*Overseas Nurses Programme* (ONP) semble en outre avoir retardé le recrutement d'un grand nombre d'infirmiers immigrés qui attendent de pouvoir bénéficier d'une formation au titre du programme ONP (Buchan et Seccombe, 2006).

Pour les médecins, les données les plus récentes montrent peu, ou pas, de ralentissement dans l'accroissement des entrées. L'évolution des permis de résidence permanente en Australie est particulièrement éloquente, bien que les chiffres demeurent tout à fait modestes, et elle peut être imputée à des changements intervenus dans la politique migratoire. Des augmentations comparables ont été observées en Finlande ou en Suède. Aux États-Unis²³ ou au Royaume-Uni²⁴, la progression des entrées annuelles est moins rapide, mais non moins marquée en valeur absolue. En valeurs relatives, les nouveaux enregistrements de médecins formés à l'étranger représentent 68 % de l'ensemble des nouveaux enregistrements au Royaume-Uni (2005), 82 % en Nouvelle-Zélande (2005), 50 % en Irlande (2002) et environ 35 % aux États-Unis (2005).

Les chiffres concernant les inscriptions au registre doivent toutefois être appréhendés avec prudence car ils ne peuvent pas nécessairement être assimilés au nombre de médecins ou d'infirmiers entrant sur le territoire national à un moment donné. Il se trouve en effet que les personnes concernées doivent passer des examens et, en particulier pour les médecins, effectuer une période de probation avant de pouvoir s'inscrire en bonne et due forme. Il peut également arriver que certaines personnes travaillent pendant un temps en dehors du secteur de la santé dans le pays d'accueil avant de s'inscrire dans les registres professionnels.

Aussi, les permis de travail donnent-ils peut-être un tableau plus fidèle des évolutions récentes. Dans le graphique III.9, les données relatives aux permis de travail et de résidence sont présentées côte à côte pour le Canada, l'Australie et la Suisse. Dans la plupart des autres cas, les chiffres présentés portent sur les examens et les inscriptions dans les registres professionnels.

Au Royaume-Uni, quelque 3 280 permis de travail ont été accordés en 2005 à des personnels de santé (essentiellement des médecins) et 11 110 à d'autres personnels de la santé (essentiellement des infirmiers). Au total, ces chiffres correspondent au tiers du nombre de permis de travail délivrés. Ces chiffres ont plus que doublé depuis 2000 pour les médecins et reculé d'environ 10 % pour les autres professions de la santé après avoir atteint un pic à 13 700 en 2003. Ils sont légèrement inférieurs aux chiffres relatifs aux nouvelles inscriptions sur les registres professionnels comme l'illustre le graphique III.9, mais ils attestent cependant d'évolutions similaires²⁵. En Irlande, quelque 2 700 permis de travail ont été délivrés en 2005 à des personnes exerçant la profession de médecin ou d'infirmier, soit un petit peu moins que les années précédentes, mais nettement plus qu'en 2000 (1 360). Ce chiffre correspond à environ 10 % de l'ensemble des permis de travail délivrés.

Aux États-Unis, la majorité des personnels de santé se voient délivrer un visa H1-B^{26, 27}. En 2005, environ 7 200 demandes présentées pour la première fois par des personnes exerçant des professions médicales, dont 2 960 médecins et chirurgiens, ont été approuvées. Ceci représente une hausse d'environ 55 % depuis 2000 en dépit d'un léger

repli observé pour les professions autres que celles de médecins depuis 2003. Ce qui est peut-être le plus frappant dans le cas des États-Unis, c'est l'augmentation du nombre de renouvellements de permis. De manière générale, en ce qui concerne les professions de santé, les chiffres ont plus que doublé entre 2001 et 2005, passant de 4 700 à 10 100, ce qui pourrait donner à penser que les médecins et autres personnels de santé immigrés titulaires d'un visa H1-B ont tendance à rester plus longtemps dans le pays qu'auparavant.

De fait, l'impact des migrations internationales devrait être évalué en tenant compte aussi de la durée de séjour sachant que les installations permanentes et les mouvements temporaires n'ont pas les mêmes répercussions, tant sur les pays d'origine que sur les pays d'accueil. Malheureusement, ce type d'informations n'est généralement pas disponible. Dans le cas de la Nouvelle-Zélande cependant, nous disposons d'informations sur le pourcentage de médecins formés à l'étranger qui ont prolongé leur séjour en Nouvelle-Zélande. Le taux de rétention des médecins formés à l'étranger qui se sont inscrits sur les registres professionnels en Nouvelle-Zélande au cours des trois années précédentes était proche de 80 % en 2000. Pour ceux s'étant inscrits au cours des quatre à six années précédentes, ce pourcentage chute à 36 % et il se situe aux environs de 20 % pour les médecins dont l'inscription remonte à dix ans (MCNZ, 2000), ce qui laisse penser que les médecins font preuve d'une mobilité très forte même dans un pays particulièrement ouvert à l'immigration aux fins d'établissement.

2.B. Diversification des pays d'origine

L'intensification des flux migratoires et la diversification des pays d'origine sont deux aspects qui font débat à propos des évolutions observées depuis quelque temps dans les flux d'immigration de personnels de santé à destination des pays de l'OCDE. La diversification des pays d'origine est remise en cause par le fait que l'évolution la plus marquante constatée depuis une dizaine d'années est un accroissement des flux migratoires en provenance des Philippines et de l'Inde, deux pays qui occupaient déjà la tête du classement établi d'après les données sur les effectifs de personnes nées à l'étranger présentées précédemment. Ce phénomène est observé notamment au Canada, en Irlande, au Royaume-Uni et aux États-Unis. Pour ces deux derniers pays dans lesquels les entrées les plus importantes de personnels de santé ont été enregistrées, le graphique III.10 fait apparaître les changements survenus dans la répartition par région d'origine entre 1995 et 2005.

S'agissant des médecins étrangers immigrant aux États-Unis, les variations des flux d'immigration sont restées limitées. En ce qui concerne les infirmiers aux États-Unis et l'ensemble des personnels médicaux au Royaume-Uni, les évolutions sont plus en phase avec les tendances globales. Au Royaume-Uni en effet, le pourcentage des permis de travail délivrés à des Indiens exerçant dans le secteur de la santé a pratiquement triplé entre 1997 et 2004 pour atteindre 28 % en fin de période. L'évolution correspondante pour les personnes originaires des Philippines est encore plus marquée dans la mesure où ces dernières représentaient moins de 1 % des permis de travail délivrés en 1997, et 33 % en 2000 et 24 % en 2004. Aucun autre pays d'origine n'accuse une hausse aussi spectaculaire. Dans le cas du Royaume-Uni, le phénomène s'explique de façon indirecte par le fait que des accords bilatéraux ont été conclus avec l'Inde et les Philippines et que l'engagement a été pris de ne pas recruter activement dans la plupart des autres pays en développement (la part de l'Afrique du Sud a ainsi reculé de 19 % en 1999 à 10 % en 2004).

Ces évolutions sont observées bien au delà de l'exemple du Royaume-Uni et résultent d'une combinaison de facteurs *push and pull* : la qualité de la formation aux Philippines et

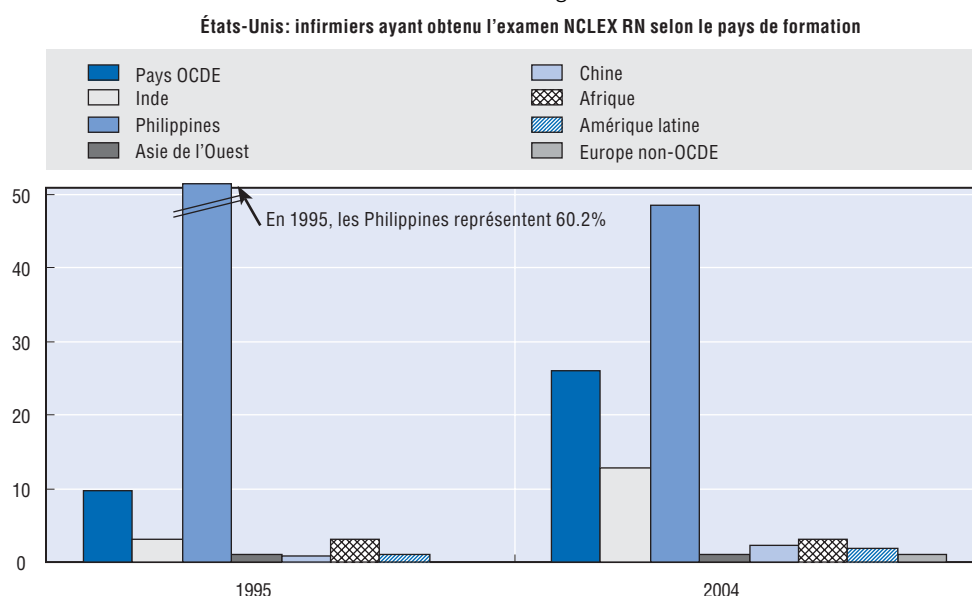
en Inde, les effets de réseau, l'importance des réserves de personnels de santé dans ces pays, l'accès à l'information et aux financements (notamment grâce aux réseaux formés par la diaspora). De ce fait, il y a peu de raisons de s'attendre à un renversement de tendance à brève échéance, tout du moins en termes relatifs.

La Chine est également un pays d'origine qui joue un rôle de plus en plus important même si les flux migratoires sont encore très modestes. Le nombre d'infirmiers chinois qui s'inscrivent chaque année sur les registres professionnels a progressé : il a ainsi été multiplié par quatre aux États-Unis entre 1995 et 2005 et la Chine figure pour la première fois parmi les 20 premiers pays d'origine des infirmiers nouvellement inscrits au Royaume-Uni en 2005-2006. Il est très probable que cette tendance se confirmera, voire s'amplifiera au cours des années à venir.

La situation est moins claire pour ce qui est des pays africains. On observe en particulier une diminution des flux en provenance de cette région en termes relatifs, même si ils continuent de croître en valeur absolue. Cette évolution a été observée au moins au Royaume-Uni dans le cas des infirmiers puisque la part des infirmiers africains dans les nouvelles inscriptions était de 18 % en 1998/99 contre 15 % en 2005/06, alors que dans le même temps, le nombre de nouvelles inscriptions d'infirmiers africains passait de 900 à environ 1 600. Ces évolutions peuvent être interprétées différemment selon que l'on se place du côté du pays d'accueil ou du côté du pays d'origine. Dans ces conditions, il convient toutefois d'insister sur le fait que les migrations de personnels de santé africains à destination de pays de l'OCDE ne sont pas l'apanage d'un pays en particulier (de fait, les


Graphique III.10. Répartition des entrées d'immigrants professionnels de la santé au Royaume-Uni et aux États-Unis par région d'origine, 1995-97 et 2002-04

Pourcentages



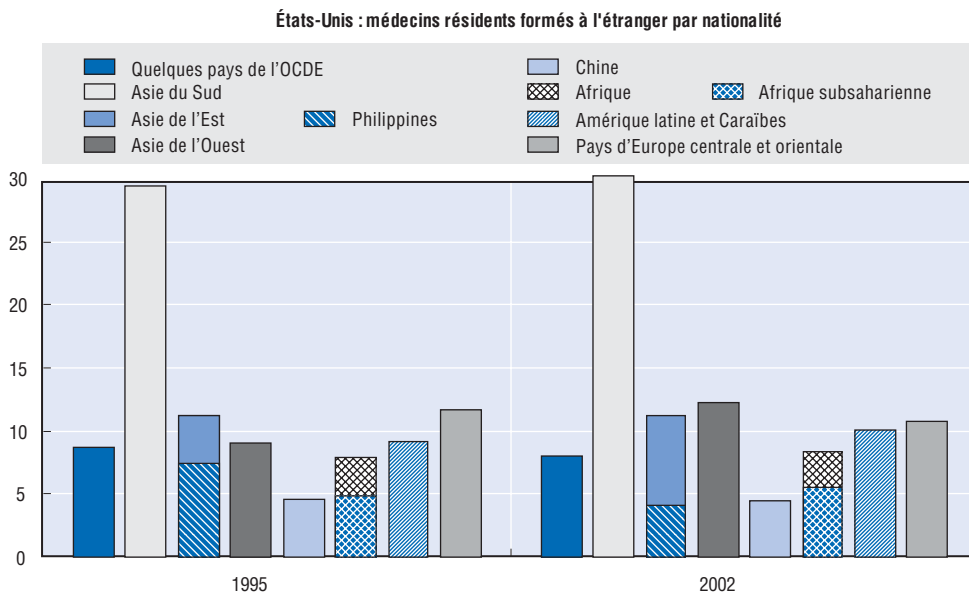
1. L'Asie du Sud est presque exclusivement représentée par l'Inde.
2. L'Asie de l'Est est presque exclusivement représentée par les Philippines.
3. L'Afrique comprend les pays suivants: Afrique du Sud, Botswana, Cameroun, République démocratique du Congo, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Lesotho, Liberia, Malawi, Maurice, Nigeria, Sierra Leone, Tanzanie, Zambie, Zimbabwe.

Source : Candidats étrangers passant pour la première fois l'examen NCLEX RN, NCSBN.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/043420550762>

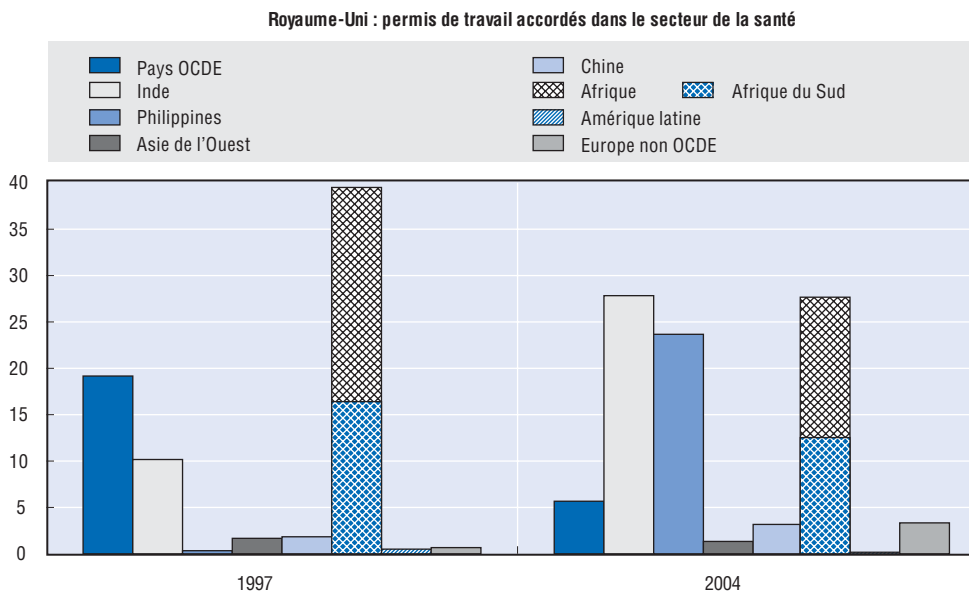
Graphique III.10. Répartition des entrées d'immigrants professionnels de la santé au Royaume-Uni et aux États-Unis par région d'origine, 1995-97 et 2002-04 (suite)

Pourcentages



1. L'Afrique inclut l'Afrique du Nord et l'Afrique Subsaharienne.
2. Sont inclus dans les « Quelques pays de l'OCDE » les pays suivants: Australie, Nouvelle-Zélande, Europe de l'Ouest, Canada, Japon.
3. L'Asie du Sud comprend l'Inde et le Pakistan.

Source : Médecins formés à l'étranger PGY-1 IMG résidents selon leur nationalité au cours de leurs études.



Note : Les chiffres de permis de travail dans le secteur de la santé peuvent prendre en compte des personnes non professionnels de la santé mais travaillant dans un environnement médical.

1. L'Asie du Sud est presque exclusivement représentée par l'Inde.
2. L'Asie de l'Est est presque exclusivement représentée par les Philippines.
3. Les chiffres pour la Chine incluent Hong-Kong (Chine).

Source : Permis de travail.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/043420550762>

flux en provenance d'Afrique du Sud et du Nigeria ont tendance à fléchir), mais qu'elles sont dues à une diversification des pays d'origine à l'intérieur du continent africain.

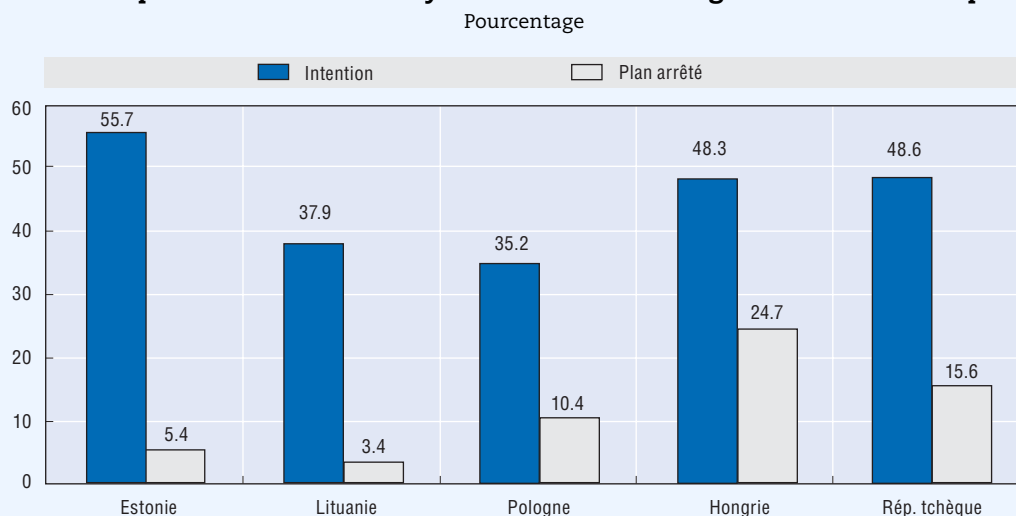
Enfin, dans le contexte européen, les vagues d'élargissement récentes ont sans aucun doute eu des répercussions sur les afflux de médecins et d'infirmiers étrangers venus des nouveaux pays membres de l'UE (voir encadré III.4) bien que ces mouvements soient peut-être difficiles à percevoir dans les statistiques migratoires. La Pologne, en valeur absolue, et la Lituanie, en termes relatifs, ont été les premières touchées par ces évolutions. Plus récemment, on a pu observer un mouvement à la hausse de l'immigration en provenance de Roumanie. En Italie par exemple, en 2005, environ la moitié des reconnaissances de qualifications d'infirmiers étrangers d'infirmiers roumains (2 400).

Encadré III.4. Conséquence de l'élargissement récent de l'UE sur les flux migratoires de travailleurs de la santé

Comme indiqué dans la section I, aux alentours de l'an 2000, donc avant même les vagues d'élargissement de l'UE de mai 2004 et janvier 2007, un nombre non négligeable de médecins et d'infirmiers nés dans les nouveaux États membres de l'UE exerçaient déjà à l'étranger. En dépit du fait que la plupart des pays de l'UE15 ont appliqué une période de transition initiale de deux ans (à l'exception du Royaume-Uni, de l'Irlande et de la Suède), des inquiétudes se sont exprimées quant aux répercussions éventuelles de l'élargissement de l'UE sur les mouvements d'émigration des personnels de santé, en particulier en Pologne et dans les États baltes.

Ces craintes étaient en partie motivées par les résultats d'enquêtes sur les intentions d'émigrer des personnels de santé avant l'élargissement (voir graphique ci-dessous). Les statistiques relatives aux intentions d'émigrer surestiment généralement les flux migratoires attendus, mais à l'issue de ces enquêtes, les pourcentages de personnes ayant un « plan arrêté pour émigrer » étaient inhabituellement élevés. Un certain nombre de facteurs peuvent expliquer cette situation, y compris l'ampleur des besoins dans certains des pays de l'UE 15 et l'ampleur des disparités salariales (Banque mondiale, 2006).

Part des personnels de santé ayant l'intention d'émigrer à des fins d'emploi



Source: Vörk, Kallaste et Pritinits (2004).

Encadré III.4. **Conséquence de l'élargissement récent de l'UE sur les flux migratoires de travailleurs de la santé** (suite)

Dans quelle mesure ces flux se sont-ils concrétisés? On ne dispose pour l'instant que de données partielles permettant toutefois de tracer une première esquisse de la situation qui, tout en apportant des nuances quant à la portée des mouvements d'émigration, confirme l'ampleur du phénomène. Au Royaume-Uni, entre mai 2004 et décembre 2006, 530 médecins (hospitaliers), 340 dentistes, 950 infirmiers (dont 300 assistantes dentaires) et 410 aides-soignants et auxiliaires de vie ont été enregistrés au *Worker Registration Scheme* (Home Office, 2007). En Irlande, le nombre de ressortissants des huit nouveaux pays membres de l'UE (EU8) employés dans le secteur de la santé a doublé entre septembre 2004 et 2005, passant de 700 à environ 1 300 personnes au total (Doyle et al., 2006). En Finlande, le nombre d'autorisations délivrées jusqu'en décembre 2005 à des médecins et des dentistes de l'EU8 était de 432 (Dolvik et Fafo, 2006), et en Suède, le nombre d'autorisations accordées à des médecins de l'UE est passé de 230 en 2003 à 740 en 2004.

Les données émanant des pays d'origine confirment ces tendances. En Estonie, en avril 2006, 4,4 % de l'ensemble des personnels de santé (dont 61 % de médecins) avaient demandé un certificat pour pouvoir quitter le pays. En Lettonie, plus de 200 médecins avaient annoncé en 2005 leur intention de partir. En Pologne, entre mai 2004 et juin 2006, plus de 5 000 certificats ont été délivrés à des médecins (soit 4,3 % de la main-d'œuvre en activité) et 2 800 à des infirmiers (1,2 %) (Kaczmarczyk, 2006). De plus, certaines spécialités semblent être plus directement touchées, notamment l'anesthésiologie en Pologne (environ 16 % des anesthésistes exerçant en Pologne ont obtenu un certificat) ou la chirurgie plastique et reconstructrice en Estonie (30 % des chirurgiens pratiquant cette spécialité ont obtenu un certificat).

Des flux migratoires importants en provenance des nouveaux pays membres vers l'EU15 ont été enregistrés. Leurs répercussions potentielles sur les pays d'origine devraient cependant être appréciées en fonction de la durée du séjour à l'étranger des migrants. À cet égard, les données disponibles au sujet de la Pologne donnent à penser que l'accroissement des flux à destination des pays de l'UE était en majeure partie un phénomène de court terme. Cela étant, les conséquences de ces flux temporaires, même s'ils ne concernent que quelques personnes, sur les services de soins de santé peuvent être importantes, surtout s'il s'agit de médecins hautement spécialisés, tels que des chirurgiens, des anesthésistes ou, même des dentistes. Il serait souhaitable de procéder à une analyse plus systématique des évolutions observées et de leurs conséquences, notamment pour les deux pays ayant rejoint l'UE depuis peu (à savoir la Roumanie et la Bulgarie) qui accusent avec les 25 autres pays des disparités salariales encore plus nettes (Wiskow, 2006).

3. Recrutement international de personnels de santé et politiques des pays de l'OCDE vis-à-vis des migrations

Depuis le milieu des années 90, la mobilité internationale des travailleurs hautement qualifiés en général a augmenté dans la plupart des pays de l'OCDE. Cette évolution a fait écho à un accroissement des besoins sur les marchés du travail, conjugué à des changements dans les politiques migratoires à des fins d'emploi visant à faciliter le recrutement international de travailleurs hautement qualifiés. Dans ce contexte, il est intéressant de mieux comprendre dans quelles conditions les migrations de personnels de santé sont désormais possibles dans les pays de l'OCDE. Existe-t-il des programmes spécialement destinés au recrutement de médecins ou d'infirmiers étrangers? Quelle contribution les accords bilatéraux apportent-ils à la mobilité internationale des travailleurs de la santé? Quelles sont les conditions essentielles à respecter pour obtenir la reconnaissance des qualifications acquises à l'étranger?

Le tableau III.5 récapitule les principales caractéristiques des politiques migratoires et des systèmes de reconnaissance des qualifications de 26 pays de l'OCDE (pour plus de détails se reporter à l'annexe III.A3). Le tableau III.5 n'établit pas explicitement de distinction entre les infirmiers, les médecins et d'autres catégories de personnels de santé bien que des conditions spécifiques s'appliquent généralement à chacune de ces professions (voir l'annexe III.A3).

Tableau III.5. Programmes de migration et de condition de reconnaissance des qualifications des professionnels de la santé étrangers

	Programmes spécifiques pour les professionnels de la santé ou conditions spécifiques qui peuvent s'appliquer	Les professionnels de la santé sont inclus dans les listes de pénurie de main-d'œuvre	Programmes spécifiques pour les professionnels de la santé dans les zones mal desservies ou conditions spécifiques dans les programmes régionaux	Accords bilatéraux spécifiques pour les professionnels de la santé à un niveau national ou régional	Possibilité offerte aux étudiants dans le domaine médical de rester pour rechercher un emploi ou réglementation spéciale pour changer de statut	Reconnaissance des qualifications étrangères pour enregistrement*
AUS						AUS
AUT						AUT
BEL						BEL
CAN						CAN
CHE						CHE
CZE						CZE
DEU						DEU
DNK						DNK
ESP						ESP
FIN						FIN
FRA				Terminé		FRA
GBR						GBR
GRC						GRC
IRL						IRL
ITA						ITA
JPN						JPN
LUX						LUX
NLD						NLD
NOR						NOR
NZL						NZL
POL						POL
PRT						PRT
SVK						SVK
SWE						SWE
TUR						TUR
USA						USA

Note : Les programmes peuvent concerner uniquement les infirmiers ou les médecins.

* Les conditions spécifiques s'appliquent généralement aux infirmiers, médecins et autres professionnels de la santé. Elles peuvent également s'appliquer pour certains pays de formation ou nationalités.

Pour des informations détaillées voir annexe III.A3.

- | | |
|--|--|
| | 1. Oui. |
| | 2. Enregistrement conditionnel/limité (possible par des procédures simplifiées). |
| | 3. Examens et si nécessaire période de supervision ou de formation supplémentaire requis. |
| | 4. Condition sur la nationalité, qualification nationale requise ou autre type de conditions strictes. |

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/048714532803>

3.A. Autorisations spéciales et conditions d'entrée sur le territoire

Rares sont les pays de l'OCDE qui ont des politiques migratoires spécifiques aux personnels de santé. L'Australie constitue une exception notable. Le visa pour les personnels de la santé (sous-catégorie 422) autorise les ressortissants étrangers à exercer en Australie pour un employeur sponsor pendant une durée maximum de quatre ans. Depuis avril 2005 cependant, ils peuvent également bénéficier du régime général pour *Temporary Business Long Stay* (457).

L'Australie et la Nouvelle-Zélande accordent dans la plupart des cas des points supplémentaires aux personnels de santé pour une demande de visa dans la catégorie des travailleurs qualifiés. Ceci facilite l'immigration de travailleurs de la santé, mais seulement jusqu'à un certain point. Au Royaume-Uni, depuis avril 2006, tous les médecins et dentistes venant de pays n'appartenant pas à l'Union européenne doivent obtenir un permis de travail, mais une nouvelle catégorie a été créée en septembre 2006 sous le nom de *Medical Training Initiatives* (MTI) dans le cadre du *Training and Work Experience Scheme* existant. En vertu de ce nouveau dispositif, les médecins formés à l'étranger peuvent entreprendre une formation continue au Royaume-Uni, normalement au sein du NHS. Les bénéficiaires sont censés rentrer ensuite dans leur pays d'origine pour mettre en pratique la formation qu'ils ont reçue au Royaume-Uni.^{28, 29}

Les diplômés en médecine étrangers qui viennent compléter leur formation médicale aux États-Unis avec un visa J-1 sont tenus de retourner dans leur pays d'origine ou dans le dernier pays dans lequel ils ont résidé pendant au moins deux ans avant de pouvoir rentrer à nouveau sur le territoire des États-Unis. La condition concernant la résidence à l'étranger peut toutefois être levée, par exemple à la demande d'un État ou d'une instance fédérale, si le médecin concerné accepte d'exercer dans une zone mal desservie pendant au moins trois ans. Le nombre de médecins bénéficiant de ce programme étant passé de 70 en 1990 à plus de 1 300 en 1995 et environ 1 000 par an depuis 2002, celui-ci s'est affirmé comme l'un des principaux instruments pour faire venir des médecins dans des zones mal desservies (GAO, 2006; Hagopian et al., 2003). Au départ, les États étaient autorisés à demander des dérogations pour 20 médecins au maximum au titre de chaque exercice budgétaire, mais en 2002, ce plafond a été porté à 30 dérogations par État et par an³⁰. Quelque 90 % des dérogations ont été demandées par des États et environ la moitié d'entre elles concernaient des médecins travaillant exclusivement dans le secteur des soins de santé primaires. GAO (2006) estime qu'« à la fin de l'exercice budgétaire 2005, on comptait approximativement une fois et demie autant de médecins bénéficiant d'une dérogation exerçant dans des zones mal desservies (3 128) que de médecins américains exerçant dans des zones défavorisées dans le cadre du programmes du NHSC (2 054) ».

L'Australie a elle aussi mis en place des programmes spécialement destinés à attirer des personnels de santé dans certaines zones (voir également encadré III.5). Le gouvernement fédéral a identifié les districts en proie à une pénurie de main-d'œuvre (*District of Workforce Shortage*) et les États ont défini des zones faisant face à des besoins de main-d'œuvre (*Areas of Need*) dans lesquelles les médecins formés à l'étranger peuvent être recrutés de façon temporaire ou permanente, éventuellement avec une inscription provisoire au registre. Entre juin 2000 et décembre 2002, quelque 5 300 médecins formés à l'étranger se sont vu accorder à titre temporaire des visas pour exercer dans des zones identifiées *Areas of Need*, dont environ 2000 dans le Queensland (Hawthorne et al., 2006). De façon plus générale, il existe des programmes spécifiques en faveur de zones désignées

Encadré III.5. Initiatives en faveur du recrutement de personnels de santé dans des zones rurales

En dehors des programmes de portée générale, il arrive que des organisations non gouvernementales jouent un rôle clé dans le cadre des efforts déployés pour remédier, grâce aux migrations, aux inégalités géographiques constatées pour l'accès aux personnels de santé. En France par exemple, il existe une association qui organise, pour le compte d'administrations locales ou d'établissements de soins, des campagnes de recrutement en Roumanie afin d'attirer des médecins par des mesures incitatives dont peuvent bénéficier tous les médecins prêts à s'engager à s'installer pendant au moins cinq ans dans des zones mal desservies.

En Nouvelle-Zélande, il existe une organisation à but non lucratif fonctionnant en réseau qui offre des services de recrutement, ciblant essentiellement les médecins étrangers, aux médecins exerçant en milieu rural qui ont besoin de trouver un remplaçant ou un collaborateur à titre permanent ou pour une longue durée. Ce système permet aux médecins de suivre plus facilement des formations ou de prendre plus facilement des congés et il contribue donc à améliorer le taux de rétention dans les zones rurales. Il donne également à des médecins étrangers la possibilité d'avoir une première expérience en Nouvelle-Zélande leur permettant ainsi de postuler, en toute connaissance de cause, pour un permis de résident permanent.

En Australie, le *Rural Workforce Agency* dans l'État de Victoria (RWAV) a été créé en 1998 pour tenter de résoudre la pénurie de médecins en milieu rural et améliorer ainsi l'accès aux services médicaux. Le RWAV est une organisation à but non lucratif créée à l'origine par le gouvernement fédéral et le gouvernement de l'État qui est administrée par un conseil composé de représentants des principaux acteurs (médecins et habitants des zones rurales). Il offre, y compris à des médecins formés à l'étranger, des services d'assistance individualisés et des conseils sur les possibilités qui s'offrent à eux d'exercer en tant que généralistes dans des zones rurales ou des régions de l'État de Victoria.

En dehors de l'OCDE, la *Rural Doctors' Association* et l'*Academy of Family Practice* en Afrique du Sud se sont employées à mettre au point un processus de recrutement de médecins visant à la fois les médecins formés à l'étranger et les médecins expatriés souhaitant rentrer en Afrique du Sud. C'est dans ce contexte que la *Rural Health Initiative* (RHI-Initiative pour la santé en milieu rural) a lancé récemment un projet de recrutement destiné à aider les médecins à acquérir une expérience d'au moins un an en Afrique du Sud.

(visa 496 ou 883) pour les professions figurant dans la liste de celles où des pénuries sont constatées et dont font en principe partie les professions de la santé. Dans ces zones désignées, les étudiants étrangers qui ont suivi leurs études en Australie, mais ne peuvent satisfaire aux critères d'octroi du statut de migrant indépendant, peuvent se voir octroyer un visa permanent (visa 882). Le taux de rétention dans les zones rurales ou reculées est toutefois source d'inquiétudes. Hawthorne et al. (2003) note que « sur les 276 médecins résidents permanents recrutés de 1998/99 à 2001/02 pour exercer dans des zones rurales de l'État de Victoria dans le cadre du *Rural Locum Relief Scheme*, 88 seulement étaient encore sur place en 2002 (taux d'attrition de 68 %) ».

Selon la Constitution canadienne, l'immigration est une responsabilité partagée entre le gouvernement fédéral et les provinces/territoires. Ces derniers ont petit à petit élaboré des programmes migratoires répondant à leurs attentes ou besoins particuliers. Dans la catégorie des candidats des provinces, les professions de santé sont explicitement

identifiées en Colombie britannique et au Saskatchewan. Par ailleurs, pour les professions figurant dans les listes régionales de professions en pénurie, il est possible d'obtenir des permis de travail temporaires par le biais de procédures simplifiées. La majorité des professions de santé figurent sur ces listes en Alberta, en Ontario et en Colombie britannique.

Dans les pays européens de l'OCDE, les permis de travail sont généralement délivrés dans un premier temps pour une durée limitée. L'octroi de ces permis peut être soumis au respect de critères liés aux conditions sur le marché du travail (ils peuvent par exemple n'être délivrés que lorsque les autorités ont pu vérifier qu'il n'y a pas de résidents de l'UE prêts à occuper le poste à pourvoir). Néanmoins, dans la majorité des pays, il existe des circonstances dans lesquelles les critères relatifs aux conditions sur le marché du travail peuvent ne pas être appliqués. Tel est le cas notamment au Royaume-Uni, en Belgique, en Irlande, au Danemark, en Espagne et aux Pays-Bas pour les professions figurant sur les listes de métiers connaissant des pénuries de main-d'œuvre. Dans ces pays, tout ou partie des professions de la santé sont incluses dans ces listes. Dans certains pays, dont l'Allemagne, la Belgique, le Danemark, la France ou les Pays-Bas, aucun critère en relation avec la situation sur le marché du travail ne s'applique lorsque le salaire est supérieur à un seuil déterminé. Si ce seuil est généralement trop élevé pour les infirmiers, en revanche, dans bien des cas, il n'exclut pas *a priori* les médecins (en règle générale, le seuil est fixé à un montant de gains annuels d'environ EUR 33 000).

Peu de pays de l'OCDE ont conclu des accords bilatéraux pour le recrutement international de personnels de santé. On peut notamment citer la Suisse et le Canada qui ont signé un protocole d'accord de portée limitée, faisant explicitement référence aux travailleurs médicaux et ayant vocation à encourager la mobilité entre les deux pays. L'Espagne, qui est censée afficher un solde excédentaire pour les infirmiers, a conclu des accords bilatéraux, notamment avec la France et le Royaume-Uni. L'Allemagne a signé pour sa part des accords bilatéraux avec plusieurs pays d'Europe centrale et orientale pour le recrutement d'aides-soignants étrangers. Il arrive aussi parfois que des accords bilatéraux soient conclus au niveau régional. Tel est le cas par exemple en Italie où plusieurs provinces ont signé des protocoles pour la formation et le recrutement d'infirmiers avec des provinces de Roumanie.

En Europe, le Royaume-Uni est le seul pays qui a eu recours massivement à des accords bilatéraux et des protocoles d'accord avec des pays non membres de l'OCDE portant sur le recrutement international de médecins et d'infirmiers. Il a en effet signé un accord avec l'Afrique du Sud prévoyant des échanges réciproques en matière de formation de personnels de santé et de méthodes (2003), un protocole d'accord avec l'Inde (2002) et un protocole de coopération avec la Chine pour le recrutement de personnels de santé (2005). Le ministère de la Santé britannique s'est engagé à ne pas recruter dans des zones rurales en Chine et dans quatre États indiens qui reçoivent une aide de la part du DFID (Andhra Pradesh, Madhya Pradesh, Orissa et le Bengale occidental). En outre, une liste de 151 pays dans lesquels le NHS ne doit pas recruter activement a été établie. Dans le cas de l'Afrique du Sud, l'accord prévoit des recrutements internationaux, mais insiste fortement sur la formation et les échanges d'informations. Il a par ailleurs vocation à faciliter les jumelages d'hôpitaux destinés à stimuler la mise en commun de pratiques exemplaires et à renforcer les capacités de gestion. Il est souvent cité comme une initiative exemplaire.

En dehors de l'Europe, le seul exemple pertinent est offert par le Japon qui a signé depuis peu un accord prévoyant le recrutement d'infirmiers philippins possédant au moins trois années d'expérience professionnelle et souhaitant poursuivre leur formation au Japon. Cet accord, qui concerne 450 infirmiers et porte sur une période de deux ans, doit encore être ratifié par le Parlement philippin.

En résumé, il semble que dans la plupart des pays de l'OCDE, les programmes mis en place dans le domaine des migrations ne visent pas spécifiquement les personnels de santé; ils peuvent toutefois instituer des procédures simplifiées pour faciliter le recrutement de personnels de santé, notamment au niveau local ou régional. Il peut être surprenant de constater que les accords bilatéraux, à de rares exceptions près, ne jouent pas pour le moment un rôle important et ne concernent généralement qu'un petit nombre de personnes. Dans la mesure où les migrations de personnels de santé s'inscrivent dans un contexte plus général de migrations internationales de travailleurs hautement qualifiés, elles ne peuvent pas être infléchies sans tenir compte du contexte général. Toute tentative dans ce sens aurait pour conséquence que les personnels de santé cesseraient de s'identifier en tant que tels.

Malgré tout, l'absence de programme migratoire spécifique aux personnels de santé n'a pas empêché certaines agences de recrutement international, systèmes de santé nationaux ou établissements de soins privés d'organiser des campagnes de recrutement actif à l'étranger (Dobson et Salt, 2005) qui assurément sont l'un des facteurs expliquant la forte augmentation des entrées de personnel médical constatées depuis environ cinq ans. De plus, la généralisation de l'utilisation de l'Internet a sans aucun doute contribué à faciliter l'accès à l'information concernant les postes vacants et les possibilités de migrations à travers le monde. À l'avenir, les changements politiques résultant des négociations en cours autour de l'Accord général sur le commerce des services (AGCS), et notamment du Mode 4, pourraient également modifier selon des scénarios différents les conditions du recrutement international des personnels de la santé (voir encadré III.6).

3.B. Reconnaissance des qualifications acquises à l'étranger

Avant de postuler pour un emploi dans un pays d'accueil, les personnels de santé étrangers (comme les ressortissants nationaux) doivent satisfaire aux critères d'inscription sur les registres professionnels ou de délivrance de l'autorisation d'exercer. Cette exigence vise à garantir que les normes et critères de formation requis pour être habilité à exercer (notamment la délivrance d'un certificat de moralité) sont respectés afin de protéger la sécurité du patient et de préserver la qualité des soins dispensés. Dans cette optique, les programmes d'enseignement sont systématiquement contrôlés et il arrive fréquemment que les médecins et infirmiers formés à l'étranger soient tenus de passer un examen pour pouvoir s'inscrire.

La reconnaissance des qualifications acquises à l'étranger suppose le plus souvent le passage d'un examen théorique et pratique ainsi qu'une épreuve de langue. Le niveau de compétences linguistiques exigé peut avoir un impact direct sur les afflux de médecins et d'infirmiers formés à l'étranger. Depuis quelque temps, l'orientation, notamment en Nouvelle-Zélande ou au Royaume-Uni, a consisté à relever les exigences minimales pour les infirmiers³¹. À l'issue d'une évaluation de leurs compétences, il arrive que les candidats se voient imposer la participation à des programmes-passerelles, une nouvelle formation dans des domaines spécifiques ou des périodes d'adaptation, tandis que dans certains pays, une période d'exercice probatoire est systématiquement exigée. Au Royaume-Uni par

Encadré III.6. Échanges et mobilité internationale des personnels de santé

L'Accord général sur le commerce des services (AGCS) est entré en vigueur en 1995 et dessine la trame du cadre juridique dans lequel les membres de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) libéralisent progressivement les échanges de services et, plus particulièrement, ceux qui concernent le secteur de la santé. L'AGCS autorise les membres de l'OMC à choisir les secteurs de services qu'ils souhaitent ouvrir aux échanges et à la concurrence étrangère. À ce jour, seuls 50 membres de l'OMC ont pris, sous une forme ou une autre, des engagements en vertu de l'AGCS concernant les services de santé, soit un chiffre beaucoup plus faible que pour les services financiers (100 membres). L'accord porte sur quatre modes différents de fourniture des services qui ont tous des répercussions sur le secteur de la santé :

Mode 1 : Fourniture transfrontalière de services. Il s'agit de services de santé fournis depuis le territoire de l'un des États membres sur le territoire d'un autre État membre et ce, généralement par des moyens de communication interactifs permettant les échanges de données audio, vidéo, électroniques, etc., consistant le plus souvent à utiliser Internet pour des consultations, l'établissement de diagnostics, la prescription de traitements et la formation médicale.

Mode 2 : Consommation à l'étranger. Ce mode renvoie généralement à des situations où les patients cherchent à se faire soigner à l'étranger ou se trouvent à l'étranger lorsqu'ils ont besoin d'un traitement, situations qui peuvent générer des apports de devises, mais également évincer des patients locaux et avoir pour effet de ponctionner les ressources du pays d'origine lorsque le traitement est financé par ce dernier.

Mode 3 : Fourniture d'un service au moyen de la présence commerciale. Il s'agit des services de santé fournis dans un État membre grâce à une présence commerciale sur le territoire d'un autre État membre. Cette notion renvoie à l'ouverture du secteur de la santé à des entreprises étrangères, celles-ci étant autorisées à investir dans des hôpitaux et des cliniques ainsi que dans l'administration de la santé et l'assurance maladie. Certains affirment que les investissements directs étrangers peuvent ouvrir l'accès à de nouveaux services, contribuer à relever la qualité des services et créer des perspectives d'emploi, tandis que d'autres au contraire pensent qu'ils peuvent favoriser l'instauration d'un système de santé à deux vitesses de même qu'un exode des cerveaux et, par là même, exacerber les inégalités dans la fourniture des soins de santé.

Mode 4 : Mouvements de personnes physiques (individus plutôt qu'entreprises). Il s'agit de mouvements temporaires de prestataires de services rémunérés (par exemple de médecins) quittant leur propre pays pour aller dans un autre pays proposer leurs services sous contrat ou en tant que membres du personnel d'une entreprise transférée dans un autre pays. C'est l'un des secteurs de la santé qui fait le plus débat dans la mesure où certains redoutent que ces mouvements n'aggravent l'exode de travailleurs de la santé des pays pauvres vers les pays riches. L'AGCS ne vise pourtant que les personnels de santé travaillant dans d'autres pays à titre temporaire.

Quant à la question de savoir dans quelle mesure l'AGCS aura un impact sur des secteurs de services publics tels que la santé et l'éducation, elle est controversée. L'AGCS est un paramètre de l'équation dès lors que les pays décident d'autoriser des prestataires privés étrangers à fournir des services. Les opposants à l'AGCS craignent qu'il n'érode la capacité des États de réglementer les services liés à la santé. Ses partisans prétendent *a contrario* que celui-ci permet aux membres de l'OMC de choisir eux-mêmes les secteurs qu'ils entendent libéraliser et de définir en fonction des conditions propres à chacun d'entre eux la forme que prendra cette libéralisation. Certains membres de l'OMC ont d'ores et déjà fait

Encadré III.6. **Échanges et mobilité internationale des personnels de santé** (suite)

savoir qu'ils ne demanderont pas, ni ne prendront d'engagements concernant les services de santé dans le cadre des négociations en cours. Les États qui engagent effectivement un processus de libéralisation ne sont pas tenus de répondre positivement à une demande spécifique. Il n'existe par ailleurs aucune obligation de réciprocité. De plus, la Déclaration de Doha a réaffirmé expressément le droit des membres de réglementer l'offre de services ou d'adopter de nouvelles dispositions en la matière.

L'AGCS est un accord complexe qui ne définit pas de normes minimales, mais prend au contraire forme au fur et à mesure du déroulement des négociations. Dans l'ensemble, on manque de données d'observation sur le niveau des échanges internationaux de services liés à la santé ainsi que sur les effets de la libéralisation dans certains pays en particulier.

Source : OMS, Accord général sur le commerce des services www.who.int/trade/glossary/story033/en/index.html.

exemple, les médecins formés à l'étranger doivent passer un test organisé par le *Professional and Linguistic Assessment Board* (PLAB) afin d'obtenir un enregistrement « limité ». Après un an de formation encadrée, l'autorisation d'exercer devient pleine et entière. En Irlande, l'autorisation « limitée » peut se prolonger pendant 7 ans. En Finlande, l'autorisation d'exercer est accordée par étapes : il s'agit dans un premier temps d'une autorisation d'exercer en hôpital sous supervision, puis dans des établissements publics de soins et enfin dans des établissements privés.

Dans certains pays, les exigences sont plus contraignantes. Tel est le cas par exemple lorsqu'il est nécessaire d'obtenir un nouveau diplôme dans le pays d'accueil. Aux États-Unis, tous les médecins doivent faire ou refaire leur internat. Au Canada, les diplômés des facultés de médecine étrangères, qui ont déjà terminé une partie, voire la totalité de leurs études, à l'étranger sont le plus souvent tenus de suivre deux à six années d'enseignement de la médecine dans une université canadienne (Centre canadien d'information pour les médecins diplômés hors Canada et États-Unis). En Italie, en Finlande, en Grèce, en Turquie et au Luxembourg, les médecins sont parfois obligés d'obtenir la nationalité du pays d'accueil pour pouvoir exercer en tant que généralistes ou spécialistes. En France, en dépit du fait que le Code de la Santé publique fasse référence à un critère de nationalité (art. L-4111-1), dans la pratique, un grand nombre de médecins étrangers travaillent dans les hôpitaux publics. La majorité d'entre eux ont un statut précaire car ils sont considérés comme des étudiants. Un effort important a été déployé depuis quelque temps pour régulariser leur statut professionnel (environ 9 500 autorisations d'exercer ont été délivrées par le ministère de la Santé depuis 1999) et une nouvelle procédure de reconnaissance des qualifications des médecins formés à l'étranger a été instituée (Ordre des Médecins, 2006).

Dans certains pays de l'OCDE, une autorisation d'exercer soumise à condition ou restreinte peut être accordée à titre temporaire selon des procédures simplifiées s'il est reconnu que les qualifications sont suffisamment proches des conditions requises. Aux Pays-Bas, si les qualifications sont considérées comme quasiment équivalentes, l'autorisation d'exercer est délivrée assortie de stipulations spéciales auxquelles les intéressés doivent se conformer dans les deux ans. En Australie, les immigrants permanents doivent obtenir la reconnaissance de leurs qualifications avant leur arrivée. Ce principe ne s'applique pas nécessairement aux immigrants temporaires, en particulier aux bénéficiaires de régimes d'immigration régionaux. Dans ce cas de figure, les médecins se

voient accorder une autorisation d'exercer conditionnelle, ils peuvent travailler en étant encadrés et doivent passer les examens obligatoires. Il semble qu'un certain nombre de médecins ayant suivi ce parcours éprouvent des difficultés pour réussir l'épreuve clinique même au bout de plusieurs années³².

La reconnaissance des qualifications des infirmiers pose généralement moins de problèmes même s'il existe souvent des examens et des tests de langue obligatoires. Il arrive néanmoins que les infirmiers se heurtent à des difficultés au stade de la reconnaissance de leurs spécialités ou se voient rétrogradés à des postes de niveau inférieur (infirmiers diplômés employés en tant que infirmiers auxiliaire ou comme aides-soignants dans des centres de soins de santé de longue durée, etc.). Allan et Larsen (2003) rapportent qu'au Royaume-Uni, un grand nombre d'infirmiers diplômés travaillent en tant qu'indépendants comme aides-soignants et se sentent isolés³³.

À l'intérieur des zones de libre circulation, dont l'Union des passeports nordiques, le *Trans-Tasman Area* ou l'Union européenne, il existe des réglementations spécifiques pour faciliter la reconnaissance mutuelle des qualifications et stimuler la mobilité internationale (voir encadré III.7). Pour les ressortissants de pays tiers, y compris ceux originaires de pays de l'OCDE, des procédures plus ou moins contraignantes ont été instituées pour la reconnaissance des qualifications acquises à l'étranger, procédures quelquefois considérées comme des obstacles à la pratique.

Dans nombre de pays de l'OCDE, les médias ont quelquefois mis en avant la situation de médecins employés comme chauffeurs de taxis ou exerçant d'autres métiers à faible niveau de qualification. Pourtant, on ne dispose guère de données sur l'ampleur du « gaspillage de matière grise » dans le secteur médical; quoiqu'il en soit, il ne fait aucun doute que les médecins et infirmiers étrangers se heurtent parfois à des difficultés lorsqu'ils cherchent à obtenir la reconnaissance pleine et entière de leurs qualifications. Le cas des réfugiés qui obtiennent généralement le droit d'exercer, mais rencontrent des obstacles au stade de la reconnaissance de leurs qualifications (manque de maîtrise de la langue, absence de documents à l'appui, etc.) est peut-être un exemple particulièrement pertinent dans ce contexte.

Pour s'attaquer au problème, plusieurs pays de l'OCDE ont mis en œuvre des programmes-passerelles plus ou moins ambitieux. Le Canada a par exemple alloué en 2005 pour une période de cinq ans une enveloppe de 75 millions CAD à l'initiative concernant les professionnels formés à l'étranger. Ce projet vise à faciliter l'évaluation et l'intégration dans le personnel médical de 1 000 médecins, 800 infirmiers et 500 autres personnels de santé exerçant des professions réglementées. Une enveloppe supplémentaire (18 millions CAD) a été débloquée en décembre 2006 en faveur de ce programme. À une échelle beaucoup plus modeste, une initiative intéressante a été lancée au Portugal par la Fondation Gulbenkian et mise en œuvre en coopération avec une ONG apportant un appui aux immigrés, une école d'infirmiers et une grande institution portugaise concentrant ses actions sur la solidarité sociale. Cette initiative a pour objectif d'aider les infirmiers immigrés travaillant légalement au Portugal, mais occupant des postes non qualifiés, à obtenir l'équivalence de leurs diplômes et la reconnaissance de leurs qualifications professionnelles de façon à pouvoir être employés au Portugal en tant qu'infirmiers.

Le Royaume-Uni a engagé pour sa part des programmes spéciaux destinés à aider les réfugiés et les personnels de santé qualifiés venus de l'étranger et installés au Royaume-Uni qui le souhaitent à retravailler dans le secteur de la santé (www.rose.nhs.uk). Selon les

Encadré III.7. **Reconnaissance des diplômes au sein de l'Union européenne et en Europe de façon plus générale**

L'Union européenne a tracé un cadre juridique visant à encourager une plus grande automaticité dans la reconnaissance des qualifications et à simplifier les procédures administratives entre les États membres. Une nouvelle Directive 2005/36/EC vient d'être élaborée : elle consolide douze directives sectorielles couvrant les professions de médecin, infirmier, dentiste, vétérinaire, sage-femme, pharmacien et architecte, et trois directives qui ont mis en place un système général de reconnaissance des qualifications professionnelles englobant la plupart des autres professions réglementées (voir <http://europa.eu/scadplus/leg/en/cha/c11065.htm>). Cette directive devrait être transposée par les États membres d'ici octobre 2007.

Dans le cadre de ce nouveau dispositif, les États membres reconnaissent automatiquement les titres de formation donnant accès à des activités professionnelles telles que celles de médecin, d'infirmier responsable des soins généraux, de dentiste, de vétérinaire, de sage-femme, de pharmacien et d'architecte, couvertes par l'annexe V à la Directive (sans période d'adaptation, ni épreuve d'aptitude). La Directive pose en outre le principe de la reconnaissance automatique des spécialisations médicales et dentaires communes à au moins deux États membres dans le droit existant, mais limite l'introduction future dans la Directive 2005/36/EC de nouvelles spécialisations médicales – bénéficiant de la reconnaissance automatique – à celles communes à au moins deux cinquièmes des États membres.

Aux fins de l'équivalence des diplômes, la directive fixe les conditions minimales de formation pour les professions de **médecin** (à savoir l'accomplissement d'au moins six années d'études ou 5 500 heures d'enseignement théorique et pratique dans une université et un enseignement complémentaire d'une durée minimale de deux ans pour toute formation de médecin généraliste et de cinq ans pour une spécialisation en chirurgie générale par exemple); d'**infirmier responsable des soins généraux** (au moins trois années d'études ou 4 600 heures d'enseignement théorique et clinique); de **dentiste** (au moins cinq années d'études théoriques et pratiques); de **sage-femme** (au minimum trois années d'études théoriques et pratiques); et de **pharmacien** (au minimum quatre années d'enseignement théorique et pratique et six mois de stage dans une pharmacie).

Les États membres peuvent exiger des migrants qu'ils possèdent les connaissances linguistiques nécessaires à l'exercice de leur profession. Cette disposition doit s'appliquer de façon proportionnée, ce qui exclut la possibilité d'imposer systématiquement aux migrants des tests de langues avant de les autoriser à se lancer dans l'exercice d'une activité professionnelle. Il convient de noter par ailleurs que l'évaluation éventuelle des connaissances linguistiques doit être distincte de la procédure de reconnaissance des qualifications professionnelles et qu'elle doit se dérouler en aval.

Deux situations particulières peuvent se produire pour les ressortissants des pays de l'EEE formés dans des pays tiers et pour les ressortissants de pays tiers formés dans des pays de l'EEE. Ces derniers ne relèvent pas du champ d'application de la législation européenne, mais la nouvelle directive relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles autorise les titulaires de qualifications obtenues dans des pays tiers à se prévaloir de la directive si leurs qualifications ont été reconnues par un premier État membre conformément à sa propre réglementation et s'ils ont exercé leur profession pendant au moins trois ans dans cet État membre.

Encadré III.7. Reconnaissance des diplômes au sein de l'Union européenne et en Europe de façon plus générale (suite)

En octobre 2005, les pays européens ont également signé l'**Accord relatif aux personnels de santé transfrontaliers** qui vise à faciliter les échanges d'informations entre les autorités compétentes, notamment sur les certificats d'aptitude à exercer.

Enfin, en Europe au sens large, 45 pays participent actuellement au **Processus de Bologne** (qui a débuté en 1999) ayant vocation à créer d'ici 2010 un espace européen de l'enseignement supérieur et, ainsi, à simplifier la reconnaissance des qualifications au sein de l'Europe. Ce processus recouvre l'enseignement médical bien que la Fédération mondiale pour l'enseignement médical (FMEM, 2005) se soit efforcée d'attirer l'attention sur le manque de spécificité des recommandations.

estimations disponibles, les médecins réfugiés et demandeurs d'asile seraient au moins 900, sachant que seulement 150 d'entre eux environ ont un emploi (Butler et al., 2005). Le dispositif mis en place a pour but d'aider les médecins réfugiés à passer l'examen du PLAB (*Professional and Linguistic Assessment Board*) ou des épreuves cliniques, ou de proposer des mises à niveau à des infirmiers. Un grand nombre d'initiatives de même nature ont été mises en œuvre dans d'autres pays de l'OCDE, notamment aux États-Unis (la *Welcome Back Initiative* en Californie ou les *Chicago Bilingual Nurse Consortium educational programs* pour les infirmiers à Chicago, par exemple)

3.C. Conditions d'emploi des travailleurs de la santé immigrés

Il a déjà été rappelé que les conditions de travail des travailleurs de la santé migrants peuvent être, dans certains cas, moins favorables que celles de leurs homologues formés sur place. C'est dans cette perspective que l'on évoque généralement le rôle joué par les médecins et les infirmiers étrangers pour la continuité du service, notamment parce qu'ils travaillent la nuit et les fins de semaine ainsi que dans les services d'urgence.

À partir de données tirées d'enquêtes sur la force de travail portant sur les pays européens réalisées en 2005, le tableau III.6 présente des données relatives aux conditions

Tableau III.6. Conditions d'emploi des professionnels de la santé dans les pays européens selon le lieu de naissance, 2005

Pourcentages

		Infirmiers (CITP 223 + 323)		Professionnels de la santé (non compris les infirmiers) (CITP 222)	
		UE27	UE15	UE27	UE15
Pourcentage d'employés travaillant plus de 41 heures par semaine	Nés dans le pays de résidence	8.5	7.7	40.2	42.9
	Nés à l'étranger	13.6	13.3	48.7	49.8
Pourcentage d'employés travaillant régulièrement de nuit	Nés dans le pays de résidence	26.3	26.6	10.8	12.1
	Nés à l'étranger	40.4	41.0	20.9	22.1
Pourcentage d'employés qui travaillent habituellement le dimanche	Nés dans le pays de résidence	35.4	39.4	10.4	11.2
	Nés à l'étranger	47.0	48.1	14.6	15.3
Pourcentage d'employés salariés avec un contrat permanent	Nés dans le pays de résidence	90.4	90.0	80.1	78.2
	Nés à l'étranger	91.3	90.6	72.6	71.4

Source : Enquête de l'Union européenne sur les forces de travail, 2005, calculs des auteurs.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/048743716351>

de travail des médecins et des infirmiers selon leur lieu de naissance. Dans les pays de l'EU15 considérés globalement, il apparaît que les personnels de santé immigrés travaillent plus longtemps. Cette observation s'applique tout particulièrement aux infirmiers étrangers : plus de 13 % d'entre eux travaillent plus de 40 heures par semaine contre 7.7 % parmi les autochtones. Cependant, c'est en ce qui concerne le travail de nuit que les écarts sont les plus frappants, puisqu'il y a deux fois plus de médecins et d'infirmiers déclarant travailler régulièrement de nuit parmi ceux qui sont nés à l'étranger que parmi les autochtones. Les différences sont également marquées pour le travail dominical. En revanche, au regard du type de contrat de travail (temporaire/permanent), on ne remarque pas d'écart en fonction du lieu de naissance.

Le fait qu'un certain nombre de médecins immigrés poursuivent leur formation professionnelle dans les pays d'accueil et travaillent donc dans des conditions qui sont généralement similaires à celles offertes aux jeunes médecins (nés dans le pays) pourrait être l'une des explications possibles de ces résultats. Le fait que les infirmiers nés à l'étranger cherchent à effectuer des heures supplémentaires ou se portent volontaires pour le travail de nuit afin de gagner plus d'argent pour envoyer à leurs familles restées dans leur pays d'origine est également une explication plausible. Quoiqu'il en soit, ces données témoignent de façon éloquente de la contribution essentielle que les immigrés apportent désormais à la fourniture des services de santé dans un certain nombre de pays de l'OCDE, y compris en Europe.

Dans le contexte de la diversité culturelle croissante observée dans les sociétés des pays d'accueil, elle-même due à l'essor des migrations et à la diversification des pays d'origine, les personnels de santé nés à l'étranger sont de plus en plus considérés comme une ressource précieuse pour assurer la fourniture de services de santé adaptés aux communautés de migrants (voir *National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care* en ce qui concerne les États-Unis ou, pour l'Europe, la *Déclaration d'Amsterdam Vers des hôpitaux adaptés aux besoins des migrants dans une Europe de la diversité ethnique et culturelle*), ce qui ne va toutefois pas sans difficultés, notamment lorsque les médecins ou infirmiers immigrés doivent effectuer des tâches pour lesquelles ils ne sont pas qualifiés ou rémunérés (traduction, médiation au sein d'une communauté, etc.) (Hawthorne et al., 2000).

Conclusion

Aux alentours de 2000, en moyenne 11 % des infirmiers salariés et 18 % des médecins salariés dans les pays de l'OCDE étaient nés à l'étranger; le nombre de travailleurs de la santé nés à l'étranger varie sensiblement selon les pays de l'OCDE, état de fait qui reflète les spécificités des processus migratoires, notamment de main-d'œuvre hautement qualifiée. En conséquence, en dépit du fait que les migrations de personnels de santé soulèvent des préoccupations spécifiques, ces dernières, dans la mesure où elles constituent un sous-ensemble de personnels qualifiés en général, ne peuvent pas être considérées séparément.

S'il est légitime de s'inquiéter des conséquences des migrations sur les pays d'origine, en particulier sur les pays à faible revenu, les résultats présentés dans ce chapitre montrent que la crise des ressources humaines de la santé qui sévit au niveau mondial ne peut être attribuée uniquement à des phénomènes migratoires. Les besoins en ressources humaines du secteur de la santé en particulier, tels qu'estimés par l'OMS au niveau

régional, excèdent largement le nombre de travailleurs de la santé immigrés présents dans les pays de l'OCDE, ce qui signifie que les migrations internationales ne sont pas la cause principale, et leur diminution la solution à la crise mondiale des ressources humaines de la santé.

Il convient cependant de prendre en considération deux nuances importantes. La première a trait au fait que les migrations internationales contribuent à exacerber l'acuité des problèmes rencontrés par certains pays en particulier, notamment par les pays des Caraïbes et par un certain nombre de pays d'Afrique, dont les pays lusophones et francophones, mais aussi le Sierra Leone, la Tanzanie et le Liberia, ainsi que, dans une moindre mesure, le Malawi. Même dans ces pays, il se peut toutefois que les migrations internationales de travailleurs de la santé soient davantage un symptôme qu'un déterminant.

La seconde nuance concerne la progression des flux migratoires des personnels de santé depuis 2000. Si ceux-ci semblent avoir avant tout concerné les principaux pays d'origine que sont notamment les Philippines et l'Inde, ils ont également affecté certains pays africains de même que des pays d'Europe centrale et orientale. À l'évidence, le rythme de croissance enregistré depuis environ cinq ans risque de devenir une menace pour les systèmes de santé de certains pays en développement.

Il importe de souligner que dans les pays de l'OCDE, il n'existe que très peu de programmes d'immigration visant spécifiquement les personnels de santé. En outre, il semble que jusqu'à présent, les accords bilatéraux n'aient pas joué un rôle important. Dans ce contexte, parce que certains pays d'origine se voient cependant privés, à cause des migrations, d'une partie de leurs ressources humaines, la question à court terme pourrait devenir la suivante : les pays de destination doivent-ils explicitement exclure les personnels de santé du recrutement international de travailleurs hautement qualifiés afin d'éviter les effets pervers potentiels que cela pourrait avoir sur les systèmes de santé des pays en développement ? Une telle décision serait-elle efficace ? Serait-elle juste ?

Sur le long terme, il est sans doute nécessaire de poser la question un peu différemment et de reconnaître que le recrutement international actif est une solution de court terme et/ou une échappatoire face à d'autres solutions internes au problème de la gestion des ressources humaines de la santé, pouvant prendre la forme d'un accroissement des capacités de formation sur le plan intérieur, d'une amélioration du taux de rétention, d'un développement de la structure des compétences et des soins coordonnés et de gains de productivité.

Il n'existe assurément pas de réponse unique ou unilatérale face aux défis posés par la mobilité internationale des travailleurs de la santé, mais on dispose désormais de données grâce auxquelles on peut observer de plus près les évolutions, et des propositions éclairées ont été formulées à l'intention des pouvoirs publics afin de permettre de mieux partager les bénéfices de la mobilité internationale des travailleurs de la santé tout en préservant la liberté des individus de se déplacer (notamment OMS, 2006a; Stilwell et al., 2004; Buchan et Dovlo, 2004; Dumont et Meyer, 2004; JLI, 2004; Martinez et Martineau, 2002). Certaines de ces propositions sont d'ores et déjà mises en œuvre. Il s'agit donc à présent de généraliser les initiatives les plus prometteuses, d'attirer l'attention de l'ensemble des parties prenantes, y compris des pays d'origine, des pays de destination et des migrants eux-mêmes, et d'obtenir d'elles des engagements. Dans cette perspective, la tendance à l'accroissement des apports d'aide publique au développement alloués au secteur de la santé (OCDE, 2007) et les efforts déployés actuellement par l'OMS pour élaborer un code de bonne

pratique pour le recrutement international de travailleurs de la santé sont autant de facteurs qui vont dans la bonne direction, mais qui toutefois devraient être accompagnés de mesures visant à renforcer les capacités de formation et à améliorer la gestion des ressources humaines de la santé, ce qui a déjà été réalisé dans certains pays de l'OCDE.

Notes

1. La *Joint Learning Initiative on Human Resources for Health and Development* (JLI) a été lancée en novembre 2002 suite à la prise de conscience du rôle primordial des ressources humaines pour la santé au niveau mondial. La création récente du *Global Health Workforce Alliance* (GHWA) s'inscrit dans le prolongement de cette initiative. GHWA est en fait un partenariat hébergé et administré par l'OMS. Une autre initiative du même ordre, *Realizing Rights: The Ethical Globalization Initiative*, a vu le jour sous la houlette de Mary Robinson. Cette initiative vise à répondre à en matière de développement humaine et de sécurité, y compris la mobilité internationale des personnels de santé. Enfin, le Secrétariat du Commonwealth s'est montré très actif dans ce domaine et il a élaboré un code international de bonne pratique pour le recrutement international des personnels de santé.
2. Ce chapitre porte exclusivement sur les migrations internationales de travailleurs de la santé. Il n'aborde pas d'autres aspects importants de la gestion des ressources humaines de la santé, tels que les politiques d'enseignement et de formation, les politiques vis-à-vis de la répartition des compétences ou les politiques de rétention. L'OCDE envisage de mener des analyses complémentaires sur ces différents aspects des ressources humaines de la santé.
3. Lorsqu'on ne disposait pas de recensements de population, on a utilisé soit des données tirées de registres de population (pour la Suède, la Finlande, le Danemark), soit, dans certains cas, de données tirées d'enquêtes de main-d'œuvre (pour la Belgique, les Pays-Bas, la Norvège et l'Allemagne). En ce qui concerne l'Allemagne, les séries de données disponibles ne permettent pas d'identifier les pays de naissance (elles recouvrent en effet un nombre non négligeable de cas où le lieu de naissance n'est pas précisé). En outre, un certain nombre de pays de l'OCDE n'ont pu être pris en compte dans l'analyse faute de données (à savoir la Corée, l'Islande, l'Italie, le Japon, la République slovaque et la République tchèque).
4. Clemens et Petterson (2006) ont suivi une démarche similaire en mettant l'accent sur les personnels de santé nés dans les pays africains. Leur étude porte sur huit pays de l'OCDE (Australie, Royaume-Uni, États-Unis, Canada, Portugal, Espagne, France et Belgique) et sur l'Afrique du Sud. Lowell et Gerova (2004) utilisent également des données tirées de recensements de population afin d'identifier les « professionnels » et les « professionnels associés » immigrés dans le secteur de la santé aux États-Unis.
5. Premièrement, les données se rapportent aux personnes nées à l'étranger, et non aux personnes formées à l'étranger, mais elles sont complétées par des informations supplémentaires tirées de registres professionnels selon le lieu de formation. Deuxièmement, les données tirées des recensements de population ne permettent pas dans tous les pays de l'OCDE de prendre en compte la nationalité à la naissance ce qui conduit à considérer à tort certaines personnes comme des immigrés du fait de leur lieu de naissance (rapatriés ou enfants d'expatriés). Enfin, les données se rapportent aux personnes employées en tant que personnels de santé et non à l'ensemble de celles qui ont été formées pour ces professions. Les difficultés rencontrées pour faire reconnaître dans les pays d'accueil des qualifications médicales acquises à l'étranger peuvent être à l'origine d'un écart non négligeable entre les chiffres concernant respectivement les unes et les autres.
6. Selon l'enquête sur l'emploi réalisée en France, 55,6 % des personnes nées en Algérie ayant suivi des études supérieures et employées en 2005 étaient des rapatriés (nés en Algérie et possédant la nationalité française à la naissance). Si l'on applique ce coefficient au nombre de médecins nés en Algérie, soit 10 500, et d'infirmiers nés en Algérie, soit 8 200, il en résulte une réduction du pourcentage de médecins nés à l'étranger qui travaillent en France d'environ 3 points de pourcentage (ramenant ce chiffre à 14 %) et d'infirmiers nés à l'étranger d'1 point de pourcentage (4,4 %).
7. Docquier et Bhargawa (2006) ont créé une base de données sur les médecins généralistes de 16 pays de l'OCDE concernant la période 1991-2004 comportant des informations ventilées en fonction du lieu de formation afin d'estimer l'impact de l'exode des cerveaux dans le domaine médical sur la mortalité liée au VIH dans les pays d'Afrique subsaharienne (Bhargawa et Docquier, 2006). Ces travaux pionniers, après ceux menés à bien par Meija dans les années 70, constituent

une avancée. La base de données présente toutefois des limites importantes dues à la non-disponibilité de certaines données et à l'hétérogénéité des sources et des définitions. À l'exception de celles concernant les États-Unis, une proportion considérable des données ont été interpolées, ce qui laisse planer des doutes quant à la fiabilité des chiffres concernant les pays d'origine qui ne figurent pas parmi les principaux pays d'immigration aux États-Unis.

8. En Belgique, jusqu'à une époque récente, on observait d'importants flux d'étudiants étrangers venus de pays voisins, dont la France, dans les facultés de médecines et autres établissements de formation aux métiers de la santé. Ceci était dû à la volonté de contourner les *numerus clausus* dans les pays d'origine. Des restrictions ont été mises en place depuis peu pour enrayer ce phénomène.
9. Quasiment tous les médecins immigrés doivent passer par le système américain et effectuer leur stage pratique après l'internat aux États-Unis.
10. Aux États-Unis, une part non négligeable (environ 15 %) des médecins formés à l'étranger sont en fait des citoyens américains formés à l'étranger, principalement dans des pays des Caraïbes. Ces universités « *off-shore* » sont essentiellement tournées vers les États-Unis. Cette émigration temporaire de citoyens américains est un moyen de contourner les dispositifs visant à retreindre le nombre de places dans les facultés de médecine américaines. Ces dix dernières années, si le nombre de diplômés est resté stable, le nombre de places pour en internat s'est accru et l'écart a été comblé par des médecins formés à l'étranger, y compris par des ressortissants américains.
11. En moyenne, l'Asie est la première région d'origine puisque 42 % des médecins et 31 % des infirmiers nés à l'étranger viennent de cette partie du monde. Ces pourcentages sont plus élevés que pour les travailleurs hautement qualifiés en général (environ 30 %).
12. Les migrations de personnels de santé du Canada vers les États-Unis ont beaucoup attiré l'attention des auteurs. Environ la moitié des médecins qui quittent le Canada choisissent d'aller aux États-Unis. L'Institut canadien d'information sur la santé indique toutefois que sur les cinq dernières années, le nombre de médecins partis à l'étranger a diminué (passant de 420 en 2000 à 262 en 2004) tandis que le nombre de médecins revenus au pays a au contraire augmenté. En 2004, le Canada a enregistré un solde positif net modeste (ICIS, 2005). Cette évolution marque un changement notable par rapport à ce qu'on pouvait observer dans les années 90 (Barer et Webber, 2000).
13. À propos de l'Afrique, se reporter à OMS (2004a), Hagopian et al. (2004), Dolvo et Martineau (2004) et Clemens et Pettersson (2006), Clemens (2007), Connell et al. (2007). Concernant la région du Pacifique, se reporter à OMS (2004b). Pour l'Asie du Sud-Est, voir Adkoli (2006). Pour trouver des études de cas par pays, se référer par exemple à Wibulpolprasert et al. (2004) qui ont étudié la situation de la Thaïlande, Dumont et Meyer (2004) celle de l'Afrique du Sud, l'OIT (2005) ou Ronquillo et al. (2005) celle des Philippines, Chikanda (2004) celle du Zimbabwe, Mensah et al. (2005) ou Buchan et Dovlo (2004) celle du Ghana, Badr (2005) celle du Soudan, Record et Mohiddin (2006) celle du Malawi.
14. En ce qui concerne l'ex-URSS, les migrations à destination de l'Allemagne et d'Israël ne sont pas prises en compte bien que des afflux massifs aient été enregistrés ces dernières décennies. On estime par exemple qu'entre 1989 et 1995, plus de 14 000 médecins de l'ex-Union soviétique ont émigré vers Israël (Borow, 2007). On dénombrait par ailleurs environ 10 000 *Aussiedler* (venus de pays de l'ex-URSS) employés en tant que médecins en Allemagne en 2002 et probablement autant de personnes entrées sur le territoire allemand sous un régime différent (quoique non repérable dans le microrecensement effectué par l'Allemagne).
15. Il n'est cependant pas facile de déterminer si le nombre élevé de médecins philippins dans les pays de l'OCDE, au premier rang desquels les États-Unis, est le résultat de vagues d'immigration récentes ou relativement anciennes. Quoiqu'il en soit, l'un des sujets d'inquiétude qui se fait jour depuis quelque temps semble porter sur l'augmentation du nombre de médecins qui, aux Philippines, se réorientent vers le métier d'infirmier pour pouvoir émigrer (« *nursing medics* »). Aux Philippines, au moins 45 écoles d'infirmiers dispensent des formations courtes aux médecins qui souhaitent se reconvertir dans le métier d'infirmier.
16. En ce qui concerne les pays africains, on suppose également que les migrations de travailleurs de la santé à destination de l'Afrique du Sud sont loin d'être négligeables bien qu'elles ne soient pas prises en compte dans les chiffres présentés. Selon Clemens et Pettersson (2006), il y aurait en Afrique du Sud moins de 1 500 médecins et environ 200 infirmiers nés dans d'autres pays d'Afrique, ce qui représente moins de 5 % du nombre total de médecins nés dans des pays d'Afrique subsaharienne exerçant dans les pays de l'OCDE.
17. Les taux d'émigration sont calculés comme suit : X_i = nombre de médecins (infirmiers) nés à l'étranger travaillant dans les pays de l'OCDE qui sont nés dans le pays i ; Y_i = nombre de médecins

(infirmiers) travaillant dans le pays i (source Atlas de la santé dans le monde publié par l'OMS; moyenne sur la période 1995-2004); $\text{taux d'émigration} = X_i/(X_i+Y_i)$. Les pays qui comptent moins de 50 infirmiers ou moins de 10 infirmiers expatriés (10 et 5 respectivement pour les médecins) ont été éliminés.

18. Fidji entretient des relations étroites avec deux pays de l'OCDE, l'Australie et la Nouvelle-Zélande. L'émigration y est globalement importante, en particulier pour les travailleurs hautement qualifiés. Les infirmiers originaires de Fidji émigrent également, surtout à titre temporaire, vers des pays du Moyen-Orient et vers des pays voisins du Pacifique. Il semble que Fidji pourrait évoluer vers une situation telle que celle qui prévaut aux Philippines où les infirmiers sont formés pour partir à l'étranger. L'émigration de médecins paraît davantage être un problème, en partie contrebalancé par des afflux de main-d'œuvre venue des Philippines, de Birmanie et de Chine (Connell, 2006).
19. Le Sierra Leone et la Tanzanie étaient en 2000 les deux pays les plus pauvres, avec un revenu par habitant d'environ 500 dollars (PIB PPA, Indicateurs du développement dans le monde de la Banque mondiale). L'Angola totalise, grâce à ses ressources naturelles, un PIB par tête plus élevé (soit environ 1 800 USD par habitant en 2000), mais il a été en proie à la guerre civile depuis 27 ans. Les chiffres sont peut-être gonflés dans une certaine mesure pour l'Angola et le Mozambique qui sont surreprésentés au Portugal à cause du fait que les rapatriés ne peuvent être identifiés dans le recensement de population (au Portugal, on dénombre 1 457 médecins nés en Angola et 884 médecins nés au Mozambique sur respectivement 1 512 et 935 médecins venus de ces pays).
20. Certains pays comme l'Afrique du Sud, le Kenya, le Ghana et la Côte d'Ivoire vivent une situation paradoxale puisqu'ils éprouvent des difficultés à pourvoir des postes vacants alors même qu'ils recensent des travailleurs de la santé au chômage. Dans ces pays, un redéploiement des ressources et des mesures incitatives ciblées pourraient contribuer, jusqu'à un certain point, à résoudre le paradoxe en rendant le secteur de la santé plus attrayant, en particulier dans les zones rurales où la dureté des conditions de travail, le manque de perspectives d'évolution professionnelle et de sécurité sont souvent des obstacles majeurs et des facteurs fortement dissuasifs pour les travailleurs de la santé susceptibles de s'y installer (voir Buchan et Dovlo, 2004; Zurn et al., 2002; Dumont et Meyer, 2004).
21. L'écart est calculé selon une approche fondée sur les besoins qui fixe à 2.28 ‰ travailleurs de la santé (médecins, infirmiers et sages-femmes) pour 1000 habitants le seuil en dessous duquel, en moyenne, un pays ne peut atteindre le taux de 80 % des naissances ayant lieu en présence d'un agent de santé qualifié.
22. La classification des régions de l'OMS comporte six régions : l'Afrique, l'Asie du Sud-Est, le Pacifique occidental, la Méditerranée orientale, l'Europe et les Amériques.
23. En 1998, l'obtention d'une note minimum lors de l'évaluation des compétences cliniques par l'*Educational Commission for Foreign Medical Graduates* a été ajoutée aux autres exigences, ce qui a entraîné une chute spectaculaire du nombre de certificats accordés en 1999 (Boulet et al., 2006).
24. Le pic observé en 2003 dans les chiffres concernant les inscriptions de médecins étrangers au Royaume-Uni peut s'expliquer par le fait que la réglementation a été modifiée pour certains pays d'origine. En conséquence, plusieurs milliers de médecins se sont arrangés pour s'inscrire sur les registres professionnels même s'ils n'avaient pas l'intention d'émigrer à brève échéance au Royaume-Uni.
25. À ce total, il conviendrait d'ajouter les personnes arrivées au titre du *Highly Skilled Migrant Programme* (soit 17 631 personnes en 2005 dont 33 % exerçant une profession médicale, essentiellement des médecins, même si elles n'étaient pas toutes employées), ainsi que les ressortissants des pays de l'EU15 ou de l'EU10. En définitive, le chiffre réel est peut-être proche du nombre d'inscriptions, voire supérieur à ce chiffre.
26. Les visas H1-B sont régis par un système de contingentement. Le plafond fixé pour le nombre de visas délivrés ne peut être inférieur à 65 000. Il a été porté à 115 000 en 1999, puis à 195 000 en 2001 avant d'être ramené à 65 000 à compter d'octobre 2003 même si des dérogations importantes introduites antérieurement sont restées en vigueur.
27. Les visas J1 jouent également un rôle important pour les diplômés en médecine à l'étranger qui souhaitent poursuivre leur formation médicale aux États-Unis (voir ci-dessous).
28. En Italie, les infirmiers sont exclus depuis 2002 du contingent annuel de permis de travail (Chaloff, 2006).

29. Aux États-Unis, plusieurs programmes intéressant spécifiquement les infirmiers étrangers ont été mis en place, mais ils sont à présent terminés. Le visa H-1A a été créé par le *Nursing Relief Act* de 1989, puis supprimé en septembre 1995. En 1999, le visa H-1C a été institué par le *Nursing Relief for Disadvantaged Area Act* de 1999 qui autorisait chaque année jusqu'à 500 infirmiers à travailler pendant trois ans maximum aux États-Unis. Ce régime a pris fin en septembre 2004. Depuis lors, il n'existe aucun mécanisme spécifique à l'intention des infirmiers ou des médecins, si ce n'est des dérogations éventuelles au régime du visa J-1.
30. Aucune limite au nombre de dérogations accordées chaque année sur demande n'est imposée par la loi aux organismes fédéraux.
31. Au Royaume-Uni, à la suite de consultations publiques concernant, d'une part, les infirmiers (novembre 2003), et d'autre part, les sages-femmes (octobre 2005), et compte tenu de données recueillies par le *British Council*, le *Nursing and Midwifery Council* a décidé qu'à compter de février 2007, la note minimale exigée à l'IELTS (*International English Language Testing System*) serait de 7 (contre 6.5 auparavant). En Nouvelle-Zélande, le niveau minimum a également été revu à la hausse récemment. La note obtenue ne peut être inférieure à 7 pour chacune des quatre épreuves que comporte l'IELTS. En Australie, la note globale ne peut être inférieure à 7 et la note minimale requise dans chacune des épreuves est de 6.5.
32. À partir de données communiquées par l'*Australian Medical Council* (AMC), Hawthorne et al. (2006) analysent le taux de réussite des épreuves écrites et de l'épreuve clinique des médecins formés à l'étranger. Il en ressort qu'environ 80 % de ceux qui se présentent à l'examen écrit (MCQ) organisé par l'*Australian Medical Council* le réussissent (51 % à la première tentative) ainsi que 86 % de ceux qui passent l'épreuve clinique. Toutefois, seuls 53 % de ceux qui se sont présentés aux premières épreuves ont passé l'épreuve clinique pendant la période 1978-2005. Le délai qui s'écoule entre l'obtention de la qualification médicale et le premier passage du MCQ et la réussite de l'épreuve clinique est un paramètre important pour le taux de réussite. La région d'origine et la langue maternelle sont également des facteurs déterminants.
33. Bach (2003) fait état de plusieurs exemples similaires dans des contextes différents.

Bibliographie

- ADKOLI, B.V. (2006), « Migration of health workers: perspectives from Bangladesh, India, Nepal, Pakistan and Sri Lanka », *Regional Health Forum*, vol. 10, n° 1.
- ALKEN, L., J. BUCHAN, J. SOCHALSKI, B. NICHOLS et M. POWEL (2004), « Trends in International Nurse Migration », *Health Affairs*, vol. 23, n° 3.
- ALLAN, H. et J. LARSEN (2003), « We Need Respect »: Experiences of internationally Recruited Nurses in the UK. Presented to the Royal College of Nursing.
- AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION – AMA (2006), *International Medical Graduates in the US Workforce: a Discussion Paper*, AMA-IMG Workforce Discussion Paper 2006.
- BACH, S. (2003), *International Migration of Health Workers: Labour and Social Issues*, Working Paper 209, ILO.
- BACH, S. (2006), *International Mobility of Health Professionals – Brain Drain or Brain Exchange?* Research Paper No. 2006/82, UNU-WIDER.
- BADR, E. (2005), *Brain Drain of Health Professionals in Sudan: Magnitude, Challenges and Prospects for Solution*, Mimeo, MA Health Management Planning and Policy.
- BARER, M.L. et W. WEBBER (2000), « The great Canadian physician exodus? », *Issue Brief*, ISUMA, Automn.
- BANQUE MONDIALE (2006), *Quarterly Economic Report, Part II: Special Topic*, World Bank EU8.
- BHARGAVA, A. et F. DOCQUIER (2006), *HIV Pandemic, Medical Brain Drain and Economic Development in Sub-Saharan Africa*. Working Paper, Center for Health Policy, Research in Progress Seminar.
- BIT (2005), *Migration of Health Workers: Country Case Study Philippines*, Working Paper n° 236.
- BOROW, M. (2007), *The Migration of Physicians: the Israeli Experience*, Israeli Medical Association.
- BOULET, J., J. NORCINI, G. WHELAN, J. ALLOCK et S. SEELING (2006), « The international medical graduate pipeline: recent trends in certification and residency training », *Health Affairs*, vol. 25, n° 2.

- BOURASSA FORCIER, M., SIMOENS, S. and A. GIUFFRIDA (2004), « Impact, regulation and health policy implications of physician migration in OECD countries », *Human resources for Health*, vol. 2, n° 12.
- BOURASSA-FORCIER, M. et A. GIUFFRIDA (2002), *International Migration of Physicians and Nurses: Causes, Consequences and Health Policy Implications*, Working Paper, DELSA, Unité des politiques de santé, OCDE.
- BUCHAN, J. et D. DOVLO (2004), *International Recruitment of Health Workers to the UK*, A Report for DFID.
- BUCHAN, J. et I. SECCOMBE (2006), *Worlds Apart? The UK and International Nurses*. Presented to the Royal College of Nursing.
- BUCHAN, J. et L. CALMAN (2004), *The Global Shortage of Registered Nurses: an Overview of Issues and Actions*, International Council of Nurses.
- BUCHAN, J., T. PARKIN et J. SOCHALSKI (2003), *International Nurse Mobility*, Working Paper WHO/EIP/OSD/2003.3, World Health Organization.
- BUTLER, C. et J. EVERSLEY (2005), *More Than You Think: Refugee Doctors in London, their Numbers and Success in Getting Jobs*, Refugee Doctor Programme Evaluation Network (UK).
- CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION (2005), *Supply, Distribution and Migration of Canadian Physicians 2004*.
- CHALOFF, J. (2006), *Mismatches in the Formal Sector, Expansion of the Informal Sector: Immigration of Health Professionals to Italy*, CeSPI, Rome.
- CHAN XH. et T. WLIJI (2006), *Global Pharmacy Workforce and Migration Report: a Call for Action*, International Pharmaceutical Federation.
- CHANDA, R. (2002), « Trade in Health Services », *Bulletin of the World Health Organization* 2002, vol. 80, n° 2.
- CHIKANDA, A. (2004), *Skilled Health Professionals' Migration and its Impact on Health Delivery in Zimbabwe*, Working Paper 04-04, COMPAS.
- CLEMENS, M. (2007), *Do Visas Kill? Health Effects of African Health Professional Emigration*, Working Paper No. 114, Center for Global Development.
- CLEMENS, M. et G. PETTERSSON (2006), *A New Database on Health Professional Emigration from Africa*, Working Paper n° 95, Center for Global Development.
- CONNELL, J. (2006) « Migration, Dependency and Inequality in the Pacific: Old Wine in Bigger Bottles? » in *Globalisation and Governance in the Pacific Islands* (Part 1).
- CONNELL, J., P. ZURN, B. STILWELL, M. AWASES et J.-M. BRAICHET (2007), « Sub-Saharan Africa: Beyond the health worker migration crisis? », *Social Science and Medicine*.
- DAL POZ, M., E. QUAIN, M. O'NEIL, J. McCAFFERY, G. ELZINGA et T. MARTINEAU (2006), « Addressing the health workforce crisis: towards a common approach », *Human Resources for Health* 2006, vol. 4, n° 21.
- DAVENPORT, M., J. BUCHAN, B. KERSHAM et O. MUNJANJA (2005), *A Managed Temporary Migration Scheme for Nurses from Eastern Africa to the European Union*, Draft Report for the Commonwealth and COMSA Secretariats.
- DEPARTMENT OF HEALTH (2004), *Code of Practice for NHS Employers*, Royaume-Uni.
- DEPARTMENT OF HEALTH (2004), *Code of Practice for the International Recruitment of Healthcare Professionals*, Royaume-Uni.
- DIALLO, K. (2004), « Data on the migration of health-care workers: sources, uses, and challenges », *Bulletin of the World Health Organisation*, vol. 82, n° 8.
- DOBSON, J. et J. SALT (2006), « Foreign recruitment in health and social care: recent experience reviewed », *International Journal of Migration, Health and Social Leave*.
- DOCQUIER, F. et A. BHARGAVA (2006), *A New Panel Data Set on Physicians' Emigration Rates (1991-2004)* (Preliminary version), Mimeo.
- DOLVIK, J.E. et L. ELDRING (2006), *The Nordic Labour Market Two Years after the EU Enlargement*, TemaNord 2006:558.
- DOVLO, D. et T. MARTINEAU (2004), *A Review of the Migration of Africa's Health Professionals*, JLI Working Paper 4-4.

- DOYLE, N., G. HUGHES et E. WADENSJO (2006), *Freedom of Movement for Workers from Central and Eastern Europe*, SIEPS.
- DUMONT, JC. et JB. MEYER (2004), « La mobilité internationale des professionnels de la santé : évaluation et enjeux à partir du cas sud-africain » in *Tendances des migrations internationales*, SOPEMI Edition 2003, OCDE, Paris.
- DUMONT, JC. et G. LEMAITRE (2005), « Comptabilisation des immigrés et des expatriés dans les pays de l'OCDE : une nouvelle perspective » in *Trends in International Migration*, SOPEMI Edition 2004, OCDE, Paris.
- EUROPEAN MIGRATION NETWORK (ENM) (2006), *Synthesis Report and National Reports* (Austria, Belgium, Estonia, Germany, Greece, Ireland, Italy, Latvia, Sweden, the Netherlands and the United Kingdom), www.european-migration-network.org.
- GAO (2006), *Foreign Physicians: Data on Use of J-1 Visa Waivers Needed to Better Address Physician Shortages*, GAO-07-52, United States Government Accountability Office.
- GENERAL MEDICAL COUNCIL (2007), *PLAB Survey – A Survey among June-October 2005 PLAB-Pass Doctors*.
- GYIMAH-BREMPOG, K. et M. WILSON (2004), « Health human capital and economic growth in Sub-Saharan African and OECD countries », *The Quarterly Review of Economics and Finance*, vol. 44.
- HAGOPIAN, A., M. THOMPSON, E. KALTENBACH et G. HART (2003), « Health Departments' use of international medical graduates in physician shortage areas », *Health Affairs*, vol. 22, n° 5.
- HAGOPIAN, A., M. THOMPSON, M. FORDYCE, K. JOHNSON et G. HART (2004), « The migration of physicians from sub-Saharan Africa to the United States of America: measures of the African brain drain », *Human Resources for Health*, vol. 2, n° 17.
- HAWTHORNE, L. (2001), « The globalization of the nursing workforce: barriers confronting overseas qualified nurses in Australia », *Nursing Inquiry* 2001, vol. 8, n° 4.
- 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, The University of Melbourne.
- HAWTHORNE, L., J. TOTH et G. HAWTHORNE (2000), « Patient demand for bilingual bicultural nurses in Australia », *Journal of Intercultural Studies*, vol. 21, n° 2.
- HAWTHORNE, L., avec B. BIRRELL et D. YOUNG (2003), *The Retention of Overseas Trained Doctors in General Practices in Regional Victoria*, Rural Workforce Agency Victoria, Melbourne.
- HOME OFFICE (2007), *Accession Monitoring Report, May 2004-December 2006*.
- JOINT LEARNING INITIATIVE – JLI (2004), *Human Resources for Health: Overcoming the Crisis*, Harvard University Press.
- KACZMARCZYK, P. (2006), *Highly Skilled Migration from Poland and Other OECD Countries – Myths and Reality*, Reports and Analyses 17/06, Center for International Relations.
- KANGASNIEMI, M., A. WINTERS et S. COMMANDER (2004), *Is the Medical Brain Drain Beneficial? Evidence from Overseas Doctors in the UK*, www.worldcatlibraries.org/.
- 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* 2006, vol. 4, n° 22.
- LEBOLD, M. et C. WALSH (2006), « Innovations in health care delivery: response to global nurse migration – An education example », *Policy, Politics and Nursing Practice*, Supplement to vol. 7, n° 3.
- LEVINE, L. (2003), *Education and Training Funded by the H-1B Visa Fee and the Demand for Information Technology and Other Professional Specialty Workers*, Congressional Research Service, The Library of Congress.
- LOWELL, L. et S. GEROVA (2004), « Immigrants and the health workforce », *Work and Occupations*, vol. 34.
- 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.
- MARTINEZ, J. et T. MARTINEAU (2002), *Human Resources in the Health Sector: an International Perspective*, DFID Health Systems Resource Centre.

- McINTOSH, T., R. TORGESON et N. KLASSEN (2007), *The Ethical Recruitment of Internationally Educated Health Professionals: Lessons from Abroad and Options for Canada*, Research Report H/11, Health Network.
- MEDICAL COUNCIL OF NEW ZEALAND -MCNZ (2000), *The New Zealand Medical Workforce in 2000*.
- MEIJA, H., A. PIZURKI et E. ROYSTON (1979), *Physician and nurse migration: analysis and policy implications*, World Health Organization, Geneva.
- MENSAH, K., M. MACKINTOSH et H. LEROI (2005), *The « Skills Drain » of Health Professionals from the Developing World: a Framework for Policy Formulation*, Working Paper, MEDACT, London, United Kingdom.
- MERÇAY, C. (2006), *L'immigration des infirmières en Suisse – Le recrutement dans le milieu hospitalier de 1970 à nos jours*, Mémoire de Licence, Université de Neuchâtel.
- MULLAN, F. (2004), *Filling the Gaps: International Medical Graduates in the United States, the United Kingdom, Canada and Australia*, Working Paper prepared for The 8th International Medical Workforce Conference, Washington DC, 6-9 October 2004.
- MULLAN, F. (2005), « The metrics of the physician brain drain », *The New England Journal of Medicine*, Massachusetts Medical Society.
- MULLAN, F. (2006), « Doctors for the World: Indian physician emigration », *Health Affairs*, vol. 25, n° 2.
- OCDE (2003), *Factors Shaping the Medical Workforce*, SG/ADHOC/HEA(2003)6, Ad Hoc Group on the OECD Health Project.
- OCDE (2007), *Recent Trends in Official Development Assistance to Health*, OECD Development Assistance Committee.
- OIM (2006), « Migration and Human Resources for Health: from Awareness to Action », *International Dialogue on Migration* n° 9.
- ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS (2006), *Étude de la problématique des PADHUE*, 28 avril.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2004a), *Migration of Health Professionals in Six Countries: a Synthesis Report*, WHO Regional Office for Africa.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2004b), *The Migration of Skilled Health Personnel in the Pacific Region: a Summary Report*.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2006), *Human Resources for Health in the WHO European Region*, WHO Regional Office for Europe.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2006), *Working Together for Health*, The World Health Report 2006.
- PANG, T., M.A. LANSANG et A. HAINES (2002), « Brain drain and health professionals », *BMJ*, vol. 324, March.
- RAGHURAM, P. et E. KOFMAN (2002), « The state, skilled labour markets, and immigration: the case of doctors in England », *Environment and Planning A*, vol. 34.
- RECORD, R. et A. MOHIDDIN (2006), « An economic perspective on Malawi's medical 'brain drain' », *Globalization and Health*, vol. 2, n° 12.
- RONQUILLO, K, F.M. ELEGADO-LORENZO et R. NODORA (2005), *Human Resources for Health, Working Paper for Asean Learning Network for Human Resources for Health*, Bangkok, Thailand.
- ROWE, A. et M. GARCIA-BARBERO (2005), *Regulation and Licensing of Physicians in the WHO European Region*, WHO Regional Office for Europe.
- SACHS, J. (chaired by) (2001), *Macroeconomics and Health, Investing in Health for Economic Development*, World Health Organization.
- SHELDON, G. (2006), « Globalization and the health workforce shortage », *Surgery*, vol. 140, n° 3, September.
- SIMOENS, S. et J. HURST (2006), *The Supply of Physician Services in OECD Countries*, OECD Health Working Papers, DELSA/HEA/WD/HWP(2006)1.
- SIMOENS, S., M. VILLENEUVE et J. HURST (2005), *Tackling Nurse Shortages in OECD Countries*, OECD Health Working Papers, DELSA/ELSA/WD/HEA(2005)1.

- SKELDON, R. (2005), *Globalisation, Skilled Migration and Poverty Alleviation: Brain Drains in Context*. Issued by the Development Research centre on Migration, Globalisation and Poverty.
- STILWELL, B., K. DIALLO, P. ZURN, M. DAL POZ, O. ADAMS et J. BUCHAN (2003), « Developing evidence-based ethical policies on the migration of health workers: conceptual and practical challenges », *Human Resources for Health*, Vol. 1, No. 8.
- US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2001), *National Standards for Culturally and Linguistically – Appropriate Services in Health Care*, Office of Minority Health, Washington D.C.
- US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2001), *National Standards for culturally and Linguistically, Appropriate Services in Health Care*, <http://omhrc.gov/omh/programs/2pgprograms/finalreport.pdf>.
- US IMMIGRATION AND NATURALIZATION SERVICE (2002, 2004, 2006), *Report on Characteristics of Specialty Occupation Workers –H1B*.
- VORK, A., M. PRIINITIS et E. KALLASTE (2004), *Migration of Healthcare Workers from Estonia*, PRAXIS Centre for Policy Studies.
- VUJICIC, M., P. ZURN, K. DIALLO, O. ADAMS et M. DAL POZ (2004), « The role of wages in the migration of health care professionals from developing countries », *Human Resources for Health*, vol. 2, n° 3.
- WHELAN, G., N. GARY, J. KOSTIS, J. BOULET et J. HALLOCK (2002), « The changing pool of international medical graduates seeking certification training in US graduate medical education programs », *The Journal of the Medical Association (JAMA)*, September 4, vol. 288, n° 9.
- WIBULPOLPRASERT, S., C. PACHANEE, S. PITAYARANGSARIT et P. HEMPISUT (2004), « International service trade and its implications for human resources for health: a case study of Thailand », *Human Resources for Health*, vol. 2, n° 10.
- WISKOW, C. (2006), *Health Worker Migration Flows in Europe: Overview and Case Studies in Selected CEE Countries (Romania, Czech Republic, Serbia and Croatia)*, Working Paper n° 45, BIT.
- WOODMAN, J. (2007), *Patients Beyond Borders*, Healthy Travel Media.
- WORLD BANK (2006), *Quarterly Economic Report, Part II: Special Topic*, World Bank EU8.
- WORLD FEDERATION FOR MEDICAL EDUCATION – WFME (2005), *Statement on the Bologna Process and Medical Education*, WFME.
- ZURN, P., M. DAL POZ, B. STILWELL et O. ADAMS (2002), *Imbalances in the Health Workforce*, Briefing Paper, Organisation mondiale de la santé.

ANNEXE III.A1

Origine et destination des immigrants professionnels de la santé dans les pays de l'OCDE, circa 2000

Tableau III.A1.1. Répartition des médecins nés à l'étranger par pays d'origine dans quelques pays de l'OCDE

Pourcentages

	OCDE	Europe hors OCDE	Afrique du Nord	Autre Afrique	Asie hors OCDE	Amérique latine hors OCDE	Océanie hors OCDE	Total **	UE15	UE12 (A10, BUL, ROM)
AUS	41.2	3.0	2.7	8.1	42.5	0.7	1.7	100	29.6	4.4
AUT	65.1	15.0	2.1	0.7	16.6	0.6	–	100	37.4	27.8
CAN	40.5	4.2	4.1	12.1	32.5	6.5	0.1	100	25.5	7.8
CHE	72.4	11.0	2.8	2.3	7.3	4.2	–	100	55.6	14.0
DNK	55.3	14.3	2.0	2.8	23.3	2.3	–	100	30.0	14.6
ESP	23.8	2.4	8.5	1.7	8.7	55.0	–	100	16.7	1.2
FIN	38.3	43.5	3.5	2.6	10.4	1.7	–	100	26.1	13.9
FRA	14.1	1.7	53.8	11.3	16.7	2.4	–	100	11.4	1.9
GBR	20.0	2.3	3.6	16.9	54.9	2.2	0.1	100	13.6	2.6
GRC	37.4	36.2	9.1	4.8	11.4	0.9	–	100	17.8	20.1
HUN	10.4	75.4	0.3	2.9	10.2	0.8	–	100	3.7	58.4
IRL	45.1	0.4	–	6.5	48.1	–	–	100	38.1	0.4
LUX	79.7	2.3	2.6	5.6	8.6	1.1	–	100	74.8	3.4
MEX	27.1	0.8	0.2	0.4	1.8	69.6	–	100	8.9	0.9
NZL	50.4	1.7	0.9	15.9	27.3	0.6	3.3	100	40.2	0.3
POL	8.0	74.9	1.2	2.8	12.6	0.5	0.1	100	5.8	18.9
PRT	15.3	1.1	0.2	61.4	3.8	18.3	–	100	13.2	0.5
SWE	55.7	15.5	1.0	2.9	21.0	3.9	–	100	31.5	19.9
TUR	46.9	32.1	0.3	–	20.7	–	–	100	41.5	25.9
USA	21.7	4.3	2.3	4.6	51.8	15.2	0.1	100	9.7	4.0
OCDE*	26.7	5.6	7.2	7.8	41.6	10.8	0.2	100	16.0	5.3

* Moyennes pondérées pour les pays ci-dessus plus la Belgique, les Pays-Bas et la Norvège pour lesquels les chiffres détaillés ne sont pas significatifs.

** Non compris les inconnus et les pays de naissance non classifiés.

– Négligeable.

Source : Voir tableau III.1

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/048656055686>

Tableau III.A1.2. Répartition des infirmiers nés à l'étranger par pays d'origine dans quelques pays de l'OCDE

Pourcentages

	OCDE	Europe hors OCDE	Afrique du Nord	Autre Afrique	Asie hors OCDE	Amérique latine hors OCDE	Océanie hors OCDE	Total**	UE15	UE12 (A10, BUL, ROM)
AUS	63.2	2.6	0.3	4.4	23.6	1.9	4.0	100	47.2	2.5
AUT	48.7	26.9	0.8	0.4	22.6	0.6	–	100	18.7	32.7
CAN	38.4	2.8	0.4	3.9	29.8	24.2	0.4	100	26.0	5.1
CHE	68.1	17.1	1.2	2.6	7.7	3.2	–	100	60.1	4.1
DNK	78.8	3.8	0.6	4.4	10.3	2.0	–	100	39.7	5.7
ESP	39.5	2.7	10.5	3.1	3.3	40.9	–	100	30.9	1.9
FIN	69.1	25.5	–	3.2	1.1	1.1	–	100	62.8	7.4
FRA	22.7	0.8	52.9	15.8	6.5	1.3	–	100	21.0	0.6
GBR	33.4	2.0	0.3	25.4	24.5	14.3	0.1	100	25.4	2.1
GRC	50.6	39.0	1.0	1.8	7.2	0.4	–	100	35.4	16.2
HUN	11.1	87.8	0.1	0.1	0.7	0.1	–	100	3.4	77.7
IRL	66.7	0.4	–	3.6	29.3	–	–	100	58.9	0.3
LUX	88.5	2.9	1.8	4.0	2.1	0.6	–	100	85.3	2.1
MEX	68.1	0.4	–	0.2	2.2	28.8	0.4	100	14.4	–
NZL	64.3	0.7	0.1	7.7	13.3	0.9	13.0	100	51.7	0.7
POL	17.7	79.3	–	0.3	2.7	–	–	100	14.4	21.3
PRT	33.1	0.5	0.1	57.6	1.7	7.0	–	100	31.3	0.2
SWE	69.8	9.2	0.3	2.6	13.5	4.5	–	100	52.1	9.1
USA	26.0	2.2	0.4	6.1	39.8	25.1	0.5	100	11.7	1.7
OCDE*	36.5	4.7	2.6	8.4	29.7	17.5	0.7	100	15.0	53.9

* Moyennes pondérées pour les pays ci-dessus plus la Belgique, les Pays-Bas et la Norvège pour lesquels les chiffres détaillés ne sont pas significatifs.

** Non compris les inconnus et les pays de naissance non classifiés.

– Négligeable.

Source : Voir tableau III.1

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/048656055686>

Tableau III.A1.3. Médecins nés à l'étranger par pays de naissance et pays de résidence dans quelques pays de l'OCDE

Effectifs

Pays de naissance →																											← Pays de naissance						
	AUS	AUT	BEL	CAN	CHE	CZE	SVK	DEU	DNK	ESP	FIN	FRA	GBR	GRC	HUN	IRL	ISL	ITA	JPN	KOR	LUX	MEX	NLD	NOR	NZL	POL		PRT	SWE	TUR	USA	Total	
Pays de résidence ↓																											Pays de résidence ↓						
Australie		74	27	143	45	59	22	409	26	22	17	58	4 587	120	183	329			46	96		9	139	4	1 086	378		218	25	55	232	8 409	Australie
Autriche	4		8	17	70	292	135	1 195	5	12	10	33	19	50	227	2	2	202	11	8	34	5	20	11		245	1	22	106	63	2 809	Autriche	
Canada	150	110	125		110	135	120	430	45	75	30	410	3 630	105	345	380		180	70	200		65	210	20	115	645	50	55	35	1 350	9 195	Canada	
Suisse	17	178	104	51		207	78	2 050	10	107	32	383	85	61	170	4		317	10	9	16	21	77	12	4	169	22	42	62	240	4 538	Suisse	
Danemark	2	7	5	20	16	3		190		22	22	14	37	8	13	1	24	12	1	14		3	12	117		105	4	154	16	65	887	Danemark	
Espagne	15	14	76	36	142	5	2	459	18		12	496	213	8	3	10	1	99	7	21	3	222	76	15	1	24	61	30	6	168	2 243	Espagne	
Finlande		5		5				50	5	5		10	10		10				5					5		20	5	60	10	10	215	Finlande	
France	21	97	646	114	184	47	12	1 611	36	297	16		125	114	40	36	4	562	40	29	92	24	64	4		134	164	9	102	133	4 757	France	
Royaume-Uni	858	76	166	388	69	126	18	1 775	96	571	44	217		477	89	2 332	16	364	104	29	3	16	442	44	398	282	49	82	103	642	9 876	Royaume-Uni	
Grèce	39	6	7	15	4	9	1	141	1	2	1	7	6		1		28				3		1	3		1	19	8	98	44	442	Grèce	
Hongrie	1	20	1	1	4	15	143	57		1	3	3	2	9			2									1	11	1		1	8	284	Hongrie
Irlande	24	3	6	33				42		9	3	9	780	3				3			3		15		6	3	3			96	1 041	Irlande	
Luxembourg		1	61	1	3	2		62		7	1	47	4					9					5			4	2			1	2	212	Luxembourg
Mexique	1	5	1	20	7	4		27	4	141		39	6	1	3			32	25				8			12		1	2	472	811	Mexique	
Nouvelle-Zélande	186			66				57					1 512		51					6			42			12				93	2 025	Nouvelle-Zélande	
Pologne	3	9		3	39	6	99					51	9	12	6			3												9	249	Pologne	
Portugal	3	1	15	24	9	1	1	85	1	276		166	23	1	1	3		7	3		4	4	17	2		3		4	2	40	696	Portugal	
Suède	7	44	11	11	22	7	11	532	463	69	547	36	69	77	171	7	128	40	11	29		4	26	266	4	678	15		51	87	3 423	Suède	
Turquie	9	65	52	13	28	9		1 130	22	33	8	67	98	217	5	4		67	8	3			109	22		39		38		112	2 158	Turquie	
États-Unis	665	475	320	8 985	315			5 270	185	895	90	1 010	4 715	1 150	1 175	870	165	2 090	2 330		10	3 860	505	135	245	2 715	200	440	1 080	39 895	États-Unis		
Total général*	2 067	1 210	2 223	9 946	1 062	987	549	17 214	1 426	2 632	879	3 940	16 181	2 547	2 456	4 029	4 146	2 674	444	435	178	4 234	2 042	712	1 904	5 742	792	1 254	2 076	4 049	Total général		

Note : 973 médecins nés dans l'Ex-Tchécoslovaquie qui n'ont pas pu être attribués, ont été retirés. 8 014 médecins nés sur la péninsule de Corée et pour lesquels la distinction Corée du Nord et Corée du Sud n'était pas possible, n'ont pas été pris en compte non plus. Dans les deux cas, les chiffres concernent principalement les États-Unis en tant que pays d'accueil. Pour la Belgique, les Pays-Bas et la Norvège en tant que pays d'accueil les chiffres détaillés ne sont pas reportés car non significatifs mais ils sont inclus dans les totaux par colonne. Les données pour l'Allemagne ne sont pas disponibles dans le détail par pays de naissance.

Source : Voir tableau III.1.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/048556270781>

Tableau III.A1.4. **Infirmiers nés à l'étranger par pays de naissance et pays de résidence dans quelques pays de l'OCDE**

Effectifs

Pays de naissance →																											← Pays de naissance						
	AUS	AUT	BEL	CAN	CHE	CZE	SVK	DEU	DNK	ESP	FIN	FRA	GBR	GRC	HUN	IRL	ISL	ITA	JPN	KOR	LUX	MEX	NLD	NOR	NZL	POL		PRT	SWE	TUR	USA	Total	
Pays de résidence ↓																											Pays de résidence ↓						
Australie		156	59	491	95	83	34	1 126	132	96	147	119	16 686	118	97	1 717	10	339	64		4	8	1 102	32	5 443	561		67	97	51	478	29 412	Australie
Autriche	21		16	14	108	583	512	1 112	4	13	26	39	26	7	220	3	1	136	3	53	5	2	93	8	3	841	3	33	53	18	3 956	Autriche	
Canada	350	125	190		155	145	85	1 275	145	60	205	570	7 010	75	200	460		725	50	320		105	1 340	30	295	1 530	470	75	15	2 695	18 700	Canada	
Suisse	34	567	394	454		150	56	4 236	56	331	299	2 331	274	14	79	35		692	10	100	37	18	735	18	12	187	283	115	164	112	11 793	Suisse	
Danemark	16	8	10	43	27	1		240		15	95	29	122	2	6	13	72	5	6	92		5	54	433	5	93	1	327	16	81	1 817	Danemark	
Espagne	21	8	101	19	232	6	1	494	17		7	690	203	5	1	12	1	47	5	9	1	72	83	14	1	27	49	26	1	75	2 228	Espagne	
Finlande	5			5	5			20	5			5	5													5		260	10		325	Finlande	
France	14	93	1 316	103	61	21	8	2 175	65	123	20		61	17	28	62		799	9	58	41	21	17			24	108	4	9	4	5 261	France	
Royaume-Uni	2 227	123	154	898	130	92	39	2 776	278	539	588	403		94	65	14 238	12	315	78	50	3	11	519	159	1 283	263	118	276	70	975	26 776	Royaume-Uni	
Grèce	155	9	33	63	20	100	1	1 199	4	3	3	19	22		18			10				1	24	3	3	133		50	38	53	1 964	Grèce	
Hongrie	2	8		2	2	9	88	33		1	3	3	2													2	1		13	1	1	171	Hongrie
Irlande	108	3	6	51				51	6	30	15	12	3 408												21		60	6		246	4 035	Irlande	
Luxembourg	1	4	188	2	6	2		128	5	3		117	5		1	1		23		1		1	19			3	58	6	2	2	578	Luxembourg	
Mexique	1	2	2	8	1			9		44		9	3					9	2					1						282	373	Mexique	
Nouvelle-Zélande	615	9	6	135	21	6		111	21		6	9	3 291	3	6	186		3	24	33				309	6		12		12	105	4 929	Nouvelle-zélande	
Pologne		9	3			12	3	111					15		3	6		3					3			3				6	177	Pologne	
Portugal	5		12	31	18	1		177	2	616	1	702	34	2	1	3		3			13		15	2	1			7		35	1 681	Portugal	
Suède	20	50	20	20	15			340	430	35	3 340	30	115	40	100	25	55	25	10	130		10	65	565	5	475	20		55	85	6 080	Suède	
États-Unis	937	482	248	22 110	285	83	176	12 960	371	722	381	1 370	13 143	424	500	3 128		2 245	4 450	1 721		12 100	1 246	399	405	2 721	710	646	400	84 363	États-Unis		
Total général*	4 620	2 041	3 813	24 620	1 315	1 329	1 139	33 983	2 257	3 205	5 596	8 975	45 168	804	1 372	20 166	287	5 866	4 711	2 567	133	12 357	6 092	1 700	7 564	6 999	1 951	3 028	1 260	5 663	Total général		

Note : 367 infirmiers nés dans l'Ex-Tchécoslovaquie qui n'ont pas pu être attribués, ont été retirés. 7 572 infirmiers nés sur la péninsule de Corée et pour lesquels la distinction Corée du Nord et Corée du Sud n'était pas possible, n'ont pas été pris en compte également. Dans les deux cas, les chiffres concernent principalement les États-Unis en tant que pays d'accueil. Pour la Belgique, les Pays-Bas et la Norvège en tant que pays d'accueil les chiffres détaillés ne sont pas reportés car non significatifs mais ils sont inclus dans les totaux par colonne. Les données pour l'Allemagne ne sont pas disponibles dans le détail par pays de naissance.

Source : Voir tableau III.1.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/048556270781>

ANNEXE III.A2

Taux d'expatriation pour les médecins et les infirmiers, circa 2000

Tableau III.A2.1. Taux d'expatriation pour les médecins et les infirmiers, circa 2000

Infirmiers				Médecins			
Pays de naissance		Nombre de personnes travaillant dans les pays de l'OCDE	Taux d'expatriation	Pays de naissance		Nombre de personnes travaillant dans les pays de l'OCDE	Taux d'expatriation
Afrique du Sud	ZAF	6 016	3.2	Afghanistan	AFG	613	13.0
Albanie	ALB	415	3.5	Afrique du Sud	ZAF	7 355	17.4
Algérie	DZA	8 796	12.4	Albanie	ALB	271	6.2
Allemagne	DEU	31 623	3.8	Algérie	DZA	10 793	23.4
Angola	AGO	1 703	11.5	Allemagne	DEU	17 214	5.8
Antigua et Barbuda	ATG	678	74.4	Angola	AGO	1 512	63.2
Arabie Saoudite	SAU	151	0.2	Antigua et Barbuda	ATG	100	89.3
Argentine	ARG	1 288	4.3	Arabie Saoudite	SAU	421	1.2
Australie	AUS	4 620	2.6	Argentine	ARG	4 143	3.7
Autriche	AUT	2 914	3.7	Australie	AUS	2 067	4.1
Bahamas	BHS	560	29.7	Autriche	AUT	1 599	5.5
Bahreïn	BHR	77	2.5	Bahamas	BHS	178	36.3
Bangladesh	BGD	651	3.1	Bahreïn	BHR	74	8.4
Barbade	BRB	3 496	78.0	Bangladesh	BGD	2 127	5.2
Belgique	BEL	4 125	6.4	Barbade	BRB	275	46.1
Belize	BLZ	1 365	81.8	Belgique	BEL	2 438	5.0
Bénin	BEN	166	3.2	Belize	BLZ	76	23.2
Bolivie	BOL	358	1.3	Bénin	BEN	215	40.9
Botswana	BWA	47	1.0	Bolivie	BOL	717	6.5
Brésil	BRA	2 258	0.3	Botswana	BWA	33	4.4
Brunéï Darussalam	BRN	129	12.6	Brésil	BRA	2 288	1.1
Bulgarie	BGR	789	2.6	Brunéï Darussalam	BRN	94	21.9
Burkina Faso	BFA	16	0.3	Bulgarie	BGR	1 856	6.2
Burundi	BDI	57	4.1	Burkina Faso	BFA	65	7.6
Cambodge	KHM	1 119	12.2	Burundi	BDI	71	26.2
Cameroun	CMR	1 338	4.9	Cambodge	KHM	669	24.6
Canada	CAN	24 620	7.4	Cameroun	CMR	572	15.5
Cap-Vert	CPV	261	38.9	Canada	CAN	9 946	13.0
Chili	CHL	1 965	16.4	Cap-Vert	CPV	165	41.7
Chine	CHN	12 249	0.9	Chili	CHL	863	4.8
Chypre	CYP	706	19.1	Chine	CHN	13 391	1.0
Colombie	COL	2 625	9.9	Chypre	CYP	627	25.2

Tableau III.A2.1. **Taux d'expatriation pour les médecins et les infirmiers, circa 2000 (suite)**

Infirmiers				Médecins			
Pays de naissance		Nombre de personnes travaillant dans les pays de l'OCDE	Taux d'expatriation	Pays de naissance		Nombre de personnes travaillant dans les pays de l'OCDE	Taux d'expatriation
Comores	COM	64	11.7	Colombie	COL	3 885	6.2
Congo	COG	452	12.3	Comores	COM	20	14.8
Congo, République démocratique	COD	404	1.4	Congo	COG	539	41.6
Costa Rica	CRI	562	13.4	Congo, République démocratique	COD	350	5.7
Côte d'Ivoire	CIV	337	4.2	Cook Islands	COK	16	53.3
Cuba	CUB	4 209	4.8	Costa Rica	CRI	340	6.1
Danemark	DNK	2 641	4.5	Côte d'Ivoire	CIV	261	11.1
Dominique	DMA	620	66.2	Cuba	CUB	5 911	8.2
Égypte	EGY	1 128	0.8	Danemark	DNK	1 629	9.4
El Salvador	SLV	2 398	32.0	Djibouti	DJI	25	16.2
Émirats Arabes Unis	ARE	11	0.1	Dominique	DMA	58	60.4
Équateur	ECU	1 126	5.4	Égypte	EGY	7 243	15.8
Érythrée	ERI	548	18.8	El Salvador	SLV	833	9.5
Espagne	ESP	3 527	1.1	Émirats Arabes Unis	ARE	44	0.7
États-Unis	USA	6 022	0.2	Équateur	ECU	970	5.0
Éthiopie	ETH	1 421	9.1	Érythrée	ERI	104	32.6
Ex-Tchécoslovaquie	CSFR	2 835		Espagne	ESP	2 687	1.9
Ex-URSS	F_USSR	10 034		États-Unis	USA	4 354	0.6
Ex-Yougoslavie	F_YUG	12 948		Éthiopie	ETH	633	24.6
Fidji	FJI	2 025	56.2	Ex-Tchécoslovaquie	CSFR	2 509	
Finlande	FIN	5 870	7.3	Ex-URSS	F_USSR	11 360	
France	FRA	8 589	1.9	Ex-Yougoslavie	F_YUG	3 772	
Gabon	GAB	106	1.6	Fidji	FJI	382	58.5
Gambie	GMB	62	3.7	Finlande	FIN	1 018	5.8
Ghana	GHA	5 230	24.9	France	FRA	4 131	2.0
Grèce	GRC	1 367	3.1	Gabon	GAB	57	12.6
Grenade	GRD	2 131	87.6	Gambie	GMB	46	22.8
Guatemala	GTM	1 204	2.6	Ghana	GHA	1 469	31.2
Guinée	GIN	94	2.1	Grèce	GRC	2 830	5.6
Guinée Équatoriale	GNQ	98	31.0	Grenade	GRD	109	72.7
Guinée-Bissau	GNB	227	18.0	Guatemala	GTM	486	4.7
Guyane	GUY	7 450	81.1	Guinée	GIN	99	9.1
Haïti	HTI	13 001	94.0	Guinée Équatoriale	GNQ	78	33.8
Honduras	HND	917	9.9	Guinée-Bissau	GNB	182	49.2
Hongrie	HUN	2 117	2.4	Guyane	GUY	949	72.2
Inde	IND	22 786	2.6	Haïti	HTI	2 209	53.1
Indonésie	IDN	3 449	2.7	Honduras	HND	329	8.2
Irak	IRQ	415	1.3	Hongrie	HUN	2 538	7.2
Iran	IRN	4 234	4.8	Iles Salomon	SLB	11	16.9
Irlande	IRL	20 166	24.9	Inde	IND	55 794	8.0
Islande	ISL	287	6.8	Indonésie	IDN	2 773	8.6
Israël	ISR	980	2.4	Irak	IRQ	3 730	18.0
Italie	ITA	6 945	2.2	Iran	IRN	8 991	12.9
Jamaïque	JAM	31 186	87.7	Irlande	IRL	4 029	26.6
Japon	JPN	4 711	0.5	Islande	ISL	435	29.2
Jordanie	JOR	363	2.0	Israël	ISR	2 436	9.0
Kenya	KEN	2 523	6.4	Italie	ITA	4 386	1.8
Kiribati	KIR	19	9.0	Jamaïque	JAM	2 114	48.4
Koweït	KWT	152	1.6	Japon	JPN	2 674	1.1
Laos	LAO	867	15.0	Jordanie	JOR	1 014	8.2


Tableau III.A2.1. **Taux d'expatriation pour les médecins et les infirmiers, circa 2000 (suite)**

Infirmiers				Médecins			
Pays de naissance		Nombre de personnes travaillant dans les pays de l'OCDE	Taux d'expatriation	Pays de naissance		Nombre de personnes travaillant dans les pays de l'OCDE	Taux d'expatriation
Liban	LBN	1 400	25.2	Kenya	KEN	2 385	34.6
Liberia	LBR	1 240	66.9	Koweït	KWT	465	11.5
Libye	LBY	100	0.6	Laos	LAO	331	10.5
Luxembourg	LUX	104	2.4	Lesotho	LSO	7	7.3
Madagascar	MDG	1 157	24.4	Liban	LBN	4 552	28.3
Malawi	MWI	200	2.7	Liberia	LBR	122	54.2
Malaysia	MYS	7 569	19.6	Libye	LBY	592	8.5
Mali	MLI	227	3.7	Luxembourg	LUX	549	31.3
Malte	MLT	649	22.0	Madagascar	MDG	889	14.6
Maroc	MAR	5 730	20.5	Malawi	MWI	162	37.9
Maurice	MUS	4 502	50.4	Malaisie	MYS	4 679	22.5
Mauritanie	MRT	96	5.5	Maldives	MDV	6	1.9
Mexique	MEX	12 357	12.2	Mali	MLI	160	13.2
Mozambique	MOZ	779	16.5	Malte	MLT	458	26.8
Myanmar	MMR	418	4.1	Maroc	MAR	6 221	28.0
Namibie	NAM	30	0.5	Maurice	MUS	725	35.7
Népal	NPL	205	3.5	Mauritanie	MRT	38	10.8
Nicaragua	NIC	1 155	16.5	Mexique	MEX	4 234	2.1
Niger	NER	19	0.8	Mongolie	MNG	39	0.6
Nigeria	NGA	13 398	9.5	Mozambique	MOZ	935	64.5
Norvège	NOR	1 700	2.5	Myanmar	MMR	1 725	8.8
Nouvelle-Zélande	NZL	7 564	19.5	Namibie	NAM	75	11.1
Oman	OMN	18	0.2	Népal	NPL	288	5.1
Ouganda	UGA	1 210	7.4	Nicaragua	NIC	722	26.1
Pakistan	PAK	1 803	3.6	Niger	NER	26	6.5
Panama	PAN	1 902	29.5	Nigeria	NGA	4 611	11.7
Papouasie Nouvelle-Guinée	PNG	455	13.8	Norvège	NOR	712	4.8
Paraguay	PRY	130	1.3	Nouvelle-Zélande	NZL	1 904	17.4
Pays-Bas	NLD	6 798	3.0	Oman	OMN	23	0.6
Pérou	PER	2 807	14.1	Ouganda	UGA	1 084	32.9
Philippines	PHL	110 774	46.5	Pakistan	PAK	10 505	8.3
Pologne	POL	9 153	4.6	Panama	PAN	1 026	18.8
Portugal	PRT	2 655	5.7	Papouasie Nouvelle-Guinée	PNG	136	33.1
République centrafricaine	CAF	92	8.4	Paraguay	PRY	283	4.3
République dominicaine	DOM	1 857	10.8	Pays-Bas	NLD	2 412	4.5
Roumanie	ROU	4 440	4.9	Pérou	PER	2 546	7.9
Royaume-Uni	GBR	45 638	6.1	Philippines	PHL	15 859	26.4
Rwanda	RWA	54	1.5	Pologne	POL	5 821	5.8
Saint Kitts et Nevis	KNA	711	76.7	Portugal	PRT	792	2.2
Saint Vincent et les Grenadines	VCT	1 228	81.6	Qatar	QAT	45	3.3
Sainte Lucie	LCA	369	52.7	République centrafricaine	CAF	83	20.0
Salomon	SLB	38	10.1	République dominicaine	DOM	1 602	9.3
Samoa	WSM	566	62.1	Rép. Unie de Tanzanie	TZA	1 018	55.3
Sao Tomé et Príncipe	STP	138	35.0	Roumanie	ROU	5 182	10.9
Sénégal	SEN	256	8.9	Royaume-Uni	GBR	17 006	11.3
Seychelles	SYC	151	19.2	Rwanda	RWA	45	10.1
Sierra Leone	SLE	2 057	56.3	Saint Kitts et Nevis	KNA	15	22.7
Singapour	SGP	1 913	9.9	Saint Vincent et les Grenadines	VCT	115	53.2
Somalie	SOM	250	14.4	Sainte Lucie	LCA	39	4.9
Soudan	SDN	183	1.0	Samoa	WSM	46	27.7

Tableau III.A2.1. **Taux d'expatriation pour les médecins et les infirmiers, circa 2000 (suite)**

Infirmiers				Médecins			
Pays de naissance		Nombre de personnes travaillant dans les pays de l'OCDE	Taux d'expatriation	Pays de naissance		Nombre de personnes travaillant dans les pays de l'OCDE	Taux d'expatriation
Sri Lanka	LKA	2 032	8.1	Sao Tomé et Príncipe	STP	71	46.7
Suède	SWE	3 028	3.2	Sénégal	SEN	449	43.0
Suisse	CHE	1 839	2.3	Seychelles	SYC	36	22.9
Suriname	SUR	18	2.5	Sierra Leone	SLE	236	58.4
Swaziland	SWZ	37	0.8	Singapour	SGP	1 356	19.1
Syrie	SYR	319	1.0	Somalie	SOM	155	33.3
Tanzanie	TZA	970	6.8	Soudan	SDN	778	9.3
Tchad	TCD	117	5.2	Sri Lanka	LKA	4 668	30.8
Thaïlande	THA	3 050	1.7	Suède	SWE	1 532	5.0
Timor-Leste	TLS	61	4.0	Suisse	CHE	1 125	4.2
Togo	TGO	78	4.0	Suriname	SUR	39	17.0
Tonga	TON	449	58.2	Swaziland	SWZ	9	5.0
Trinidad et Tobago	TTO	9 808	72.9	Syrie	SYR	4 721	16.6
Tunisie	TUN	410	1.6	Tchad	TCD	69	16.7
Turquie	TUR	3 565	2.9	Thaïlande	THA	1 390	5.8
Uruguay	URY	506	14.9	Timor-Leste	TLS	35	30.7
Vanuatu	VUT	20	4.5	Togo	TGO	153	40.5
Viêtnam	VNM	5 778	11.5	Tonga	TON	23	39.7
Yémen	YEM	231	1.7	Trinidad et Tobago	TTO	1 206	54.6
Zambie	ZMB	820	4.6	Tunisie	TUN	2 415	15.3
Zimbabwe	ZWE	3 619	27.9	Turquie	TUR	2 311	2.4
				Uruguay	URY	493	3.8
				Vanuatu	VUT	5	20.0
				Venezuela	VEN	1 710	3.4
				Viêtnam	VNM	7 591	15.2
				Yémen	YEM	248	3.5
				Zambie	ZMB	567	31.0
				Zimbabwe	ZWE	828	28.4

Note : Les pays dont le nombre d'expatriés infirmiers est en dessous de 10 (5 pour les médecins) ou dont le nombre de résidents est inférieure à 50 pour les infirmiers (10 pour les médecins) dans le pays d'origine ne sont pas reportés.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/048666241644>

ANNEXE III.A3

*Politiques migratoires et reconnaissance
des qualifications étrangères des personnels de santé*

		AUSTRALIE	AUTRICHE
Principales caractéristiques de la politique migratoire et dispositions spécifiques pour les personnels de santé	Migration permanente	<ul style="list-style-type: none"> ● General Skilled Migration (GSM). ● Employer Nomination (EN). ● Regional Sponsored Migration (RSM). 	<ul style="list-style-type: none"> ● Titre de séjour permanent et autorisation de travail illimitée (généralement après 5 ans de résidence et respect du contrat d'intégration). Un titre de séjour permanent peut être accordé après 1 an (1,5 an) aux ressortissants de l'EU8 (pays tiers) titulaires d'un permis de travailleur clé.
	Conditions spécifiques applicables aux personnels de santé.	La plupart des professions médicales sont incluses dans la liste des professions qualifiées SOL (nécessaire pour GSM), dans la liste ENSOL (nécessaire pour EN), et dans la liste des professions recherchées MOLD (+15 points).	Non
	Migration temporaire	<ul style="list-style-type: none"> ● Temporary business long stay (457) 4Y®. ● Temporary medical practitioner (422) 4Y®. ● Occupational trainee (médical) (442) 2Y®. ● Working holidays (« vacanciers actifs ») 1Y (durée du travail ≤ 6 mois). 	<ul style="list-style-type: none"> ● Permis de travailleur clé. ● Permis de travail soumis à restriction 1Y® §. ● Permis de travail 2Y® § (52 semaines d'emploi au cours des 14 derniers mois). ● La délivrance de permis de travail aux personnels de santé ressortissants de l'EU8 (e.g. infirmiers qualifiés) est facilitée depuis 2004 (salaire ≥1 500 € au lieu de 2 250 €).
	Quotas	Non	Oui mais pas de quota spécifique pour les professionnels de la santé.
	Liste des professions en pénurie; mention des professions de santé.	<ul style="list-style-type: none"> ● Oui, dans SOL, ENSOL, MOLD et SSASSL. ● Oui, dans la plupart des listes régionales des professions recherchées : Nouvelle-Galles du Sud (sauf infirmiers), Australie occidentale, Territoire de la capitale australienne, Victoria (sauf médecins généralistes), Tasmanie. 	Les permis de travail pour les ressortissants de l'EU8 exerçant une profession dans le secteur de la santé et des soins n'entrent pas dans le cadre des quotas fédéraux (<i>Bundeshöchstzahl</i>).
	Programmes spécifiques pour le personnel de santé dans des zones mal desservies ou des régions particulières.	<i>District of Workforce Shortage</i> (définition du gouvernement fédéral) ou <i>Area of Need</i> (définition des États) permet de recruter au travers des programmes parrainés par les employeurs ou les régions. Les médecins installés dans un <i>District of Workforce Shortage</i> , y compris ceux enregistrés conditionnellement, peuvent facturer dans le cadre du programme <i>Medicare</i> .	Non , mais l'embauche de ressortissants de pays n'appartenant pas à l'EEE est limitée aux zones souffrant d'une pénurie de médecins.
	Accords bilatéraux portant notamment sur l'embauche des personnels de santé.	Non , sauf avec la Nouvelle-Zélande (<i>Trans-Tasman Mutual Recognition Arrangement</i>).	Non , sauf avec l'UE.
Reconnaissance des qualifications étrangères	Conditions de citoyenneté.	Non	Non
	Test linguistique.	Oui	Oui (5 années de pratique dans un pays germanophone ou test linguistique).
	Examen professionnel.	Il est nécessaire de passer les examens de l'Australian Medical Council (AMC) ou de l'Australian Nursing Council (ANC) pour être enregistrés, mais les autorités médicales de l'État et du Territoire peuvent procéder à des enregistrements conditionnels de médecins sans qu'ils aient passé les examens.	La Directive de l'UE prévoit la reconnaissance des diplômes suisses et de l'EEE pour les nationaux de ces pays (hors EEE sous conditions). Médecins : <ul style="list-style-type: none"> ● Règles spéciales pour les diplômés de l'ex-Yougoslavie. ● Les ressortissants ou les diplômés de pays tiers doivent être évalués. Le <i>Medical Doctor Act</i> prévoit des critères supplémentaires (sauf pour les réfugiés) : durée d'exercice limitée à 3 ans (renouvelable) et test du marché du travail. Infirmiers : Conditions similaires à celles concernant les médecins. Si le diplôme obtenu dans un pays tiers n'est pas conforme aux normes de l'UE : examens supplémentaires et/ou formation pratique.
	Période probatoire Programmes de formation.	Médecins : suivre une formation supervisée d'un an après l'examen de l'AMC pour pouvoir être enregistré. Infirmiers : suivre un programme d'évaluation des compétences d'une durée de 7 semaines peut être exigé des candidats qui ne remplissent pas tous les critères d'enregistrement.	
Agences de recrutement international travaillant avec les personnels de santé (sous-contrat ou réglementées).	Oui , le gouvernement fédéral a passé un contrat avec 16 agences de recrutement, en vue de pouvoir des emplois vacants par médecins formés à l'étranger (sans frais pour les employeurs). Certains États ont également passé des contrats avec des agences de recrutement.	Non , mais de manière générale, les agences privées pour l'emploi doivent être titulaires d'une licence professionnelle délivrée par les autorités de district qui sont placées sous le contrôle du ministère de l'Économie et du Travail.	
Possibilité offerte aux étudiants étrangers en médecine de changer de statut ou d'obtenir un permis de travail.	Oui , Skill Independent (880), Australian Sponsored (881) & Designated Area Overseas Student (882). <ul style="list-style-type: none"> ● Les étudiants étrangers en médecine formés en Australie peuvent faire leur internat en Australie, mais le nombre de places est plafonné. 	Possible , mais il n'existe pas de programme spécifique. Aucun permis n'est nécessaire pour suivre une « formation professionnelle ».	
Code de conduite pour le recrutement international des personnels de santé.	Non , mais le pays adhère aux principes énoncés dans le <i>Commonwealth Code of Practice for the International Recruitment of Health Workers</i> .	Non	
Autorités compétentes pour l'enregistrement et autres liens utiles.	www.doctorconnect.gov.au www.amc.org.au www.nmmc.org.au	www.aerztekammer.at	

BELGIQUE	CANADA	RÉPUBLIQUE TCHÈQUE
<ul style="list-style-type: none"> ● Permis A (généralement près 4 ans de résidence ininterrompue avec un permis B au cours des dix dernières années). 	<ul style="list-style-type: none"> ● Skilled Worker Class (R 75). ● Provincial Nominee Class (R 87). 	<ul style="list-style-type: none"> ● Titre de séjour permanent (après 5 ans de résidence ininterrompue avec un titre de séjour de longue durée).
Non	Non	Non
<ul style="list-style-type: none"> ● Permis B 1Y § est limité aux accords bilatéraux (SI salaire ≥ € 33k, pas de validation de l'offre d'emploi et pas de condition de nationalité). ● « Carte professionnelle » pour les travailleurs indépendants, délivrée par <i>SPF Economie</i>, 5 Y §. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Travailleurs étrangers temporaires (R200); permis limité à la durée de l'emploi, test du marché du travail sauf si la profession est incluse dans <i>LRPSP</i> (Alberta, Ontario, CB : inclus la plupart des personnels de santé). ● Les étudiants en médecine (R186(p)) peuvent travailler jusqu'à 4 mois en tant que stagiaire (les internes nécessitent un permis de travail). ● Visa TN 1Y § (NAFTA). 	<ul style="list-style-type: none"> ● Titre de séjour de longue durée à des fins d'emploi >1Y §. ● Permis de travail 1Y §. ● Programme de sélection de main-d'œuvre étrangère qualifiée : destiné aux jeunes qualifiés (de certaines nationalités) résidant déjà légalement sur le territoire national (permet d'accéder plus rapidement au statut de résident permanent).
Non	Non	Non
Oui , depuis juin 2006 les infirmiers sont inclus dans les listes régionales des professions en pénurie (ainsi que les pharmaciens dans certaines régions). Les ressortissants de l'EU8 titulaires d'une offre d'emploi peuvent obtenir un permis B sans test du marché du travail.	Listes régionales des professions soumises à pression (<i>LRPSP</i>).	Non
Non mais les listes des professions en pénurie sont établies à l'échelon régional.	Les provinces et les territoires sont juridictionnellement responsables de la planification des ressources humaines, de l'embauche de travailleurs nationaux et de l'intégration des personnels de santé formés à l'étranger dans le système des soins de santé Canadien. Ce recrutement peut être spécifique à la province ou au territoire.	Non
Non , sauf avec l'UE.	● Accord de libre-échange nord-américain (ALENA)	Non , sauf avec l'UE.
Non	Non	Non
Non , pas d'examen systématique	Oui	Oui
La Directive de l'UE prévoit la reconnaissance des diplômés suisses et de l'EEE pour les nationaux de ces pays (hors EEE sous conditions). Ressortissants de l'EEE et qualifications obtenues dans un pays situé hors de l'EEE : Les qualifications doivent être reconnues par SPF Santé. Ressortissants de pays situés hors de l'EEE et diplôme obtenu à l'étranger : Les qualifications doivent être reconnues et leur titulaire doit posséder un permis de travail ou une carte professionnelle, mais également une autorisation d'exercer. Dans la pratique, cette dernière n'est pratiquement jamais octroyée aux médecins, dentistes ou pharmaciens, mais l'est parfois aux infirmiers (en raison de pénuries).	Les médecins formés à l'étranger doivent passer l'Examen d'aptitude du Conseil médical du Canada et, après avoir suivi une formation clinique, l'Examen d'attestation auprès du comité compétent. En outre, pour les autorisations d'exercer en indépendant (LCMC), les médecins doivent passer l'examen d'aptitude du Conseil médical du Canada (EACMC), parties I et II. Les infirmiers formés à l'étranger dont l'enseignement est incomplet (certains infirmiers formés à l'étranger n'étudient pas les soins infirmiers psychiatriques) peuvent être invités à étudier ou à acquérir une expérience clinique sous supervision. Chaque province/territoire est responsable de la réglementation de la pratique de la médecine au sein de leur juridiction respective.	La Directive de l'UE prévoit la reconnaissance des diplômés suisses et de l'EEE pour les nationaux de ces pays (hors EEE sous conditions). Les ressortissants de pays situés hors de l'EEE doivent passer un examen d'accréditation professionnelle (IPVZ) et une épreuve de langue.
Non	Non	Non , mais les agences privées de recrutement doivent être titulaires d'une licence.
Possible , mais il n'existe pas de programme spécifique.	Possible , mais pas de programme spécifique sauf dans le cadre <i>Provincial Nominee Class</i> .	Possible , mais pas de programme spécifique ● Les étudiants étrangers peuvent être autorisés à travailler sous supervision dans les services médicaux, pour une durée déterminée (fixée par la loi pour chaque profession).
Non	Non , mais le pays adhère aux principes énoncés dans le <i>Commonwealth Code of Practice for the International Recruitment of Health Workers</i> .	Non
www.ordomedic.be	www.cic.gc.ca www.img-canada.ca	www.lkcr.cz

III. LES PERSONNELS DE SANTÉ IMMIGRÉS DANS LES PAYS DE L'OCDE

		DANEMARK	FINLANDE	
Principales caractéristiques de la politique migratoire et dispositions spécifiques pour les personnels de santé	Migration permanente	Programmes de migration permanente applicables aux personnels de santé	● Titre de séjour permanent (après 7 ans de résidence).	● Permis de séjour permanent P (après 4 ans avec un permis A).
		Conditions spécifiques applicables aux personnels de santé	Non	Non
	Migration temporaire	Programmes de migration temporaire applicables aux personnels de santé. #Y durée maximale. © renouvelable. § test du marché du travail.	● Permis de travail 1Y ® Les services danois de l'immigration exigent qu'un organisme de branche pertinent, fasse état d'un besoin de main-d'œuvre. ● Programme « Job Card Scheme » 3Y® concernant les professions figurant sur la « liste positive » des professions en pénurie et les offres d'emploi ≥ 450k DKK.	● Permis A 3Y ® §. ● Permis B 1Y ® §. Les autorités locales du marché du travail vérifient également le niveau de compétences et veillent à ce que l'offre d'emploi réponde aux exigences des conventions collectives.
		Quotas	Non	Non
	Liste des professions en pénurie; mention des professions de santé	Les médecins et infirmières figurent parmi les professions de la « liste positive ».	Non	
	Programmes spécifiques pour le personnel de santé dans des zones mal desservies ou des régions particulières	Non	Non	
	Accords bilatéraux portant notamment sur l'embauche des personnels de santé.	Non , sauf avec l'UE et dans le cadre de l'Accord sur le marché commun nordique du travail.	Non , sauf avec l'UE et dans le cadre de l'Accord sur le marché commun nordique du travail.	
Reconnaissance des qualifications étrangères	Conditions de citoyenneté	Non	Oui , de manière générale, mais la NAMA peut accorder des dérogations au cas par cas.	
	Test linguistique	Oui pour les personnes formées à l'extérieur de l'UE/des pays nordiques.	Oui	
	Examen professionnel	La Directive de l'UE prévoit la reconnaissance des diplômes suisses et de l'EEE pour les nationaux de ces pays (hors EEE sous conditions). Les médecins et les infirmiers doivent posséder une autorisation du Comité national de la santé.	La Directive de l'UE prévoit la reconnaissance des diplômes suisses et de l'EEE pour les nationaux de ces pays (hors EEE sous conditions). Les médecins formés hors de l'EEE doivent suivre une formation pratique (6 mois), passer un examen en 3 parties et un test de langue. L'octroi des licences se déroule par étape :	
	Période probatoire Programmes de formation	Les individus formés hors de l'UE/des pays nordiques doivent faire évaluer leurs qualifications (y compris leur maîtrise du danois). Si leur formation ne correspond pas exactement à la formation dispensée au Danemark, les médecins/sages-femmes/infirmiers doivent suivre un stage et, dans le cas des médecins et des sages-femmes, passer des tests professionnels.	<i>i</i>) autorisation d'exercer en milieu hospitalier, <i>ii</i>) puis dans centres publics et <i>iii</i>) dans le privé. Le titulaire d'une licence étendue qui obtient la citoyenneté finlandaise, peut être autorisé par l'Autorité nationale des affaires médico-légales (NAMA) à pratiquer en indépendant. Les autres personnels de santé ressortissants de pays tiers et formés hors de l'EEE doivent faire reconnaître leurs qualifications et obtenir une autorisation d'exercice de la NAMA.	
Agences de recrutement international travaillant avec les personnels de santé (sous-contrat ou réglementées)	Non , mais certaines régions (« amter ») ont passé un accord avec des agences privées de recrutement pour embaucher des personnels de santé originaires principalement des pays d'Europe orientale.			
Possibilité offerte aux étudiants étrangers en médecine de changer de statut ou d'obtenir un permis de travail	Les médecins, les pharmaciens, les sages-femmes, les infirmiers, les assistants dentaires et les prothésistes dentaires peuvent prolonger de 3 mois leur titre de séjour après la fin de leurs études, pour trouver un emploi au Danemark.	Les étudiants étrangers qui obtiennent un diplôme en Finlande peuvent demander un permis de travail pour une durée maximale de six mois.		
Code de conduite pour le recrutement international des personnels de santé	Non	Non		
Autorités compétentes pour l'enregistrement et autres liens utiles	www.nyidanmark.dk www.sst.dk	www.laakariliitto.fi/e/ www.teo.fi www.mol.fi/finnwork www.uvi.fi		

FRANCE	ALLEMAGNE	GRÈCE
<ul style="list-style-type: none"> ● Titre de séjour (au bout de 3 ans pour les titulaires d'un permis de travail permanent). 	<ul style="list-style-type: none"> ● Permis d'installation (généralement après 5 années de résidence ou immédiatement pour les personnes hautement qualifiées – dans le cas d'une offre d'emploi assortie d'un salaire supérieur à 7000 €). 	<ul style="list-style-type: none"> ● Permis de séjour – emploi (1Y[®] mais peut être transformé en permis à durée indéterminée au bout de 10 ans).
Non	Non	Non
<ul style="list-style-type: none"> ● Permis de travail permanent 1Y[®] § : un contrat de travail à durée indéterminée est nécessaire (Carte de séjour temporaire salarié). ● Permis de travail temporaire < 1Y[®] § (Autorisation provisoire de travail). ● Carte « Compétences et Talents » 3Y[®]. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Permis de résidence à durée limitée (1Y[®] §) restreint aux personnes ayant un niveau d'enseignement post-secondaire (y compris les médecins et les personnels de santé ayant suivi une formation professionnelle d'au moins 3 ans). Test du marché du travail au niveau local et octroi soumis à l'accord de l'Agence fédérale pour l'emploi. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Permis A 1Y[®] §
Non	Non	Non
En 2006, une liste des professions en pénurie a été établie pour les ressortissants des nouveaux pays membres de l'UE (pas de test du marché du travail). Aucune profession de la santé ne figure sur cette liste.	Non	La loi 2910/01 a instauré la possibilité de faire appel à la main-d'œuvre étrangère pour répondre aux besoins locaux par spécialité, mais elle n'a pas été mise en application.
Non , mais la situation de l'emploi au niveau local est prise en considération dans l'octroi de permis de travail.	Non , mais la situation de l'emploi au niveau local est prise en considération dans l'octroi de permis de travail.	Non
L'accord bilatéral portant sur le recrutement d'infirmiers espagnols, entré en application en 2002, a été abrogé en décembre 2004 (après le recrutement de 1 364 infirmiers).	Oui pour les aides-soignants étrangers (sans test sur le marché du travail). En 2005, des accords ont été signés avec la Croatie, l'Ukraine, la Pologne, la Slovaquie, la République tchèque, la République slovaque, la Bulgarie et la Roumanie.	Non , il n'existe pas d'accord bilatéral spécifique portant sur les personnels de santé, sauf avec l'UE.
Oui , de manière générale, mais le ministre de la Santé peut accorder des dérogations	Non	Non
Oui	Oui	Non mais certificat de scolarité d'une école de langue étrangère et les entretiens ont lieu en grec.
La Directive de l'UE prévoit la reconnaissance des diplômes suisses et de l'EEE pour les nationaux de ces pays (hors EEE sous conditions). En théorie, les médecins doivent être français, formés en France, enregistrés, et titulaires d'un permis de travail. Dans la pratique, en dépit des efforts récents pour régulariser la situation (environ 9 500 « régularisations » depuis 1999), de nombreux docteurs étrangers ou formés à l'étranger travaillent dans les hôpitaux publics (environ 6700) avec un statut d'étudiant (AFS ou AFSA) ou occupent des postes précaires (DIS pour les praticiens associés). Les infirmiers doivent passer le concours d'entrée en école d'infirmières et suivre la formation (possibilité d'entrer en 2 ^e ou 3 ^e année). Les médecins étrangers peuvent être autorisés à exercer comme infirmiers pendant au plus 3 ans.	La Directive de l'UE prévoit la reconnaissance des diplômes suisses et de l'EEE pour les nationaux de ces pays (hors EEE sous conditions). Les personnels de santé formés à l'étranger doivent faire reconnaître leurs qualifications et prouver leur équivalence totale avec un diplôme allemand. Si ce n'est pas le cas ils doivent passer un examen. Une autorisation d'exercer doit également être octroyée par les autorités locales compétentes conformément à « l'intérêt public ». Il est également possible d'obtenir une permission d'exercer auprès des autorités sanitaires locales. Le permis est alors délivré à des fins de « formation professionnelle et de poursuite de l'enseignement » pour une durée maximale de 4 ans.	La Directive de l'UE prévoit la reconnaissance des diplômes suisses et de l'EEE pour les nationaux de ces pays (hors EEE sous conditions). Pour les autres personnels de santé : <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Reconnaissance des qualifications</i> par l'Organisation interscientifique pour la reconnaissance des titres universitaires et l'information (DOATAP). 2. Soumettre à DOATAP un <i>permis de résidence et de travail</i>. 3. <i>Reconnaissance de l'expérience professionnelle</i> par le Comité de reconnaissance des équivalences professionnelles des diplômes de l'enseignement supérieur (SAEI). 4. <i>Autorisation d'exercer</i> délivrée par la Direction de la santé de la préfecture concernée. 5. <i>Enregistrement</i> à l'association professionnelle.
Non	Non	Non
Les étudiants étrangers avec une maîtrise française qui souhaitent retourner dans leur pays d'origine, peuvent demander un permis de 6 mois pour rechercher du travail. Les autres étudiants peuvent changer de statut suivant les règles générales.	Les étudiants sont autorisés à rester en Allemagne jusqu'à un an après la fin de leurs études pour rechercher un emploi.	Possible , mais il n'existe pas de programme spécifique.
Non	Non	Non
www.ordmed.org	www.baek.de	www.pis.gr

III. LES PERSONNELS DE SANTÉ IMMIGRÉS DANS LES PAYS DE L'OCDE

		IRLANDE	ITALIE	
Principales caractéristiques de la politique migratoire et dispositions spécifiques pour les personnels de santé	Migration permanente	Programmes de migration permanente applicables aux personnels de santé	<ul style="list-style-type: none"> ● Permis de résidence à long terme (validité de 5 ans après 5 années de résidence, et durée illimitée au bout de 10 ans). 	<ul style="list-style-type: none"> ● Permis de résidence (généralement au bout de 5 années de séjour légal).
		Conditions spécifiques applicables aux personnels de santé	Non	Non
	Migration temporaire	Programmes de migration temporaire applicables aux personnel de santé. #Y durée maximale. © renouvelable. § test du marché du travail.	<ul style="list-style-type: none"> ● Green card permit 2Y© (€ 30k < salaire < € 60k et profession incluse dans la liste des professions en pénurie ou toutes les professions avec un salaire > € 60k). ● Permis de travail 1Y© § (salaire < € 30k, et profession non incluse dans la liste des professions inéligibles). 	<ul style="list-style-type: none"> ● Permis de travail 1Y© § (contrat à durée déterminée). ● Permis de travail 2Y© § (contrat à durée indéterminée).
		Quotas	Non	Oui , sauf pour les infirmiers depuis 2002.
	Liste des professions en pénurie; mention des professions de santé	La liste des professions en pénurie inclut la plupart des professions de santé (depuis 2000 pour les infirmiers et 2003 pour les autres). La liste des professions « inéligibles » n'inclut pas les personnels de santé. Pas de test du marché du travail pour les infirmiers et les médecins.	Non	
	Programmes spécifiques pour le personnel de santé dans des zones mal desservies ou des régions particulières	Non	Non , mais des quotas de permis de travail sont définis aux échelons sectoriel et régional.	
Accords bilatéraux portant notamment sur l'embauche des personnels de santé.	Non , il n'existe pas d'accord officiel mais des liens étroits ont été établis avec les Philippines en ce qui concerne les infirmiers.	Oui , au niveau régional, notamment avec la Roumanie (par exemple, Parme avec la province de Cluj-Napoca ou la Vénétie avec le comté de Timis). Relations avec l'Espagne concernant les infirmiers.		
Reconnaissance des qualifications étrangères	Conditions de citoyenneté	Non	Oui , pour les spécialistes, et certaines restrictions dans le secteur public pour les infirmiers.	
	Test linguistique	Oui	Oui	
	Examen professionnel	La Directive de l'UE prévoit la reconnaissance des diplômes suisses et de l'EEE pour les nationaux de ces pays (hors EEE sous conditions). La plupart des médecins formés dans les anciens États du Commonwealth ou en Afrique du Sud peuvent obtenir un enregistrement sans restriction. Les autres obtiennent un enregistrement temporaire (d'une durée maximale de 7 ans) qui nécessite de passer le Temporary Registration Assessment Scheme (TRAS). L'organisme An Bord Altranais vérifie le caractère approprié de l'éducation et de la formation des infirmiers étrangers et peut imposer une période d'adaptation sous supervision (d'au moins six semaines, et de 12 semaines en moyenne).	La Directive de l'UE prévoit la reconnaissance des diplômes suisses et de l'EEE pour les nationaux de ces pays (hors EEE sous conditions). Les médecins formés à l'étranger doivent faire reconnaître leurs qualifications auprès du ministère de la Santé (avant 2002, publication d'un décret présidentiel au <i>Journal officiel</i>). Cette procédure prend environ 5 ans. Ils peuvent aussi s'inscrire en 6 année de médecine pour passer un diplôme italien. Les infirmiers formés à l'étranger doivent passer un examen de qualification portant sur les compétences linguistiques et techniques, organisé par l'IPASVI (en 2004-06, environ 60 commissions d'évaluation ont été organisées dans les principaux pays d'origine). Les insuffisances mineures peuvent être compensées par une formation ou une expérience professionnelle à l'étranger.	
Agences de recrutement international travaillant avec les personnels de santé (sous-contrat ou réglementées)	Non	Certaines agences de travail temporaire ont été accréditées pour organiser des commissions d'évaluation à l'étranger. Les institutions privées aussi bien que publiques font appel à des agences de recrutement pour l'embauche d'infirmiers étrangers.		
Possibilité offerte aux étudiants étrangers en médecine de changer de statut ou d'obtenir un permis de travail	Les étudiants étrangers ayant obtenu une maîtrise ou un doctorat peuvent être autorisés à rester pendant 6 mois en Irlande pour trouver un emploi.	Oui , des quotas annuels fixent le nombre maximum de permis d'études pouvant être convertis en permis de travail.		
Code de conduite pour le recrutement international des personnels de santé	Non	Non		
Autorités compétentes pour l'enregistrement et autres liens utiles	www.entemp.ie/labour/workpermits/index.htm www.medicalcouncil.ie www.nursingboard.ie	www.ministerosalute.it/professionisanitaria/paginaInterna.jsp?id=92&menu=strumentieservizi www.fnomceo.it		

JAPON	LUXEMBOURG	PAYS-BAS
Non	<ul style="list-style-type: none"> ● Permis de type C (au bout de 5 années de résidence). 	<ul style="list-style-type: none"> ● Permis de résidence permanent (à l'issue de 5 années de résidence).
Non	Non	Non
<ul style="list-style-type: none"> ● Permis de résidence pour « Services médicaux » 1-3Y[®] (durée maximale de 4 ans pour les sages-femmes et de 7 ans pour les infirmiers inscrits sur les registres professionnels). 	<ul style="list-style-type: none"> ● Permis de type A 1Y[®] § (impossibilité de changer d'employeur ou de profession). ● Permis de type B 4Y[®] § (impossibilité de changer de profession). 	<ul style="list-style-type: none"> ● Permis de travail 3Y non [®] §. Généralement, obligation de passer un test civil d'immigration dans le pays d'origine (être âgé de 18 à 45 ans) ● Migrants hautement qualifiés 5Y (salaire ≥ € 33.3k pour les moins de 30 ans ou ≥ € 45.5k pour les autres. Pas de test du marché du travail et possibilité pour l'époux/l'épouse de travailler).
Non, sauf dans le cadre de l' Accord économique de partenariat avec les Philippines (AEP) . Quota fixé à 400 infirmiers en 2008 et 2009.	Non	Non, sauf pour les ressortissants de Bulgarie et de Roumanie.
Non	Non	Non, mais possibilité de supprimer le test du marché du travail pour des professions ou des secteurs spécifiques. Exemple : plusieurs professions du secteur de la santé pour les ressortissants de l'EU10 entre janvier et mai 2004.
Concernant les médecins, les anciennes conditions relatives à l'établissement dans des régions éloignées, où l'embauche de médecins japonais était difficile, ont été supprimées (elles continuent toutefois de s'appliquer aux dentistes, par exemple).	Non	Non
AEP : les infirmiers philippins avec 3 ans d'expérience et un contrat avec un hôpital peuvent rester 3 ans max. au Japon pour obtenir un diplôme japonais (cours de langue ou formation supervisée).	Non, sauf avec l'UE.	Non, sauf avec l'UE. En 2003-2005, projet pilote concernant l'embauche d'infirmiers polonais et le développement de leurs compétences.
Non	Oui de manière générale, mais le ministre peut accorder des dérogations à titre exceptionnel.	Non
Oui	Oui	Oui
Nécessité d'obtenir un diplôme japonais.	La Directive de l'UE prévoit la reconnaissance des diplômes suisses et de l'EEE pour les nationaux de ces pays (hors EEE sous conditions).	La Directive de l'UE prévoit la reconnaissance des diplômes suisses et de l'EEE pour les nationaux de ces pays (hors EEE sous conditions). Les médecins formés à l'étranger doivent passer un test de compétences (notamment en néerlandais). En cas de quasi-équivalence, ils sont inscrits sur le registre avec des réserves qu'il leur incombe de faire lever sous 2 ans (équivalence totale sans expérience aux Pays-Bas = supervision de 6 mois). Si les compétences ne sont pas équivalentes (mais pas insuffisantes et exp. prof.), possibilité de suivre une formation. Cette procédure a débuté en décembre 2005 pour les médecins. Elle doit être appliquée aux autres personnels de santé (pour l'heure, ils ne sont pas systématiquement obligés de passer un examen).
Non	Les ressortissants de l'UE et de la Suisse formés à l'extérieur de l'UE doivent faire reconnaître leurs qualifications. Dans certains cas, des cours ou une formation complémentaires peuvent être exigés (d'une durée maximale d'un an pour les docteurs). Les docteurs étrangers doivent parler couramment deux (des trois) langues officielles.	
Non	Non	Les agences de recrutement jouent un rôle important tant dans le secteur public que privé.
Oui, mais les étudiants étrangers doivent obtenir un permis de résidence pour « Services médicaux » conformément aux dispositions générales.	Le Luxembourg ne dispose pas de sa propre école de médecine.	Oui, les étudiants étrangers peuvent rester sur le territoire national jusqu'à 3 mois pour rechercher un emploi.
Non	Non	Non
	www.etat.lu/MS/	www.bigregister.nl www.minvws.nl (travailler dans le secteur de la santé aux Pays-Bas avec un diplôme étranger)

			NOUVELLE-ZÉLANDE	NORVÈGE
Principales caractéristiques de la politique migratoire et dispositions spécifiques pour les personnels de santé	Migration permanente	Programmes de migration permanente applicables aux personnels de santé	<ul style="list-style-type: none"> ● Skilled Migrant Category (SMC). 	<ul style="list-style-type: none"> ● Permis de résidence permanent (après l'expiration du permis temporaire d'une durée de 3 ans).
		Conditions spécifiques applicables aux personnels de santé	Oui , la plupart des professions de la santé sont incluses dans la liste des pénuries de compétences à long terme (LTSS) et bénéficient de 10 points supplémentaires.	Non
	Migration temporaire	Programmes de migration temporaire applicables aux personnels de santé. #Y durée maximale. Ⓜ renouvelable. § test du marché du travail.	Politique « de l'emploi à la résidence » : <ul style="list-style-type: none"> ● Employeur accrédité (programme talents). ● Liste des pénuries de compétences à long terme. Permis de travail : procédure simplifiée si la profession est incluse dans la liste des pénuries de compétences immédiates (ISSL). WHM 1Y (période de travail ≤ 6 mois).	<ul style="list-style-type: none"> ● Travailleur qualifié/spécialiste 1Y[®] ● Visa de demandeur d'emploi (généralement 3 mois)
		Quotas	Non	Oui pour les travailleurs qualifiés et les spécialistes, mais si le quota est atteint, restrictions plus strictes d'octroi du permis (test du marché du travail).
	Liste des professions en pénurie; mention des professions de santé	Oui pour les médecins, les dentistes et autres personnels de santé (sauf les infirmiers) figurant sur les 6 listes régionales de pénuries immédiates de compétences (ISSL) et pour la plupart des professions de la santé figurant sur la liste des pénuries de compétences à long terme.	Non	
	Programmes spécifiques pour le personnel de santé dans des zones mal desservies ou des régions particulières	Non , mais les individus titulaires d'une offre d'emploi en dehors d'Auckland bénéficient de points supplémentaires.	Non	
	Accords bilatéraux portant notamment sur l'embauche des personnels de santé.	Non , sauf avec l'Australie (<i>Trans-Tasman Mutual Recognition Arrangement</i>).	Non , sauf avec l'UE et dans le cadre de l'Accord sur le marché commun nordique du travail.	
Reconnaissance des qualifications étrangères	Conditions de citoyenneté	Non	Non	
	Test linguistique	Oui	Oui , suivre un cours et passer un examen si langue maternelle étrangère (hors suédois et danois).	
	Examen professionnel	Médecins : les médecins formés à l'étranger doivent passer le New Zealand Registration Exam (NZREX) et suivre 2 années de spécialisation (un an pour les diplômés du Royaume-Uni et d'Irlande). Mais les personnes qui ont travaillé dans des « systèmes de santé comparables » (18 pays sont enregistrés) pendant au moins 3 ans peuvent exercer, avec une période de deux ans de supervision.	La Directive de l'UE prévoit la reconnaissance des diplômes suisses et de l'EEE pour les nationaux de ces pays (hors EEE sous conditions). L'autorité d'enregistrement du personnel de la santé délivre les autorisations et les licences. <ul style="list-style-type: none"> ● Une autorisation est octroyée aux demandeurs qui ont réussi leur « turnus » (internat). ● Une licence permet d'exercer sous certaines conditions qui peuvent concerner la durée, le lieu d'installation, etc., et ne peut être accordée qu'après une évaluation. Si les qualifications ne sont pas parfaitement équivalentes, des cours peuvent être organisés. Si les qualifications sont validées, le demandeur peut commencer son internat (l'expérience professionnelle ne permet pas de réduire l'internat).	
	Période probatoire Programmes de formation	Infirmiers : Les infirmiers doivent suivre un programme d'évaluation des compétences lorsqu'ils ne remplissent pas les critères nécessaires en matière d'éducation pour être inscrits sur les registres professionnels.		
Agences de recrutement international travaillant avec les personnels de santé (sous-contrat ou réglementées)	Non , mais le ministère de l'Immigration de la Nouvelle-Zélande a mis en place une équipe chargée d'organiser des expositions et des campagnes de recrutement à l'étranger.	Non		
Possibilité offerte aux étudiants étrangers en médecine de changer de statut ou d'obtenir un permis de travail	Oui , les individus qui ont suivi une formation de 3 ans en Nouvelle-Zélande ou qui sont titulaires de qualifications correspondant à la catégorie SMC peuvent obtenir un permis d'une durée maximale de 6 mois leur permettant de rechercher un emploi.	Possible , les étudiants étrangers <i>titulaires d'une offre d'emploi</i> peuvent obtenir un permis de travail d'un an maximum. La Norvège offre des bourses d'études (1 100) aux étudiants des PED qui doivent ensuite retourner dans leur pays ou les rembourser.		
Code de conduite pour le recrutement international des personnels de santé	Oui , le pays est signataire du <i>Commonwealth Code of Practice for the International Recruitment of Health Workers</i> .	Non		
Autorités compétentes pour l'enregistrement et autres liens utiles	www.immigration.govt.nz www.mcnz.org.nz/ www.nursingcouncil.org.nz/	www.safh.no www.udf.no		

POLOGNE	PORTUGAL	RÉPUBLIQUE SLOVAQUE
<ul style="list-style-type: none"> ● Permis d'installation (après 5 années de résidence). 	<ul style="list-style-type: none"> ● Permis de résidence permanent (après 5 ou 8 ans de résidence, selon que la personne est originaire ou non d'un pays lusophone). 	<ul style="list-style-type: none"> ● Permis de résidence permanent (après 3 années de résidence).
Non	Non	Non
<ul style="list-style-type: none"> ● Permis de travail 1Y[®] §. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Permis de travail de type II 1Y[®] (activité de recherche scientifique ou activité qui nécessite des compétences techniques de haut niveau – notamment les docteurs et les infirmiers) ● Permis de travail de type IV 1Y[®] § (liste établie par l'Institut pour l'emploi et la formation professionnelle). 	<ul style="list-style-type: none"> ● Permis de travail 1Y[®] §.
Non	Oui, mais dans la pratique, les professions de la santé sont hors quotas.	Non
Les personnels de santé (docteurs et dentistes) qui ont suivi une formation conforme à la loi polonaise peuvent obtenir un permis de travail quelle que soit la situation sur le marché du travail local.	Non	Non
Non, mais des critères d'offre d'emploi sont mis en application à l'échelon régional.	Non	Non
Non, sauf avec l'UE.	Non, sauf avec l'UE.	Non, sauf avec l'UE.
Non	Non	Non
Oui pour les ressortissants des pays tiers (déclaration de maîtrise du polonais pour les autres).	Oui (tous les médecins, y compris les portugais, doivent passer un test de communication médicale).	Oui
La Directive de l'UE prévoit la reconnaissance des diplômes suisses et de l'EEE pour les nationaux de ces pays (hors EEE sous conditions). Les ressortissants de pays tiers doivent faire reconnaître leurs qualifications et passer un test linguistique en polonais.	La Directive de l'UE prévoit la reconnaissance des diplômes suisses et de l'EEE pour les nationaux de ces pays (hors EEE sous conditions). Les personnels de santé formés à l'étranger doivent faire reconnaître leurs qualifications et être inscrits à leurs ordres professionnels (« Ordens »). Les qualifications sont certifiées par le ministère de l'Éducation et le ministère de la Santé. Les médecins doivent justifier d'au moins 2 ans d'expérience professionnelle au cours des 5 dernières années pour exercer en indépendant. Un projet conçu par la Fondation Calouste Gulbenkian avec d'autres partenaires aide les infirmiers immigrés occupant légalement des emplois indifférenciés à obtenir l'équivalence de leurs diplômes d'études et de leurs qualifications.	La Directive de l'UE prévoit la reconnaissance des diplômes suisses et de l'EEE pour les nationaux de ces pays (hors EEE sous conditions).
Les agences de recrutement doivent être titulaires d'un certificat spécial délivré par les autorités régionales autonomes attestant de leur inscription sur le registre de l'agence pour l'emploi.	Non	Non
Oui. Les étudiants en médecine titulaires d'un diplôme polonais ne sont pas soumis au test du marché du travail. Ils n'ont pas besoin de permis de travail pour effectuer une spécialisation de troisième cycle.	Possible, mais il n'existe pas de programme spécifique.	Possible, mais il n'existe pas de programme spécifique.
Non	Non	Non
www.nil.org.pl	www.ordemosmedicos.pt www.ordemenfermeiros.pt	/www.lekom.sk

			ESPAGNE	SUÈDE
Principales caractéristiques de la politique migratoire et dispositions spécifiques pour les personnels de santé	Migration permanente	Programmes de migration permanente applicables aux personnels de santé	<ul style="list-style-type: none"> ● Permis de résidence permanent (à l'issue de 5 années de résidence légale). 	<ul style="list-style-type: none"> ● Permis de résidence permanent (PUT).
		Conditions spécifiques applicables aux personnels de santé	Non	Non
	Migration temporaire	Programmes de migration temporaire applicables aux personnels de santé. #Y durée maximale. @ renouvelable. § test du marché du travail.	<ul style="list-style-type: none"> ● Permis de travail de type B 1Y@ § (limité à des activités et des zones spécifiques; renouvelable jusqu'à 2 ans). ● Permis de travail de type C 3Y § (après un permis de type B; sans restriction). ● Permis D et E pour les travailleurs indépendants. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Permis de travail 5Y §.
		Quotas	Oui	Non
	Liste des professions en pénurie; mention des professions de santé	Oui , lorsque les professions figurent sur la liste des pénuries de compétences (<i>Catalogo de ocupacions de dificil cobertura</i>), aucune validation de l'offre d'emploi mais le nombre des permis est plafonné.	Non	
	Programmes spécifiques pour le personnel de santé dans des zones mal desservies ou des régions particulières	Non , mais les listes des professions en pénurie sont définies à l'échelon régional. Les professions de la santé y figurent pour un nombre limité de régions (essentiellement les aides-soignants et les généralistes à Barcelone, Gérone, Lleida, Tarragone, Zamora, Ourense, Las Palmas et Tenerife).	Non , mais le test du marché du travail est organisé au niveau local par l'agence de l'emploi, et certains conseils de comté ou régions participent au processus de recrutement à l'étranger (essentiellement dans les pays de l'UE – en Allemagne, Pologne ou Espagne).	
	Accords bilatéraux portant notamment sur l'embauche des personnels de santé.	Projet pilote prévu avec les Philippines pour le personnel des centres de soins (hors infirmiers et médecins). Accords signés avec le Royaume-Uni et la France pour le recrutement d'infirmiers espagnols.	Non , sauf avec l'UE et dans le cadre de l'Accord sur le marché commun nordique du travail.	
Reconnaissance des qualifications étrangères	Conditions de citoyenneté	Non	Non	
	Test linguistique	Non mais les examens et les entretiens se déroulent en espagnol.	Oui	
	Examen professionnel	La Directive de l'UE prévoit la reconnaissance des diplômes suisses et de l'EEE pour les nationaux de ces pays (hors EEE sous conditions).	La Directive de l'UE prévoit la reconnaissance des diplômes suisses et de l'EEE pour les nationaux de ces pays (hors EEE sous conditions). Les candidats doivent fournir la preuve d'une maîtrise satisfaisante du suédois.	
	Période probatoire Programmes de formation	Les diplômés étrangers en médecine qui ont obtenu leur diplôme hors de l'UE/l'EEE/la Suisse doivent faire reconnaître leurs qualifications comme équivalentes aux qualifications espagnoles ou doivent passer un examen en deux étapes (questionnaire à choix multiple et examen oral sur des cas cliniques). Cet examen ne peut être passé plus de deux fois.	Les diplômés étrangers en médecine qui ont obtenu leur diplôme hors de l'UE/l'EEE/la Suisse ne peuvent exercer – de manière temporaire ou permanente – de profession médicale sans suivre un programme de formation complémentaire en Suède. Ce programme comporte des cours et des tests en suédois, un examen médical, une période de supervision et des cours d'initiation à la législation médicale du pays.	
Agences de recrutement international travaillant avec les personnels de santé (sous-contrat ou réglementées)	Non	Non , mais certaines agences privées jouent un rôle actif dans le recrutement international de personnel de santé, notamment pour le secteur public.		
Possibilité offerte aux étudiants étrangers en médecine de changer de statut ou d'obtenir un permis de travail	Oui , les étudiants étrangers peuvent obtenir un permis de résidence et de travail après leur diplôme s'ils résident en Espagne depuis au moins 3 ans et qu'ils n'ont pas bénéficié d'une bourse de leur pays d'origine ou d'un programme de coopération.	Non , de manière générale, un étudiant étranger originaire de l'extérieur de l'UE/l'EEE/la Suisse doit quitter le territoire après la fin de ses études.		
Code de conduite pour le recrutement international des personnels de santé	Non	Non		
Autorités compétentes pour l'enregistrement et autres liens utiles	http://extranjeros.mtas.es/ www.msc.es/profesionales/formacion/home.htm www.mec.es/mecd/titulos/convalidacion.html	www.migrationsverket.se www.socialstyrelsen.se		

SUISSE	TURQUIE	ROYAUME-UNI
<ul style="list-style-type: none"> Un permis d'établissement peut être délivré à l'issue de 5 années de résidence aux ressortissants des États de l'AELE, des États-Unis et du Canada, ou de 10 années pour les autres pays. 	<ul style="list-style-type: none"> Permis de travail et de résidence à durée indéterminée (à l'issue de 8 années de résidence légale et de 6 années d'emploi légal). 	<ul style="list-style-type: none"> Résidence permanente – autorisation de s'installer définitivement (à l'issue de 5 années de résidence légale avec un permis de travail ou un permis de migrant hautement qualifié).
Non	Non	Non
<ul style="list-style-type: none"> Permis de résidence 1Y(5 pour EEE) ©. Permis de courte durée 1Y renouvelable une fois. Programmes d'échanges de stagiaires avec une trentaine de pays, durée maximale de 18 mois (peuvent comporter un nombre non négligeable de personnels de santé, notamment des infirmiers). 	<ul style="list-style-type: none"> Permis de travail 1Y© § (peut être renouvelé pour une durée maximale de trois ans au bout d'un an, et de six ans les fois suivantes). 	Permis de travail 5Y § (pas de § si la profession figure sur la liste des pénuries de compétences); Programme pour les migrants hautement qualifiés 5Y (pas de §, test à points et exigences linguistiques); Formation et stage 3Y non ©, pas d'autorisation de s'installer (y.c. « Medical Training Initiative »); Permis de travail pour étudiants stagiaires (3 mois).
Non	Non	Non
Non	Non	La liste des professions qui souffrent d'une pénurie de compétences contient pratiquement toutes les professions de la santé à l'exception des infirmiers, depuis juillet 2006.
Non	Non	Le programme Fresh Talent: Working in Scotland permet aux diplômés des universités écossaises (de niveau maîtrise ou doctorat) de rester en Écosse pour une durée maximale de 2 ans sans offre d'emploi ou expérience professionnelle.
<ul style="list-style-type: none"> Accord bilatéral avec l'UE. Protocole d'entente avec le Canada pour faciliter les migrations, en particulier aux travailleurs canadiens du secteur de la santé. 	Non, toutefois, dans le cadre de l'adhésion à l'UE (libre circulation des travailleurs, reconnaissance des qualifications et des diplômes) des travaux préparatoires ont commencé.	Accords de recrutement avec la Chine, l'Espagne et l'Inde. Protocole d'accord avec les Philippines. Accord avec l'Afrique du Sud sur des échanges pédagogiques de travailleurs de la santé.
Non	Oui	Non
Oui (remis en œuvre pour les infirmiers de l'EEE en 2006).	Oui	Oui
La Directive de l'UE prévoit la reconnaissance des diplômes suisses et de l'EEE pour les nationaux de ces pays (hors EEE sous conditions). Médecins : La reconnaissance des diplômes relève de l'échelon fédéral. L'octroi de l'autorisation d'exercer est de la responsabilité des cantons. Infirmiers : Les diplômes sont reconnus par la Croix-Rouge suisse. Les candidats qui ne satisfont pas aux critères en matière d'éducation doivent effectuer une période d'adaptation de six mois au minimum, pouvant comporter un stage ou une test d'évaluation. Les responsabilités des cantons sont très limitées.	Seuls les citoyens turques sont autorisés à exercer des professions médicales.	La Directive de l'UE prévoit la reconnaissance des diplômes suisses et de l'EEE pour les nationaux de ces pays (hors EEE sous conditions). <i>Les médecins</i> ayant une formation médicale initiale satisfaisante et qui ont passé le Professional and Linguistic Assessment Board (PLAB) peuvent être inscrits sur les registres professionnels avec certaines restrictions (supervision d'un an). Des règles spéciales s'appliquent pour AUS, NZL, HKG, SGP, ZAF et les Antilles. <i>Les infirmiers</i> doivent avoir suivi une formation équivalente, exercer pendant 12 mois après l'obtention de leur diplôme (ou 450 heures au cours des 3 dernières années) et suivre le programme Overseas Nurses (20 jours d'apprentissage). Si nécessaire une période de supervision est prévue.
Non	Non, il n'existe pas d'agence de ce type.	Oui, les agences pour l'emploi doivent se conformer à la Employment Agencies Act de 1973. Les agences privées de recrutement souhaitant fournir du personnel au NHS doivent se conformer au code de pratique du recrutement international des professionnels des soins de santé.
Possible, mais il n'existe aucun programme spécifique.	Possible, mais il n'existe pas de programme spécifique.	Les étudiants diplômés originaires de pays tiers peuvent demander une autorisation de travail sans quitter le Royaume-Uni. Depuis avril 2006, les médecins et les dentistes en formation du 3e cycle sont considérés comme occupant un emploi.
Non	Non	Oui, le recrutement pour le NHS est soumis au code de pratique du recrutement international des professionnels des soins de santé.
www.bfm.admin.ch www.bag.admin.ch www.srk.ch www.fmh.ch		www.gmc-uk.org/ www.nmc-uk.org www.workingintheuk.gov.uk/

		ÉTATS-UNIS	
Principales caractéristiques de la politique migratoire et dispositions spécifiques pour les personnels de santé	Migration permanente	Programmes de migration permanente applicables aux personnels de santé	<ul style="list-style-type: none"> ● Employment based immigrant visa EB2 ou EB3 – Carte verte (les titulaires du visa H1B peuvent demander une carte verte au bout de 6 ans).
		Conditions spécifiques applicables aux personnels de santé	Non
	Migration temporaire	Programmes de migration temporaire applicables aux personnels de santé. #Y durée maximale. © renouvelable. § test du marché du travail.	<ul style="list-style-type: none"> ● Visa H1B 2Y© max. 6Y (professionnels spécialisés – au moins licenciés : comprend les médecins et les infirmiers diplômés). Visa H-1B1 pour les ressortissants du Chili et de Singapour (quotas spéciaux). ● Visa TN 1Y© (ALENA), la liste des professions de l'ALENA comprend la plupart des professionnels de la santé mais les médecins uniquement pour des activités de recherche et d'enseignement. ● Visa J1 3Y© max. 6Y (Exchange Visitor Skill); obligation de regagner pendant 2 ans leur précédent pays de résidence permanente (sauf s'ils sont éligibles au programme d'exemption J1 – voir plus bas). ** Visa H1A pour les infirmiers diplômés (supprimé en 1995).
		Quotas	Oui pour le visa H1B mais pas par profession, non pour les visas TN ou J1.
	Liste des professions en pénurie; mention des professions de santé	Non	
	Programmes spécifiques pour le personnel de santé dans des zones mal desservies ou des régions particulières	<p>Le programme J1 d'exemption de visa permet à un individu qui réside aux États-Unis depuis 2 ans avec un visa J1, qui est diplômé en médecine et titulaire d'une offre d'emploi à temps plein dans un établissement de soins de santé dans une zone répertoriée comme souffrant d'une pénurie de personnel de santé, ou dans un établissement de soins de santé qui accueillent des patients de ces zones, de rester aux États-Unis (chaque État est habilité à recommander 30 exemptions par an au Département d'État et au Bureau of Citizenship and Immigration services).</p> <p>**Visa H1C d'infirmiers dans les zones souffrant d'une pénurie (supprimé en 2004).</p>	
	Accords bilatéraux portant notamment sur l'embauche des personnels de santé.	Non , sauf avec le Canada et le Mexique, dans le cadre de l'Accord de libre-échange nord-américain (ALENA).	
Reconnaissance des qualifications étrangères	Conditions de citoyenneté	Non	
	Test linguistique	Oui	
	Examen professionnel	<p>Médecins : Les médecins doivent dans la quasi-totalité avoir fait leur internat/résidence aux États-Unis. Tous les médecins diplômés à l'étranger doivent <i>i)</i> obtenir un certificat de l'Éducation Commission for Foreign Medical Graduates (ECFMG); <i>ii)</i> passer un examen portant sur les phases 1 et 2 de l'USMLE (ie. un examen en sciences médicales et compétences cliniques) ainsi qu'une épreuve de langue, <i>iii)</i> prouver qu'ils sont diplômés d'une école de médecine inscrite à l'IMED (au moins 4 ans d'étude), <i>iv)</i> passer la phase 3 de l'USMLE mais certains États fixent des conditions supplémentaires (16 États permettent aux médecins étrangers de passer la phase 3 de l'USMLE avant d'avoir obtenu une GME -graduate medical education- dans un hôpital aux États-Unis ou au Canada). Tous les États exigent cependant au moins 1 an de GME avant d'accorder une autorisation d'exercer, 3 ans pour 29 d'entre eux (39 États reconnaissent les Licenciés du Conseil médical du Canada). Des conditions spéciales s'appliquent à certains Américains qui souhaitent exercer aux États-Unis après avoir suivi leurs études à l'étranger (Programme Fifth Pathway).</p> <p>La commission ECFMG est habilitée par le Département d'État à parrainer des médecins étrangers pour des échanges, dans le cadre de programmes officiels d'enseignement de la médecine.</p> <p>Infirmiers : Afin de pouvoir exercer la profession d'infirmier aux États-Unis, il est nécessaire de passer l'examen de la CGFNS (qui comporte une épreuve de langue), examen qui donne le droit de passer le NCLEX-RN ou NCLEX-PN (National Council Licensure Examination).</p>	
	Période probatoire		
	Programmes de formation		
Agences de recrutement international travaillant avec les personnels de santé (sous-contrat ou réglementées)	Non		
Possibilité offerte aux étudiants étrangers en médecine de changer de statut ou d'obtenir un permis de travail	Oui , les visas F1 permettent aux diplômés de rester jusqu'à 12 mois aux États-Unis pour suivre une formation professionnelle (6 mois pour les titulaires d'un visa M1). Le programme H1B a fixé un quota spécial quota (20 000) réservé aux étudiants étrangers titulaires d'une maîtrise ou d'un doctorat d'un établissement universitaire américain.		
Code de conduite pour le recrutement international des personnels de santé	Non		
Autorités compétentes pour l'enregistrement et autres liens utiles	<p>www.ecfm.org www.ncsbn.org http://travel.state.gov/visa</p>		