

Case study summaries

WHO-OECD hosted dialogue on migration
and other health workforce issues
in a global economy

20–21 October 2008, Geneva



20–21 Octobre 2008, Genève

Dialogue organisé par l’OMS et l’OCDE
sur les migrations et autres questions
relatives aux personnels de santé
dans une économie globale

Résumés des études de cas

Table of contents

Migration of health workers: the French perspective.....	2
Projet OCDE sur la migration des professionnels de santé: le cas de la France	3
Mismatches in the formal sector, expansion of the informal sector: immigration of health professionals to Italy.....	4
Disparités dans le secteur formel, expansion du secteur informel: l'immigration des professionnels de la santé en Italie.....	5
Mid-term evaluation of the Santé Sud project in Madagascar	6
Evaluation a mi-parcours du projet Santé Sud Madagascar	7
Evaluation of the programme to support the provision of the services of physicians in rural areas in Mali	8
Evaluation du programme d'appui à la médicalisation des zones rurales du Mali	10
Health workforce and international migration: Can New Zealand compete?	12
Migrations internationales des personnels de santé: quelle place pour la Nouvelle-Zélande dans la compétition internationale?	13
Attracting and retaining doctors in rural areas with financial incentives: does it work? The Niger experience.....	14
Attirer et fidéliser les médecins en zone rurale avec des incitations financiers: quel impact? L'exemple du Niger.....	15
Analysis of nursing migration and retention in the Philippines in a context of active health worker emigration.....	16
Analyse des migrations et de la fidélisation du personnel infirmier aux Philippines dans le contexte d'une émigration active des personnels de santé.....	17
Retaining health personnel in areas with challenging working conditions in Senegal.....	18
La fidélisation des personnels de santé dans les zones difficiles du Sénégal.....	19
Analysis of health professionals' migration: a two-country case study for the United Arab Emirates and Lebanon.....	20
Analyse des migrations des professionnels de la santé : étude des cas de deux pays : Les Emirats Arabes Unis et le Liban	21
Migration of health workers: the UK perspective to 2006	22
La migration des professionnels de santé: le cas du Royaume-Uni jusqu'à 2006	24
Nurse workforce challenges in the United States: implications for policy	26
Les enjeux associés à la main-d'œuvre infirmière aux États-Unis	27
The US physician workforce: where do we stand?	28
La main d'œuvre médicale aux États-Unis: état des lieux	29

Migration of health workers: the French perspective

Roland Cash, Philippe Ulmann

Summary

This report examines health workforce demographics in France, together with recent trends in migration policies regarding health professionals. It also analyses workforce planning and the possible role of the recruitment of foreign health workers in coming years.

Workforce trends in the 1990s were marked by restrictions governing the training of doctors and nurses. Since then, training capacities have expanded significantly, and France is now on a par with the European average and above the Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) average in terms of density of doctors. The available figures show that the international recruitment of health professionals does not play a decisive role in France. A large share of foreign-trained health workers come from European Union (EU) countries in particular because of the European legislation aimed at facilitating recognition of diplomas of EU nationals for most health professions. Non-EU diplomas, however, are subject to tighter restrictions laid down by French legislation, which limits access to the profession. Foreign trained doctors and nurses are primarily employed in hospitals.

In the latest projection models, the trend of the total stock of doctors is linked mainly to the trend of the French medical-studies admissions quota (*numerus clausus*), and no particular assumption is made regarding migration. Similarly, the current human resource management policies in the health sector do not envisage resorting to international recruitment, but are based on a series of structural measures involving the retirement age, co-operation among hospitals and other incentives aimed at encouraging health professionals to move to underserved areas. However, the role of foreign recruitment cannot be overlooked, since with EU enlargement there might be an increase in migration from Central and Eastern European countries, especially Romania.

Projet OCDE sur la migration des professionnels de santé: le cas de la France

Roland Cash, Philippe Ulmann

Résumé

Ce document examine la démographie des professionnels de la santé en France ainsi que les évolutions récentes des politiques migratoire relatives aux professionnels de la santé. Il traite également de la planification des effectifs et du rôle possible du recrutement du personnel de la santé étranger dans les années à venir.

L'évolution des effectifs au cours des années 90 a été marquée par des restrictions concernant la formation de médecins et d'infirmières. Depuis lors, les capacités de formation ont été fortement accrues, et la France se situe ainsi au niveau de la moyenne européenne et au dessus de l'ensemble des pays de l'OCDE en termes de densité de médecin. Les chiffres disponibles montrent qu'en France, le recrutement international de professionnels de santé ne joue pas un rôle prépondérant. Une proportion importante de ceux qui sont formés à l'étranger sont originaires de pays membres de l'Union Européenne, notamment en raison des dispositions législatives européennes, qui vise à faciliter la reconnaissance de diplôme des ressortissants de l'UE pour la plupart des professions de la santé. Pour ce qui est des diplômés hors Union Européenne, ils doivent répondre à des mesures plus restrictives, mises en place par la législation française, qui limite l'accès à la profession. Les médecins et infirmiers formés à l'étranger sont principalement employés en milieu hospitalier.

Dans les derniers modèles de projections, l'évolution des effectifs de médecins est essentiellement liée à celle du numerus clausus et ne font d'hypothèse particulière en ce qui concerne la migration. Dans le même sens, les politiques actuelles de gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé n'envisagent pas de recourir au recrutement international mais s'appuient sur un ensemble de mesures structurelles liées à l'âge de départ en retraite, à la coopération entre établissements hospitaliers et à d'autres mesures incitatives visant à favoriser l'installation en zone mal desservies. Cependant, le rôle des recrutements étrangers ne peut être négligé puisque dans le contexte de l'élargissement de l'UE les flux migratoires en provenance de pays d'Europe centrale et orientale, en particulier de la Roumanie, pourraient s'intensifier.

Mismatches in the formal sector, expansion of the informal sector: immigration of health professionals to Italy

Jonathan Chaloff

Summary

Italy has an aging population which is placing a strain on the public health system and on families. At the same time, it has distorted the market supply of health professionals. Past over-enrolment in medical faculties has produced a current glut of doctors, although shortages will appear as this cohort retires. It is difficult for foreign-trained doctors, and Italian-trained foreigners, to practice medicine in Italy. In nursing, the situation is more critical, with far fewer graduates of nursing schools than necessary even to meet replacement needs. Care for the aged, which was traditionally borne by families, has increasingly been delegated to informal immigrant workers. In the absence of major changes in the care industry, recruitment efforts for nurses and other health technicians has expanded to include other source countries. Obstacles to international recruitment of nurses have been reduced, both by simplifying recognition of foreign qualifications and by exempting nurses from limits on labour migration to Italy.

However, a ban on permanent employment in the public sector has relegated foreign nurses largely to private sector and shorter-term contract work. National and local health authorities have also become involved in supporting international recruitment of nurses, often through private agencies. In the home-care sector, families have been granted more opportunities to hire care workers from abroad legally, and many local authorities are attempting to integrate this spontaneous private care into their eldercare system through skill upgrades and support. Nonetheless, international migration will not be sufficient to solve Italy's health care professional needs.

Disparités dans le secteur formel, expansion du secteur informel: l'immigration des professionnels de la santé en Italie

Jonathan Chaloff

Résumé

Le vieillissement de la population en Italie pèse lourdement sur le système de santé public et les familles. Parallèlement, l'offre de professionnels de la santé sur le marché du travail est déséquilibrée. Dans le passé, le nombre excessif d'inscriptions dans les facultés de médecine a entraîné une surabondance de médecins, mais des pénuries apparaîtront au fur et à mesure qu'ils partiront à la retraite. Il est difficile pour les médecins ayant étudié à l'étranger et les immigrés qui se sont qualifiés en Italie d'exercer la médecine dans ce pays. En ce qui concerne les infirmières, la situation est plus critique, avec un trop petit nombre de diplômés des écoles d'infirmières, même pour satisfaire uniquement les besoins de remplacement. Les soins aux personnes âgées, incombant traditionnellement aux familles, ont été de plus en plus délégués aux immigrés du secteur informel. En l'absence de changements majeurs dans les politiques de la santé, des efforts ont été faits pour recruter des infirmières et personnels de santé dans d'autres pays d'origine. La simplification de la reconnaissance des qualifications acquises à l'étranger et l'exemption de quotas d'infirmières étrangères sur le marché du travail en Italie ont réduit les obstacles au recrutement international d'infirmières.

Cependant, l'interdiction de les employer de façon permanente dans le secteur public a relégué la majorité des infirmières étrangères dans le secteur privé et dans les contrats de travail à court terme. L'administration sanitaire nationale et locale a aussi contribué au recrutement international des infirmières souvent par le biais d'agences privées. Dans le secteur des soins à domicile, les familles se sont vu octroyer plus d'opportunités pour recruter légalement à l'étranger du personnel de soins à domicile. Beaucoup d'autorités locales s'efforcent d'intégrer ce type de soins privés dans leurs systèmes de soins aux personnes âgées en assistant les personnels soignants privés et en renforçant leurs compétences. Néanmoins, les migrations internationales ne seront pas suffisantes pour répondre aux besoins de l'Italie en professionnels de la santé.

Mid-term evaluation of the Santé Sud project in Madagascar

Justin Ranjalahy-Rasolofomanana, Serge Gotto, Amand Eugène Randrianarivo-Solofonianina, Norohasina Rakotoarison, Jean Claude Andrianirinarison

Summary

The Santé Sud project is an ambitious project which has attained its objective: to set up, over a three-year period, 42 community general practitioners in 38 isolated zones. The survey carried out among slightly less than one third of the physicians has demonstrated that they provide, in the view of their communities, high quality medical services. They provide a service that is comparable to physicians in a CSB 2 (basic health centre 2). The income of the physicians who have set up practice, which is on average higher than that of physicians in public service, allows them to be independent. However, the villagers' income is not stable or dependable throughout the year. The cost of helping a physician to set up practice is €12 000. The cost of the infrastructure, material and equipment needed for the Santé Sud physicians to practice medicine is considerably lower than for a physician in a CSB2.

The main recommendations are as follows:

- Optimize installation costs by seeking more economical solutions to allow physicians to set up practice, in particular as regards the provision of an electricity supply.
- Evaluate the efficacy of the provision of vaccines on the sites.
- Examine the terms on which bank loans may be provided to allow physicians to take out loans to pay for material and equipment whose ownership will revert to them on completion of the contract.
- Examine the methods of providing in-service training, especially by the use of information and communication technologies.
- Enhance the preventive medicine and community-health skills of the physicians.
- Examine the possibility of providing diagnostic equipment, in particular for laboratory tests, so as to strengthen both diagnostic capacity and the capacity to detect chronic illnesses.
- Improve the integration of the physicians within the health districts by specifying the respective roles and shared responsibilities of the physicians and the health districts.
- Include a number of health indicators, indicative of the quality of care, into the activities reports.
- Enhance the exchange of practices and experience between the Malagasy rural physicians and those in other countries, including Mali.

Evaluation a mi-parcours du projet Santé Sud Madagascar

Justin Ranjalahy-Rasolofomanana, Serge Gotto, Amand Eugène Randrianarivo-Solofonianina, Norohasina Rakotoarison, Jean Claude Andrianirinarison

Résumé

Le projet SANTESUD est un projet ambitieux qui a atteint son but : implanter, en trois ans, 42 médecins généralistes communautaires dans 38 zones enclavées. L'enquête réalisée auprès d'un peu moins d'un tiers des médecins objective qu'ils assurent, au dire des communautés, une médecine de qualité. Ils assurent un service comparable à celui d'un médecin de CSB 2. Les médecins installés sont autonomes grâce à leurs revenus, revenus qui est en moyenne supérieur à celui des médecins de service publique. Cependant, la solvabilité des villageois n'est pas assurée toute l'année. Le coût d'installation d'un médecin se monte à 12000 Euros. Le coût des infrastructures, des matériels et des équipements requis pour l'exercice médical des médecins de SANTESUD est nettement inférieur au coût de ceux d'un CSB2.

Les principales recommandations sont les suivantes :

- Optimiser les dépenses d'installation en recherchant des solutions plus économiques pour l'installation des médecins en particulier pour assurer la disponibilité en électricité.
- Evaluer l'efficacité de la mise à disposition de vaccins dans les sites.
- Etudier des modalités de prêt bancaire permettant aux médecins d'emprunter pour financer les matériels et équipements dont ils seront propriétaires en fin de contrat.
- Etudier les modalités de la formation permanente via en particulier les technologies d'information et de communication.
- Renforcer les compétences des médecins en médecine préventive et en santé communautaire.
- Etudier les possibilités de fournir des équipements diagnostics, en particulier pour les examens de laboratoire, afin de renforcer les capacités diagnostiques et aussi les capacités de dépistage des maladies chroniques.
- Renforcer l'intégration des médecins au sein du district sanitaire en précisant les rôles respectifs et les responsabilités partagées des médecins et de ceux du district sanitaire.
- Intégrer dans le rapport d'activité quelques indicateurs de santé, traceurs de la qualité des soins.
- Accentuer les échanges de pratiques et d'expérience entre les médecins ruraux communautaires malgaches et entre les médecins ruraux communautaires malgaches et ceux d'autres pays dont le Mali.

Evaluation of the programme to support the provision of the services of physicians in rural areas in Mali

Laurence Codja, Françoise Jabot, Henri Dubois

Summary

The introduction the services of physicians in rural areas in Mali has developed from the convergence of a desire to improve use of and access to health services by rural populations, the move towards decentralization of primary health care, which began in Mali in the 1990s, and from initiatives by physicians seeking employment. After the administrative reform of 1999-2002 which introduced decentralization, a social and health development programme made it possible to set up or revive community health centres (CSCOM), which are front-line facilities offering a «minimum package of activities» to the population of a health area (5 000 inhabitants within a 15 km. radius). The centres are managed by community associations (ASACO) and the municipal authorities.

Due to the lack of career prospects in public service on account of structural adjustment measures, young physicians have gradually set up practice in rural areas, either by making their services available to the CSCOM or in private practice. As early as in 1989, the non-governmental organization Santé Sud lent its support to this process. This was followed by the creation of the Association des Médecins de Campagne (AMC) (Association of Rural Physicians). After 2002, the movement gathered strength with the provision of budget lines assigned to communes out of the funding allocated to health under the heavily indebted poor countries (HIPC) initiative. With the support of funding from French cooperation and from the European Union, a programme to help young Malian physicians to set up practice and to retain them in the CSCOM has been put in place.

At the invitation of the Government of Mali, the World Health Organization (WHO) undertook this evaluation in order to assess the relevance, efficacy, impact and feasibility of this programme for the provision of medical services, and in particular of the strategies developed to attract physicians to rural areas and to retain them there. WHO is especially interested in the provision of medical services in Mali in connection with its programme to retain human resources for health.

After a review of the literature, the method of evaluation combined an analysis of the documentation, a survey using a questionnaire among 120 physicians practising in rural areas, interviews with national decision-makers, institutional partners and operators involved in the implementation of the programme, close observation in the four regions in which the physicians practice and a cost analysis of the measures adopted.

The main findings of the analysis are as follows:.

- Provision of the services of physicians is a suitable response to the lack of interest for front-line services.
- The strategies introduced succeed in attracting physicians to rural areas, although the precarious nature of the job and the working conditions act as a brake on any long-term career prospects.
- The improved access to health care for the population is tangible, albeit hard to document.
- The feasibility of the strategies depends on the existing process being institutionalized and on the provision of support mechanisms for the strategies in place.

The main recommendations of the evaluation are:

- Secure official recognition for AMC, along with funding to match the issues at stake
- Capture the attention of the local authorities and of the ASACO, and improve the management training of the latter
- Encourage young medical students to practice rural medicine
- Extend the programme for the revival of rural health centres
- Encourage mutual insurance entities, and any other arrangements that guarantee access to health care, to set up shop in rural areas
- Continue to transfer financial resources to match the transfer of tasks to local communities
- Secure greater involvement of private health centres in rural areas in these activities
- Enhance basic and in-service training of rural health teams
- Provide rural physicians with career prospects
- Upgrade the importance of preventive programmes
- Continue and expand the programme to attract physicians to rural areas, including in the poorest part of the country.
- Continue and ensure the sustainability of the strategy to retain rural physicians.

Evaluation du programme d'appui à la médicalisation des zones rurales du Mali

Laurence Codja, Françoise Jabot, Henri Dubois

Résumé

Le phénomène de médicalisation du milieu rural au Mali résulte de la rencontre entre la volonté d'améliorer le recours et l'accès à la santé des populations rurales, le mouvement de décentralisation des soins de santé de premier niveau, engagé au Mali depuis les années 90 et des initiatives de médecins en recherche d'emploi. Après la réforme administrative de la décentralisation (1999-2002), un programme de développement socio sanitaire a permis la création ou la revitalisation de centres de santé communautaires (CSCOM), structures de première ligne chargées d'offrir un « paquet minimum d'activités » à la population d'une aire de santé (5000 habitants dans un rayon de 15 kms). Elles sont gérées par des associations communautaires (ASACO) et les mairies.

Faute de perspectives professionnelles dans la fonction publique, en raison des mesures d'ajustement structurel, de jeunes médecins sont venus progressivement s'installer dans les zones rurales, offrant leurs services aux CSCOM ou à titre privé. Dès 1989, l'ONG Santé Sud accompagnait ce processus. La création d'une Association des Médecins de Campagne (AMC) suivait. A partir de 2002, le mouvement s'est amplifié avec l'ouverture de postes budgétaires dédiés aux communes sur des financements dévolus à la santé dans le cadre du PPTE. Avec l'appui de financements de la coopération française et de l'Union européenne, un programme d'appui à l'installation et au maintien des jeunes médecins maliens dans les CSCOM a été déployé.

A l'invitation du gouvernement malien, OMS avait effectué cette évaluation qui avait pour but l'appréciation de la pertinence, l'efficacité, les effets et la viabilité de ce programme de médicalisation, notamment des stratégies développées pour attirer et maintenir les médecins dans les zones rurales. L'OMS s'intéressait particulièrement à la médicalisation au Mali dans le cadre de sa programme de fidélisation des ressources humains pour la santé.

Après une revue de la littérature, la méthode d'évaluation a conjugué une analyse documentaire, une enquête par questionnaire auprès des 120 médecins installés en zone rurale, des entretiens avec les décideurs nationaux, les partenaires institutionnels et les acteurs impliqués dans la mise en œuvre de ce programme, des observations approfondies dans quatre régions d'exercice des médecins, ainsi qu'une analyse des coûts des mesures déployées.

Les constatations principales de cette évaluation sont les suivantes:

- La médicalisation est une réponse pertinente à la désaffectation des structures de première ligne.
- Les stratégies mises en œuvre réussissent à attirer les médecins dans les zones rurales mais la précarité de l'emploi et les conditions de travail sont un frein à une carrière rurale à long terme.
- L'augmentation de l'accès aux soins des populations est perceptible mais difficile à documenter.
- La viabilité des stratégies de médicalisation dépend de l'institutionnalisation du processus en place et des mécanismes de soutien des stratégies à l'œuvre.

Les recommandations principales de cette évaluation sont:

- Obtenir la reconnaissance institutionnelle de l'AMC, et un financement à la hauteur des enjeux
- Sensibiliser les autorités locales et les ASACO, renforcer la formation à la gestion de ces dernières
- Promouvoir l'exercice de la médecine de campagne auprès des jeunes étudiants en médecine
- Prolonger le programme de revitalisation des centres de santé ruraux
- Favoriser l'instauration de mutuelles en zone rurale, et tous autres modèles permettant de sécuriser l'accès aux soins
- Poursuivre le transfert des moyens financiers correspondants au transfert des missions aux collectivités locales
- Impliquer davantage les centres de santé privés, en zone rurale, dans la réalisation des activités
- Renforcer la formation initiale et continue des équipes de santé rurales
- Offrir des perspectives de carrière aux médecins de campagne
- Valoriser l'exécution des programmes de prévention
- Poursuivre et étendre le programme de médicalisation des zones rurales, y compris dans la partie économiquement plus fragile du pays.
- Poursuivre et rendre pérenne la stratégie de fidélisation des médecins de campagne.

Health workforce and international migration: Can New Zealand compete?

Pascal Zurn, Jean-Christophe Dumont

Summary

This paper examines health workforce and migration policies in New Zealand, with a special focus on the international recruitment of doctors and nurses.

The health workforce in New Zealand, as in all Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) countries, plays a central role in the health system. Nonetheless, maybe more than for any other OECD country, the health workforce in New Zealand cannot be considered without taking into account its international dimension.

New Zealand has the highest proportion of migrant doctors among OECD countries, and one of the highest for nurses. There is no specific immigration policy for health professionals, although the permanent and temporary routes make it relatively easy for doctors and nurses who can get their qualification recognised to immigrate in New Zealand. At the same time, New Zealand also has high emigration rates of health workers, mainly to other OECD countries. International migration is thus at the same time an opportunity and a challenge for the management of the human resources for health (HRH) in New Zealand.

Increasing international competition for highly skilled workers raises important issues such as sustainability and ability to compete in a global market. In this context, new approaches to improve the international recruitment of health workers, as well as developing alternative policies, may need to be considered. As for international recruitment, better coordination and stronger collaboration between main stakeholders could contribute to more effective and pertinent international recruitment.

Migrations internationales des personnels de santé: quelle place pour la Nouvelle-Zélande dans la compétition internationale?

Résumé

Ce document examine les effectifs de professionnels de la santé et les politiques migratoires de la Nouvelle-Zélande, en se concentrant plus particulièrement sur le recrutement international de médecins et d'infirmières.

En Nouvelle-Zélande comme dans tous les pays de l'OCDE, ces professionnels jouent un rôle crucial dans le système de santé. Dans ce pays, pourtant, peut-être plus que dans tout autre pays de l'OCDE, on ne saurait étudier les travailleurs de la santé sans prendre en compte la dimension internationale de cette population.

La Nouvelle-Zélande compte la proportion de médecins immigrés la plus élevée de tous les pays de l'OCDE, celle des infirmières immigrées comptant aussi parmi les plus fortes. Le pays ne s'est pas doté d'une politique d'immigration particulière concernant ces professions même si les filières d'immigration permanente ou temporaire font qu'il est relativement facile pour les médecins et les infirmières qui parviennent à faire reconnaître leurs diplômes d'aller s'installer en Nouvelle-Zélande. En parallèle, le pays présente également des taux élevés d'émigration de travailleurs de la santé (principalement vers les autres pays de l'OCDE). En matière de gestion des ressources humaines de la santé, les migrations internationales représentent donc à la fois une chance et une difficulté pour la Nouvelle-Zélande.

La concurrence internationale croissante pour attirer des travailleurs hautement qualifiés soulève des problèmes importants comme la soutenabilité et la capacité à affronter cette concurrence sur un marché mondialisé. Dans ce contexte, il faudrait peut-être réfléchir à de nouvelles stratégies pour améliorer le recrutement international de travailleurs de la santé et élaborer d'autres mesures possibles. Quant à ce recrutement, l'amélioration de la coordination et le renforcement de la collaboration entre les principales parties prenantes pourraient contribuer à le rendre plus effectif et plus approprié.

Attracting and retaining doctors in rural areas with financial incentives: does it work? The Niger experience

Christophe Lemiere, Issa Yahaya, Saidou Souleymane

Summary

Niger is a vast country with a highly skewed distribution of health workers, particularly for doctors. While 20% of the population lives in the capital city (Niamey), more than 35% of doctors are based there. In April 2006, the Niger government implemented a financial package for doctors accepting to work outside the capital city. The study presented here strives to evaluate the impact of this policy.

Baseline data has been collected in August 2005, through a direct census of doctors in Niger. For follow-up purposes, the same census was performed in June 2008.

This time, the survey was complemented with a discrete choice experiment. Out of 292 doctors in Niger, a sample of 100 was produced. Each of these surveyed doctors was proposed to choose between one of two (virtual) packages for settling in a rural area. These packages included (i) financial incentives (four possible levels), (ii) duration of assignment in a rural area (three possible levels) and (iii) probability of getting a post-specialization (three possible levels). Nineteen questions (each with two packages) were developed, using the SPSS routine Orthogonal Design.

Between 2005 and 2008, the proportion of doctors working in the capital city remained roughly the same: 35%. In order to explain the reason of this policy failure, a logistic regression (Log likelihood = -247.70656; Prob > chi2 = 0 ; Pseudo R2 = 0.1356) found that the second parameter within each virtual package (probability of post-specialization) was the most powerful factor for explaining the probability of settling in a rural area. Practically, the model showed that to achieve a 60% probability for settling in rural area (i.e. this probability level would allow to correct the distribution skewness throughout the country), doctors would ask either for a 55% probability of getting a post-specialization or a financial incentive of \$275 per month (approximately one third of their salary).

Unfortunately, the implemented package in Niger did not include any guarantee for post-specialization. In addition, the highest possible financial incentive was \$162 per month. That may explain the failure of this policy.

This study would have been more powerful if the response from each doctor could have been linked to some contextual factors, such as age, marital status, number and age of children and, above all, geographic origin.

This evaluation study is the first before/after study ever carried out in Africa to assess the impact of financial incentives on rural retention of doctors.

In addition, the methodology of discrete choice experiment (already tested in Ethiopia and Indonesia) has been particularly useful, not only for better understanding the factors explaining the reluctance of doctors to work in rural areas but also for providing practical advice to the government in order to improve its retention policy.

Attirer et fidéliser les médecins en zone rurale avec des incitations financières: quel impact? L'exemple du Niger

Christophe Lemiere, Issa Yahaya, Saidou Souleymane

Résumé

Niger est un vaste pays semi-désertique, avec une répartition géographique des personnels de santé particulièrement inéquitable, notamment en ce qui concerne les médecins. Alors que seulement 20% de la population vit dans la capitale (Niamey), plus de 35% des médecins y sont concentrés. Face à ce problème, le gouvernement nigérien a mis en œuvre, en Avril 2006, un système de primes pour favoriser l'installation des médecins en périphérie. L'étude présentée ci s'efforce d'évaluer l'impact de cette mesure.

Les données de base ont été collectées en Aout 2005, lors d'un recensement exhaustif des personnels de santé. Le même recensement a été répété en Juin 2008.

Cette fois, l'enquête a été accompagnée d'une étude spécifique sous format de « discrete choice experiment ». Sur les 292 médecins recensés au Niger, un échantillon de 100 médecins a été construit. Chacun des médecins enquêtés se voyait demandé de choisir entre deux « packages » (virtuels) d'incitations afin de travailler en zone rurale. Ces packages incluaient (i) des incitations financières (4 niveaux possibles), (ii) une durée déterminée de travail en zone rurale (3 niveaux possibles) et (iii) la probabilité de se voir offrir une post-spécialisation (3 niveaux possibles). Dix-neuf questions (chacune avec deux packages à choisir) ont été élaborés, à l'aide du plug-in Orthogonal Design de SPSS.

Entre 2005 et 2008, la proportion de médecins concentrés dans la capitale est restée la même: 35%. Pour expliquer cet échec, une régression logistique (Log likelihood = -247.70656; Prob > chi2 = 0 ; Pseudo R2 = 0.1356) a montré que le second paramètre du package (i.e. la probabilité de post-spécialisation) était le plus important pour expliquer la probabilité des médecins à s'installer en zone rurale. Plus précisément, le modèle a estimé que, pour atteindre une probabilité d'installation de 60% (probabilité qui permettrait de corriger l'iniquité de répartition des médecins dans le pays), les médecins demanderaient soit une probabilité de post-spécialisation à 55%, soit une prime mensuelle de \$275 (soit environ le tiers de leur salaire).

Malheureusement, le package mis en place par le gouvernement nigérien ne prévoyait pas de possibilité de post-spécialisation. De plus, la prime mensuelle maximale était fixée à \$162. Cela explique probablement l'échec de la politique mise en œuvre.

L'étude aurait été plus féconde si les réponses de chaque médecin avaient pu être reliées avec certains facteurs contextuels, tels que l'âge, le statut marital, le nombre et l'âge des enfants et, surtout, les origines géographiques des médecins.

Cette étude est la première évaluation avant/après réalisée en Afrique pour estimer l'impact des incitations financières sur la rétention des médecins en zone rurale.

De plus, la méthodologie du discrete choice experiment (déjà testée en Ethiopie et en Indonésie) a été particulièrement utile, tant pour mieux comprendre les réticences des médecins à s'installer en zone rurale que pour aider le gouvernement à améliorer sa politique en la matière.

Analysis of nursing migration and retention in the Philippines in a context of active health worker emigration

Fely Marilyn Elegado-Lorenzo, Jennifer E. de la Rosa, Julita Ybes, Vanesa Manila

Summary

Nurse migration has become an important feature of globalized labor markets in health care. Concern about international migration in health services has become more acute due to widespread observation that the demand for highly skilled health workers such as nurses is largely met by developing countries.

The Philippines is recognised as one of the major source countries of nurses. This Philippine nurse migration policy and retention case study describes migration patterns from a sending country perspective. Further it analyzes current nurse migration policies and programs to determine whether they facilitate national managed nurse migration and institutional nurse retention.

This study aims to identify key policy and programmatic issues that need to be addressed in crafting effective policies and programs to promote managed migration and nurse retention programs. Further, the study proposes international, national and institutional policies and programs to facilitate effective nurse retention and managed migration.

This study utilized a descriptive analytic case study design. Review of literature and records were conducted to determine the current status of nurse migration as well as describe migration practice models in different areas in the world. Based on the results of literature review, international and national stakeholders were consulted to determine current practices of Philippine nursing migration regulation and nurse retention. This was capped with an analysis of policy and programmatic bases of Philippine nurse migration and retention practices that aimed to ensure that international exchange of nurse resources was mutually beneficial to both sending and destination countries. Findings revolved around policy categories that need to be given attention which include: recruitment and entry, re-entry to sending country, licensure and scope of practice, skill-mix, welfare and human resource development and retention, protection of the rights of migrant workers, mechanisms to mitigate impact of migration on developing countries, remittance management, and broad poverty alleviation and social or community development. Possible core components of “good practice” bilateral or multi-lateral cooperative agreements to manage migration were identified. Best practices were identified around the policy issues of recruitment, entry, and citizenship; retention and re-entry.

Analyse des migrations et de la fidélisation du personnel infirmier aux Philippines dans le contexte d'une émigration active des personnels de santé

Fely Marilyn Elegado-Lorenzo, Jennifer E. de la Rosa, Julita Ybes, Vanesa Manila

Résumé

La migration du personnel infirmier est devenue une caractéristique notable du marché du travail mondialisé des soins de santé. Les préoccupations suscitées par les migrations internationales dans les services de santé sont devenues d'autant plus aiguës que l'on constate de façon généralisée que la demande de personnels de santé hautement qualifiés comme le personnel infirmier est en grande partie satisfaite par les pays en développement.

Il est reconnu que les Philippines sont l'un des principaux pays d'émigration de personnel infirmier. La présente étude du cas de la politique migratoire et de la fidélisation du personnel infirmier aux Philippines décrit les schémas de migration du point de vue du pays d'origine. Elle analyse en outre les politiques et programmes de migration actuels afin de déterminer s'ils favorisent la gestion nationale des migrations de personnel infirmier et son maintien dans les établissements.

Cette étude a pour but de répertorier des problèmes politiques et programmatiques essentiels qui doivent être résolus si l'on veut élaborer des programmes et politiques efficaces pour promouvoir la gestion des migrations et la fidélisation du personnel infirmier. Elle propose en outre des politiques et des programmes internationaux, nationaux et institutionnels destinés à faciliter la fidélisation du personnel infirmier et la gestion des migrations.

L'étude utilise un modèle d'étude de cas descriptif et analytique. On a procédé à un examen de la littérature et des dossiers pour déterminer l'état actuel des migrations du personnel infirmier et décrire les modèles migratoires dans différentes régions du monde. Sur la base des résultats de l'étude documentaire, des partenaires nationaux et internationaux ont été consultés afin de déterminer les pratiques actuelles en matière de régulation des migrations et de fidélisation du personnel infirmier aux Philippines. Enfin, les auteurs analysent les bases politiques et programmatiques des pratiques migratoires et de fidélisation du personnel infirmier aux Philippines qui visent à garantir que l'échange international de ressources infirmières soit mutuellement bénéfique pour les pays d'origine comme pour les pays de destination.

Les conclusions s'articulent autour des catégories de politiques qui doivent être privilégiées, à savoir : recrutement et admission, retour dans le pays d'origine, délivrance de l'autorisation d'exercer et étendue des pratiques, gamme des compétences, développement de la protection sociale et des ressources humaines et fidélisation, protection des droits des travailleurs migrants, mécanismes visant à atténuer l'impact des migrations sur les pays en développement, gestion des transferts de fonds, et atténuation de la pauvreté en général et développement social ou communautaire.

Des éléments essentiels de bonnes pratiques qui pourraient figurer dans des accords de coopération bilatéraux ou multilatéraux pour gérer les migrations ont été recensés. Les meilleures pratiques ont été définies en ce qui concerne les questions du recrutement, de l'admission et de la citoyenneté, de la fidélisation et du retour dans le pays d'origine.

Retaining health personnel in areas with challenging working conditions in Senegal

Pascal Zurn, Laurence Codjia, Farba Lamine Sall

Summary

Retaining health workers in rural areas, which are often isolated or in which working conditions are more generally difficult is a major problem in Senegal, where there are significant disparities in the distribution of health personnel. More than half the physicians and midwives in Senegal are concentrated in the region of Dakar, where only one third of the country's population lives. At the same time, the regions of Diourbel, Fatick, Kaolack, Kolda and Matam have only 11% of the total number of physicians, while they are home to 40% of the population. Although regional differences are very pronounced where physicians and midwives are concerned, they are less so in the case of nurses. The central role of health personnel in health systems means that their distribution has a direct impact on the provision of health services.

In recent years, problems relating to the geographical distribution of human resources for health have been cause of concern for the Ministry of Health. Different measures have been introduced in order to improve the assignment of health workers and to retain them in areas ranked as arduous. These measures apply both to the training of qualified personnel and to their management.

Although the results of the measures introduced by the Ministry of Health have been encouraging as regards recruitment and retention in difficult areas, there are other measures which have the potential to further improve recruitment and retention in these areas. Foremost among the measures under consideration are the implementation of a plan for the replacement and mobility of personnel and better financial and non-financial incentives. In addition, a more cross-sectoral approach seems well adapted to circumstances in Senegal. This makes it possible to address questions of housing, access to water and electricity supply, to the highway network and to schools for the children of personnel. Finally, against a background of widespread shortage of human resources for health at the national level, consideration should be given to improving the supply of health personnel in the long term.

La fidélisation des personnels de santé dans les zones difficiles du Sénégal

Pascal Zurn, Laurence Codjia, Farba Lamine Sall

Résumé

La fidélisation des personnels de santé dans les zones rurales, isolées ou plus généralement difficiles est une problématique importante au Sénégal. En effet, de fortes disparités dans la répartition des personnels de santé sont observées. La région de Dakar concentre plus de la moitié des médecins et des sages-femmes du Sénégal alors que cette région représente moins du tiers de la population total du pays. En même temps, les régions de Diourbel, Fatick, Kaoloack, Kolda et Matam ne totalisent que 11% des médecins alors qu'elles concentrent près de 40 % de la population du pays. Toutefois, si les différences régionales sont très marquées pour les médecins et les sages-femmes, elles le sont moins pour les infirmiers. En raison du rôle central que les personnels de santé jouent dans le système de santé, leur répartition a un impact direct sur les prestations sanitaires

Au cours des dernières années, les problèmes de répartition géographique des ressources humaines de la santé ont été une source de préoccupation du Ministère de la santé. Différentes mesures ont été initiées en vue d'améliorer le processus d'affectation, le recrutement et la fidélisation dans les zones dites difficiles. Ces dispositions concernent aussi bien la production de personnel qualifié que la gestion de ce personnel.

Même si les mesures adoptées par le Ministère de la Santé sont encourageantes, d'autres mesures potentielles laissent entrevoir aussi des possibilités d'améliorer le recrutement et la fidélisation des personnels de santé dans les zones difficiles. Parmi les mesures envisagées, la mise en œuvre d'un plan de relève et de mobilité des personnels, de même que le renforcement des incitations financières et non-financières figurent en bonne place. Par ailleurs, une approche plus intersectorielle semble aussi très adaptée dans le contexte du Sénégal. Elle permet notamment la prise en compte des questions liées au logement, à l'accès à l'eau courante et à l'électricité, aux infrastructures routières et à l'école pour les enfants. Finalement, dans un contexte de pénurie générale des ressources humaines pour la santé au niveau national, un renforcement sur le long terme de l'offre en personnels de santé est aussi à considérer.

Analysis of health professionals' migration: a two-country case study for the United Arab Emirates and Lebanon

Fadi El-Jardali, Diana Jamal, Maha Jaafar, Zeinab Rahal

Summary

The objective of this paper is to analyse and discuss the context and the patterns of health personnel (physicians, nurses and midwives) production, migration, recruitment and retention in the United Arab Emirates (UAE) and in Lebanon.

Quantitative and qualitative data was collected from several data sources including both published and grey literature, university and school surveys, surveys of recruiting agencies and key informant interviews.

The UAE is a rapidly growing country which is heavily reliant on foreign health care professionals from a variety of countries. In fact, a reported 82% of health workers in UAE are expatriates, whereas nationals only comprise around 18% of all health workers. Despite massive recruitment of foreign trained health personnel, the UAE still faces severe health workforce shortages. Moreover, the country does not have bilateral agreements for recruitment of foreign-trained health workers. Estimates show that around 5000 physicians and close to 13 000 nurses are currently employed in UAE. In addition to shortages, health facilities in UAE have high turnover rates and retention problems. In this context, challenges pertaining to the health workforce in UAE include strengthening national strategies for recruitment and retention, improving data collection and cooperation between health authorities.

In contrast to UAE, Lebanon is characterized by an oversupply of physicians while having an undersupply of nurses and paramedical personnel. It has the highest physician density in the WHO Eastern Mediterranean Regional Office (EMRO) and the 8th lowest nurse density in the region. Available data shows that there are over 10 000 physicians and approximately 6 000 nurses in Lebanon. Many physicians and nurses choose to migrate to countries of the Gulf, Europe and North America in search of better job opportunities. Lebanon has a culture of migration and this trend has actually become widely accepted by society. Physicians typically migrate to complete specialty training but very often choose to remain in their destination country. Nurse migration has reached substantial rates with recent estimates of one of every five nursing graduates migrating out of Lebanon within one to two years of graduation. Furthermore, 68% of currently employed Lebanese nurses reported an intent to leave within the next one to three years, 37% of which disclosed plans to leave the country. In addition, Lebanon is also facing a health professional imbalance and geographical maldistribution of its health workforce. Lack of continuing medical education programs and career development, outdated curricula, as well as lack of financial and non-financial incentives were identified as key elements to address in order to improve health workforce recruitment and retention.

As documented in this two-country case study, both UAE and Lebanon are facing many challenges in recruiting and retaining their health workforce. For both countries, strengthening national strategies for health workforce would be central to addressing health workforce issues.

Analyse des migrations des professionnels de la santé : étude des cas de deux pays : Les Emirats Arabes Unis et le Liban

Fadi El-Jardali, Diana Jamal, Maha Jaafar, Zeinab Rahal

Résumé

L'objectif du présent article est d'analyser et d'examiner le contexte et les modes de production, de migration, de recrutement et de fidélisation du personnel de santé (médecins, infirmières et sages-femmes) dans les Emirats arabes unis et au Liban.

Des données quantitatives et qualitatives ont été recueillies auprès de plusieurs sources : littérature publiée et non publiée, enquêtes auprès des universités et des écoles, enquêtes d'agences de recrutement et entretiens avec des informateurs clés.

Les Emirats arabes unis sont un pays en rapide expansion fortement tributaire de professionnels de la santé en provenance de divers pays. Concrètement, 82 % de personnels de santé des Emirats sont des expatriés, les ressortissants nationaux ne représentant que les 18 % restants. Malgré le recrutement massif de personnels de santé étrangers qualifiés, les Emirats sont encore confrontés à de graves pénuries de personnels de santé. En outre, le pays n'a pas conclu d'accords bilatéraux pour le recrutement d'agents de santé à l'étranger. Les estimations montrent que les Emirats emploient actuellement environ 5000 médecins et près de 13 000 infirmières. Outre les pénuries, les établissements de santé des Emirats connaissent un taux de renouvellement élevé et des problèmes de fidélisation. Dans ce contexte, il faudrait, pour résoudre les problèmes liés aux personnels de santé renforcer les stratégies nationales de recrutement et de fidélisation, améliorer la collecte des données et développer la coopération entre les autorités sanitaires.

Contrairement aux Emirats arabes unis, le Liban se caractérise par un excédent de médecins et un manque d'infirmières et de personnel paramédical. C'est le pays qui a la plus forte densité de médecins de la Région OMS de la Méditerranée orientale et le huitième pour la plus faible densité d'infirmières. Les données disponibles montrent qu'il y a plus de 10 000 médecins et environ 6000 infirmières au Liban. De nombreux médecins et infirmières choisissent d'émigrer vers les pays du Golfe, l'Europe et l'Amérique du Nord pour y trouver de meilleures possibilités d'emploi. Le Liban possède une culture de la migration, et cette tendance est en réalité largement acceptée par la société. Les médecins partent généralement à l'étranger pour achever une spécialisation mais choisissent souvent de rester dans leur pays de destination. La migration des infirmières atteint des taux très importants puisque, selon les estimations récentes, une infirmière diplômée sur 5 quitte le Liban dans l'année ou les deux ans suivant l'obtention de son diplôme. En outre, 68 % des infirmières libanaises actuellement employées font part de leur intention de quitter le pays dans les 3 ans à venir, 37 % ayant déjà un projet concret. Par ailleurs, le Liban est également confronté à un déséquilibre et à une mauvaise répartition géographique des professionnels de santé. L'absence de programmes d'enseignement médical continu et de développement des carrières, des programmes d'études dépassés ainsi que le manque d'incitations financières et non financières ont été recensés comme des éléments déterminants sur lesquels agir afin d'améliorer le recrutement et la fidélisation des personnels de santé.

Comme le montrent ces deux études de cas de pays, tant les Emirats arabes unis que le Liban sont confrontés à de nombreux problèmes pour recruter et fidéliser leurs personnels de santé. Dans les deux pays, le renforcement des stratégies nationales pour les personnels de santé sera essentiel pour résoudre ces questions.

Migration of health workers: the UK perspective to 2006

James Buchan, Susanna Baldwin, Miranda Munro

Summary

The United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland (UK) has a population of 56 million, and most health care is delivered through the National Health Service (NHS). The NHS employs more than one million staff.

In the late 1990s shortages of skilled staff were a main obstacle to improving services in the NHS. The response by government was to “grow” the NHS workforce. There are four main policy options to “grow” the workforce- increase home based training; improve retention rates of current staff (to reduce need to recruit additional staff); improve “return” of staff currently not practising; and internationally recruit health professionals.

International recruitment was used to achieve rapid growth in the NHS workforce. It was facilitated by fast tracking work permits for health professionals, by targeting recruits in specified countries, using specialist recruitment agencies, and by coordinating local level recruitment within the NHS.

NHS international recruitment was also underpinned by a Code of Practice. One key point of the Code is that developing countries should not be targeted for active recruitment by the NHS, unless the government of that country formally agrees.

Whilst the period from 1999 to 2005 was one of unprecedented staffing growth for the NHS in England, from 2005 onwards, this growth in staff numbers came rapidly to an end.

Financial deficits emerged in the NHS from 2004-05 onwards, which the UK Parliament Health Committee attributed, in part at least, to the costs of workforce expansion, and costs of new pay contracts for NHS staff.

There have been subsequent changes in the UK migration policy, which also have impacted international recruitment. Medicine, nursing and other health professions are no longer classed as 'shortage' professions. This has led inevitably to a significant reduction in the inflow of international clinicians to the UK NHS.

The UK situation highlighted the potential for the use of a policy of large scale international recruitment in order to meet staffing growth requirements. Key recommendations from the case study include:

- Migration should only be examined within the overall workforce planning mechanism in use at national level.
- Migration should not be used in isolation, or regarded as a cheap option, with “expendable” migrant health professionals.
- The role of recruitment agencies should be monitored or regulated.
- Bilateral agreements may be an effective way of managing the migration process between a source and destination country.
- A country level code, in a country where most employers and recruitment agencies are bound by the code, can be of some effect in managing the process of recruitment in an “ethical” and efficient way.
- There needs to be more effective monitoring of flows of health workers if a multinational code is to be implemented with any effect.

- In relation to active international recruitment, the recent evidence from England would suggest it can be an effective mechanism for rapidly scaling up the workforce- but that the very rapid pace requires careful monitoring if it is not to overshoot any planned targets for growth.
- Active international recruitment must also be carefully integrated within the overall workforce planning approach, so as to be fully effective.

La migration des professionnels de santé: le cas du Royaume-Uni jusqu'à 2006

James Buchan, Susanna Baldwin, Miranda Munro

Résumé

Le Royaume-Uni compte 56 millions d'habitants, et en matière de santé, la plupart des prestations y sont fournies par le biais du National Health Service (NHS). Le NHS emploie plus d'un million d'agents.

A la fin des années 90, un des principaux obstacles à l'amélioration du NHS était la pénurie de personnel qualifié. La réponse du gouvernement a consisté à « étoffer » les effectifs du NHS. Pour ce faire, les pouvoirs publics disposent de quatre grands moyens d'action possibles : développer la formation dispensée dans le pays même, améliorer le taux de maintien des agents en poste (ce qui permet de diminuer les besoins en recrutement de nouveaux agents), convaincre les agents ayant cessé d'exercer pour le moment de « reprendre du service », et recruter des professionnels de la santé à l'international.

Soucieux d'étoffer rapidement ses effectifs, le NHS a eu recours au recrutement à l'international. L'opération a été facilitée par l'application de la procédure de traitement accéléré des demandes de permis de travail pour les professionnels de la santé, par le ciblage des personnes à recruter dans des pays précis (en faisant appel à des agences de recrutement spécialisées), et par la coordination du recrutement au niveau local au sein du NHS.

Ce recrutement à l'international prenait également appui sur un Code de bonnes pratiques. L'un des points clés de ce Code est l'interdiction faite au NHS de cibler les pays en développement dans sa politique de recrutement actif sauf accord formel du gouvernement du pays considéré.

Même si, entre 1999 et 2005, en Angleterre, le NHS a vu ses effectifs augmenter dans des proportions sans précédent, à partir de 2005 cette progression s'est très vite ralentie et a finalement cessé.

A partir de l'exercice 2004-2005, apparaissent au sein du NHS des déficits financiers que la Commission de la santé du Parlement britannique impute, du moins en partie, au coût du renforcement des effectifs et au coût découlant des nouvelles clauses de rémunération figurant dans les contrats des agents du Service.

Par la suite, la politique migratoire britannique a subi des modifications qui ont également eu un impact sur le recrutement à l'international. Désormais, la médecine, les soins infirmiers et les autres professions de la santé ne sont plus classés parmi les métiers « en tension », ce qui aboutira inévitablement à une réduction significative de l'afflux de cliniciens étrangers dans le NHS britannique.

L'expérience du Royaume-Uni a mis en évidence les possibilités offertes par le recours à une politique de recrutement à l'international de grande ampleur pour répondre aux besoins quand il s'agit d'étoffer des effectifs. Les principales recommandations de l'étude de cas sont les suivantes :

- L'immigration ne devrait être examinée que dans le cadre du mécanisme global de planification des effectifs utilisé au niveau national ;
- L'immigration ne devrait pas être utilisée isolément, ni être envisagée comme une solution « au rabais », ce qui reviendrait à considérer les professionnels de la santé issus de l'immigration comme des « produits consommables » ;
- Il conviendrait de surveiller ou de réglementer l'activité des agences de recrutement ;

- Les accords bilatéraux peuvent constituer un moyen de gérer effectivement le processus migratoire entre un pays d'origine et un pays de destination ;
- Dans un pays où la plupart des employeurs et des agences de recrutement sont tenus de se conformer à un code de bonnes pratiques applicable à l'échelle nationale, il devient dans une certaine mesure possible de gérer le processus de recrutement dans un souci d'éthique et d'efficacité ;
- Pour avoir quelques chances de voir la mise en œuvre d'un code international suivie d'effets, il importe de surveiller de manière plus effective les flux de travailleurs de la santé ;
- S'agissant du mécanisme de recrutement actif à l'international, les observations faites récemment en Angleterre amènent à conclure à son efficacité quand on cherche à étoffer rapidement des effectifs, mais l'extrême rapidité du processus exige un suivi attentif afin de ne pas dépasser les objectifs de croissance que l'on s'est éventuellement fixés ;
- Pour être pleinement efficace, le processus de recrutement actif à l'international doit aussi être intégré avec soin dans la stratégie globale de planification des effectifs.

Nurse workforce challenges in the United States: implications for policy

Linda H. Aiken, Robyn Cheung

Summary

The United States of America (U.S) has the largest professional nurse workforce in the world numbering close to three million, but does not produce enough nurses to meet its growing demand. A shortage of close to a million professional nurses is projected to evolve by 2020. An emerging physician shortage will further exacerbate the nurse shortage as the boundaries in scope of practice necessarily overlap. Nurse immigration has been growing since 1990 and the U.S. is now the world's major importer of nurses.

While nurse immigration is expected to continue to grow, the shortage is too large to be solved by recruitment of nurses educated abroad without dramatically depleting the world's nurse resources. Moreover, the domestic applicant pool for nursing education is very strong with tens of thousands of qualified applicants turned away annually because of faculty shortages and capacity limitations. The national shortage could be largely addressed by investments in expanding nursing school capacity to increase graduations by 25% annually and the domestic applicant pool appears sufficient to support such an increase. A shortage of faculty and limited capacity for expansion of baccalaureate and graduate nurse education require public policy interventions. Specifically, public subsidies to increase production of baccalaureate nurses are required to enlarge the size of the pool from which nurse faculty, advanced practice nurses in clinical care roles, and managers are all recruited. Retention of nurses in the workforce is critical and will require substantial improvements in human resource policies, the development of satisfying professional work environments, and technological innovations to ease the physical burdens of care-giving. Because of the reliance of the U.S. on nurses educated abroad as well as the benefits to the U.S. of improving global health, the nation should invest in nursing education as part of its global agenda.

Les enjeux associés à la main-d'œuvre infirmière aux États-Unis

Linda H. Aiken, Robyn Cheung

Résumé

Les États-Unis comptent le plus grand nombre d'infirmiers(ères) diplômés au monde – près de 3 millions – mais ils n'en forment pas suffisamment pour répondre à une demande en augmentation. Il devrait manquer près d'un million d'infirmiers(ières) diplômés, aux États-Unis, d'ici 2020. Et le déficit de médecins qui commence d'apparaître ne fera qu'exacerber le problème car les deux pratiques professionnelles sont nécessairement interdépendantes. L'immigration d'infirmiers(ères) n'a cessé d'augmenter depuis 1990 et les États-Unis sont désormais le premier pays d'accueil d'infirmiers(ères) étrangers au monde.

Cette vague d'immigration devrait se poursuivre mais la pénurie est trop importante pour pouvoir être résorbée par des recrutements à l'étranger sans que cela ponctionne gravement les ressources en personnel infirmier au niveau mondial. Par ailleurs, les personnes désireuses de suivre une formation d'infirmier(ère) dans le pays sont nombreuses mais des dizaines de milliers de postulants qualifiés sont refusés chaque année en raison du manque de personnel enseignant et de l'insuffisance des capacités d'accueil dans les écoles d'infirmiers(ères). On pourrait largement pallier ces insuffisances en intensifiant les investissements consacrés aux écoles d'infirmiers(ières) de façon à accroître de 25 % par an le nombre des diplômés, ce qui paraît réaliste au regard du nombre actuel de candidats. Le manque de personnel enseignant et l'insuffisance des capacités de formation appellent l'intervention des pouvoirs publics. Précisément, des subventions publiques doivent aider à accroître le nombre d'infirmiers(ières) diplômés, ce qui élargira l'effectif au sein duquel on pourra recruter du personnel enseignant, des infirmiers(ères) cliniciens de haut niveau et des gestionnaires. Inciter les infirmiers(ères) à rester dans la profession est fondamental et cela nécessitera une amélioration significative des politiques de gestion des ressources humaines, la garantie d'un environnement de travail satisfaisant et des innovations technologiques pour alléger la charge physique que représente l'activité de soins. Compte tenu de l'importance des personnels infirmiers formés à l'étranger pour les États-Unis et des avantages qui résulteraient d'une amélioration générale de la santé publique, le pays devrait faire de l'investissement dans la formation d'infirmiers(ères) un des objectifs de l'action publique.

The US physician workforce: where do we stand?

Richard A. Cooper

Summary

This review surveys trends in physician supply in the United States of America (US) from 1980 to the present with particular attention to the participation of international medical graduates. It discusses the composition of the physician workforce with regards to the number of family practitioners, specialists, women physicians and the aging of the workforce. Changes in the inflows and outflows of the physician workforce are discussed and, in particular, how international migration, retirement, part-time practice and alternative employment have impacted the physician workforce.

The study explores factors that influence the demand for physicians, with an emphasis on economic development, and discusses some of the obstacles that exist in achieving a future supply of physicians that is commensurate with the projected demand. It further explores the relationship between health care spending and gross domestic product (GDP) in the context of geographic variations and public and private health insurance. The study evaluates past attempts to measure the need for physicians in the US and it projects the future demand for physicians and the actions to expand the physician workforce. This leads to a review of US policies and regulations regarding medical education licensure, specifically focusing on foreign physicians. Finally, the paper considers implications of physician shortages and the recruitment of physicians from abroad.

La main d'œuvre médicale aux États-Unis: état des lieux

Richard A. Cooper

Résumé

La présente étude consistait à observer l'évolution de l'offre de médecins aux États-Unis de 1980 à nos jours, en accordant une attention particulière aux médecins diplômés étrangers. On y examine la composition du corps médical, dont le nombre de médecins de famille, de spécialistes, de femmes médecins, ainsi que la question de son vieillissement. On y réfléchit sur l'évolution des flux d'entrées et de sorties de médecins en activité et, en particulier, sur la manière dont les migrations internationales, les départs à la retraite, l'exercice à temps partiel et la possibilité d'exercer un autre emploi ont influé sur cette population.

L'étude recense les facteurs influant sur la demande de médecins, en insistant sur le développement économique, et analyse certains des obstacles en place susceptibles d'empêcher que, dans l'avenir, l'offre de médecins soit à la mesure de la demande (calculée par projections).

L'étude analyse également la relation entre les dépenses de soins de santé et le PIB en tenant compte des variations selon la situation géographique et selon que les systèmes d'assurance-maladie sont publics ou privés. Par ailleurs, les efforts déployés dans le passé pour mesurer le besoin en médecins des États-Unis sont évalués. L'étude contient aussi des projections de la demande future de médecins et des dispositions à prendre pour étoffer cette population. Ces travaux conduisent à examiner les politiques et réglementations américaines en matière de diplômes conférant le droit d'exercer la médecine, en s'intéressant tout particulièrement aux médecins étrangers.

L'ouvrage se termine par une réflexion sur les implications de la pénurie de médecins et le recrutement de médecins de l'étranger.