

## Chapitre 1

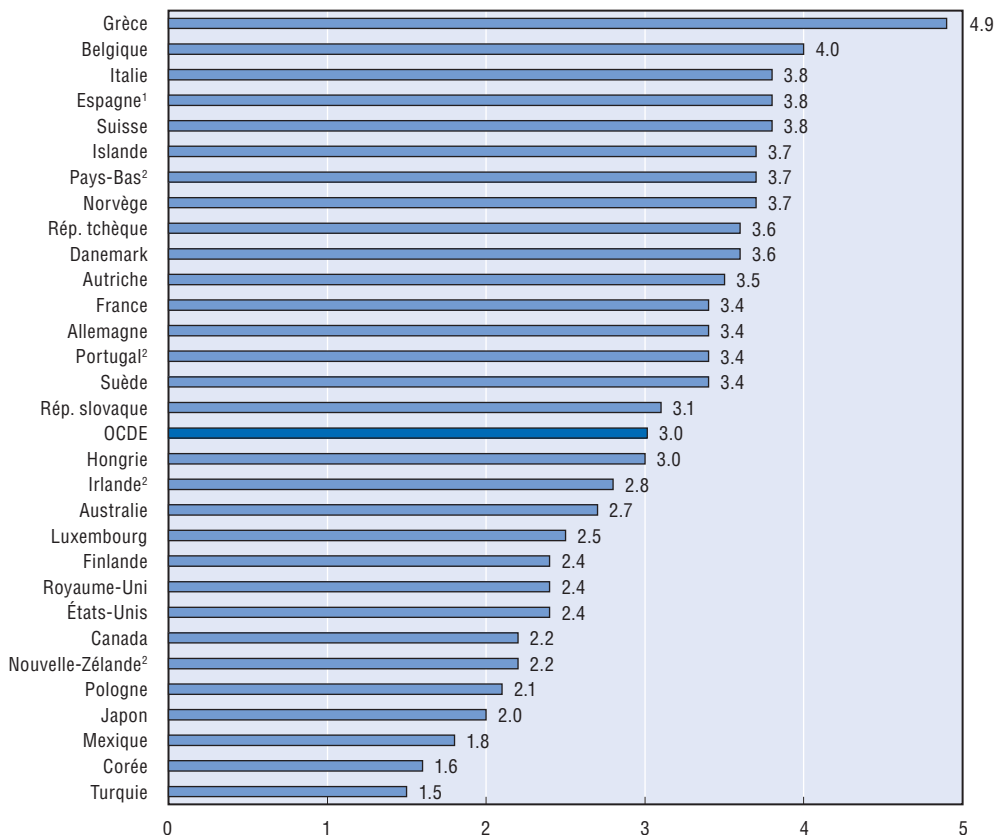
# Démographie du personnel de santé : tour d'horizon

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

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

On observe actuellement une grande disparité dans la densité de médecins et d'infirmiers dont font état les pays de l'OCDE. Le graphique 1.1 montre qu'en 2005, le nombre de médecins en activité pour 1 000 habitants était supérieur à trois, s'échelonnant entre 1.5 en Turquie et 4.9 en Grèce en 2005. La densité moyenne OCDE était de 3.0. Le graphique 1.2 montre qu'en 2005 toujours, pour les infirmiers, l'intervalle signalé de variation de la densité était supérieur à huit, le nombre de praticiens pour 1 000 habitants s'échelonnant entre 1.8 en Turquie et 15.4 en Norvège. La densité moyenne pour la zone OCDE était de 8.9<sup>1</sup>.

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

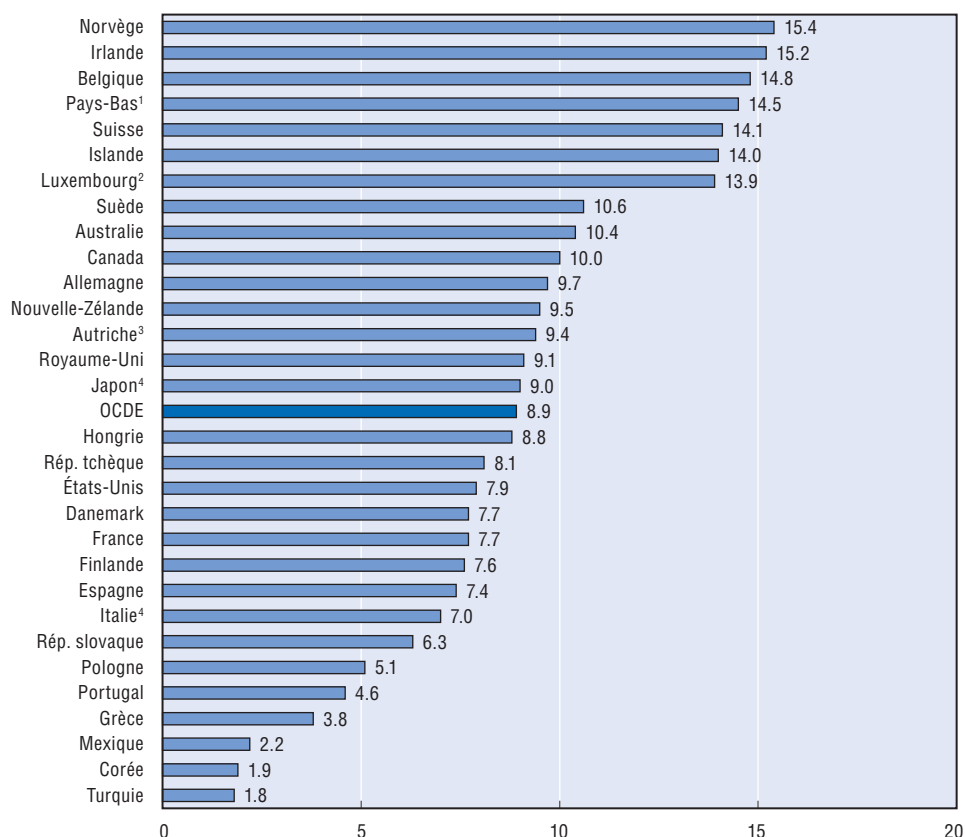



StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/448434267668>

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

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

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



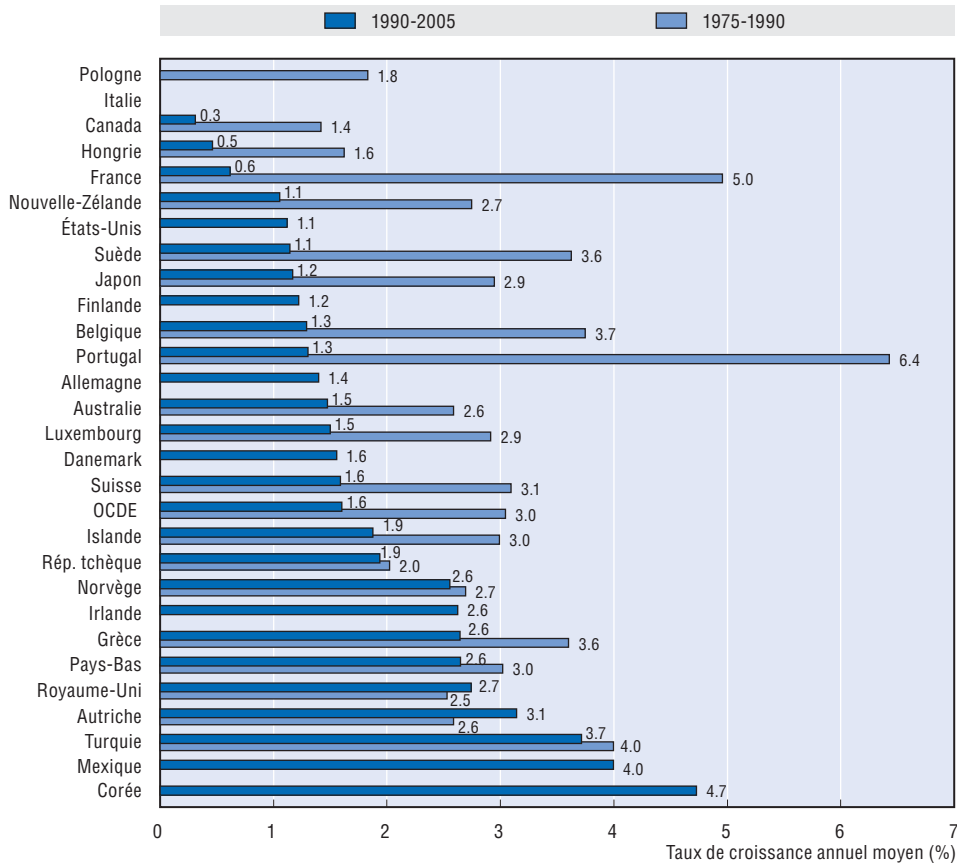
StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/448447587336>


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

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

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

Sur les vingt à trente dernières années, l'augmentation du nombre des médecins a été influencée par une conjugaison de facteurs incluant une évolution de la demande (elle-même tirée par des facteurs tels que l'augmentation des revenus, l'évolution des technologies médicales, le vieillissement démographique) et certains facteurs de l'offre (tels que la mise en place de contrôles à l'entrée des écoles de médecine<sup>2</sup>, l'immigration et l'émigration et l'évolution de la productivité des médecins).

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

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

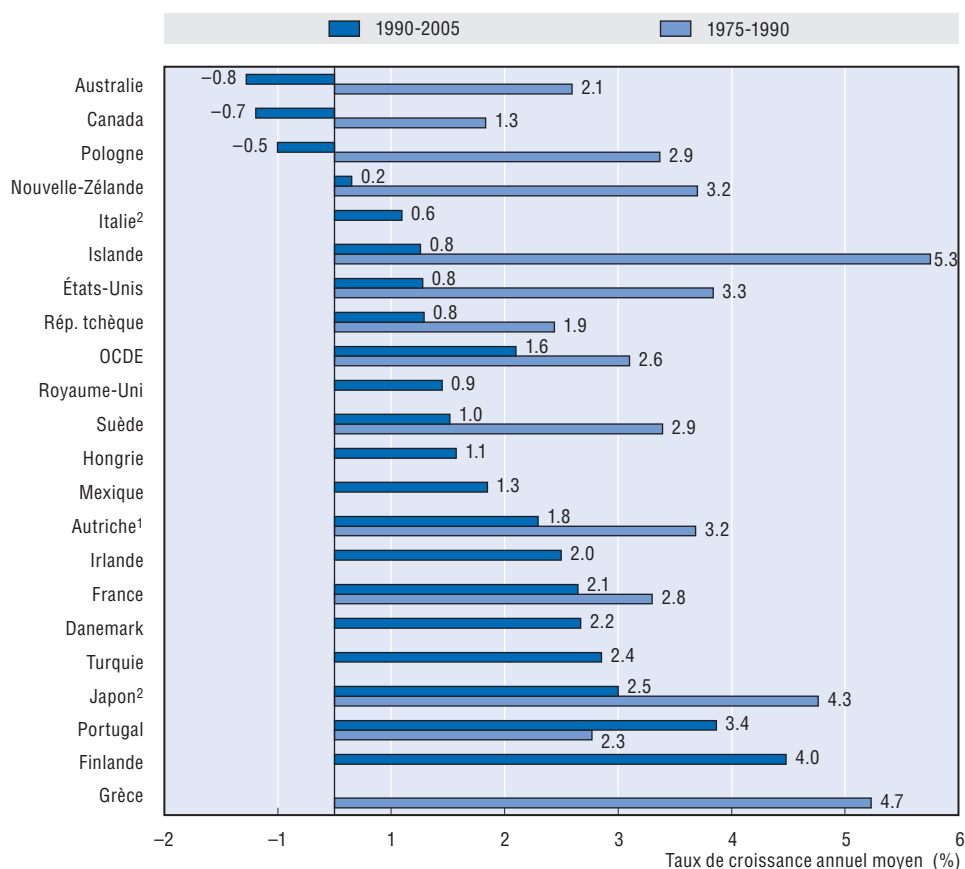
Note : L'Irlande, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas et le Portugal ont fourni des chiffres sur tous les médecins autorisés à pratiquer plutôt que sur ceux qui sont en exercice.

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

Source : Eco-Santé OCDE 2007.

De façon générale, la croissance moyenne de la densité de médecins a été inférieure à la croissance moyenne des dépenses réelles de santé par habitant dans la zone OCDE mais elle a été plus rapide que l'incidence probable du vieillissement démographique sur les dépenses de santé<sup>3</sup>, excepté dans quelques pays où l'on observe un vieillissement important de la population des patients (voir graphique 1.5).

L'évolution du nombre d'heures travaillées par médecin a probablement joué sur l'augmentation de la demande en termes d'effectifs. À titre anecdotique, on dit souvent qu'aujourd'hui les jeunes médecins veulent travailler moins que ceux qui les ont précédés. L'enquête Eurostat sur les forces de travail (OCDE, 2006a) n'a guère fourni d'indications sur l'évolution du nombre moyen d'heures travaillées par les médecins dans une sélection de pays européens entre 1992 et 2000. Des changements ont été apportés aux textes de loi réglementant les horaires de travail des jeunes médecins ou autres professionnels de la santé en général au sein de l'Union européenne avec la Directive européenne sur le temps de travail<sup>4</sup> mais également aux États-Unis<sup>5</sup>. En Australie, toutefois, le nombre moyen d'heures de travail hebdomadaires pour les cliniciens est tombé de 48 en 1997 à 44.6 en 2003, soit une baisse de l'ordre de 7 % (Lennon, 2005). Une étude réalisée à Winnipeg (Canada) donne à penser que les

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

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

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

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

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

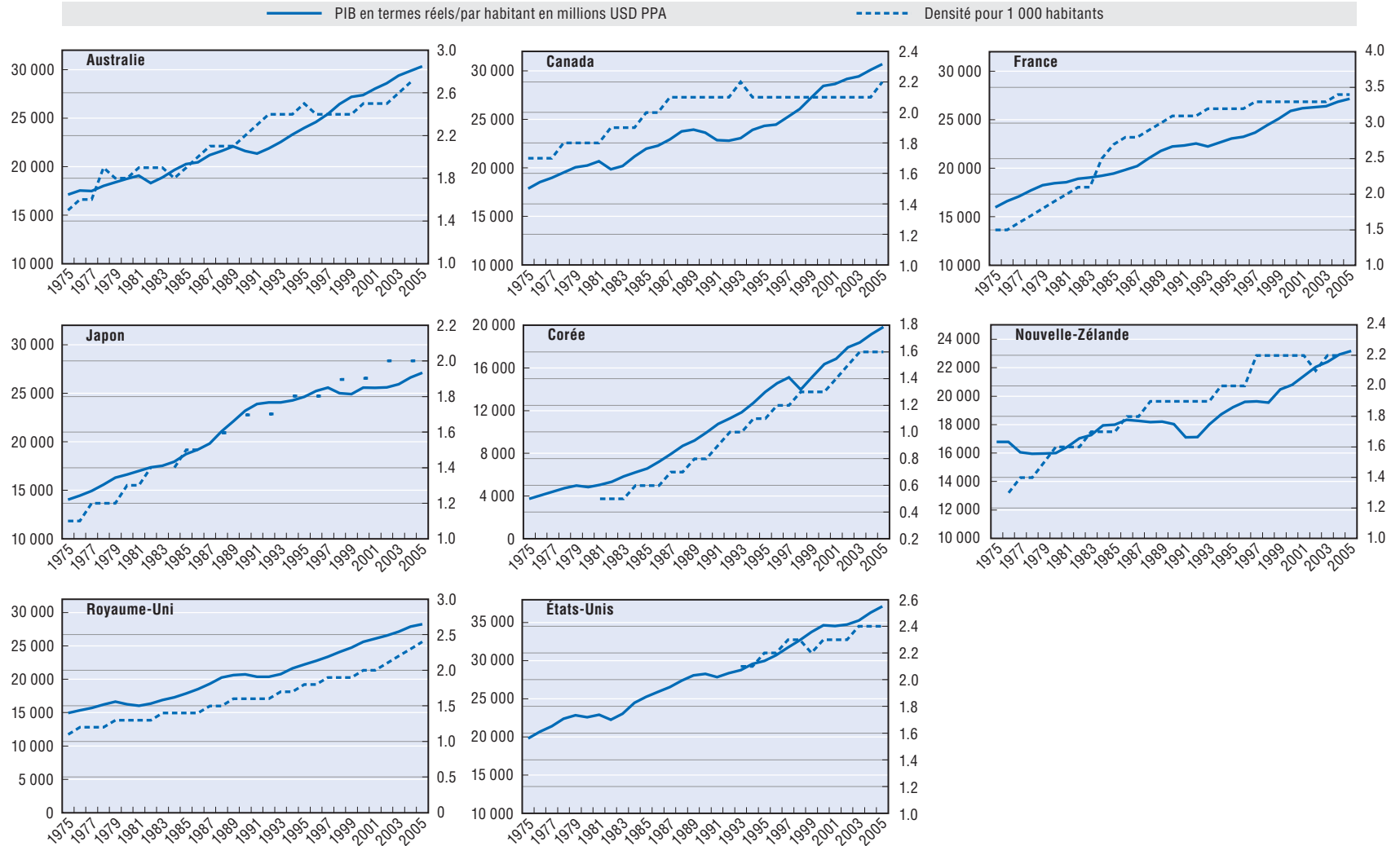
Source : Eco-Santé OCDE 2007.

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

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

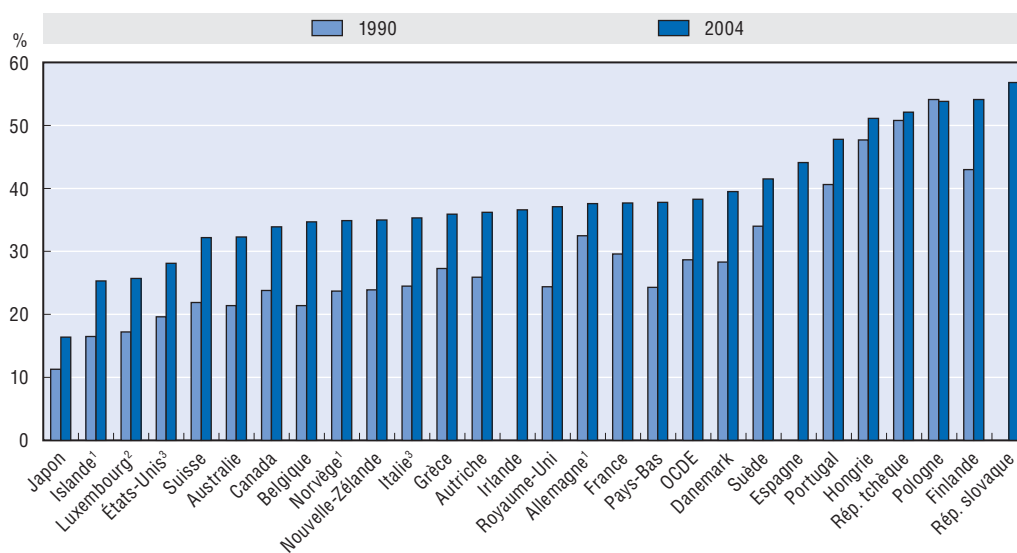
Dans les pays de l'OCDE, le personnel de santé est vieillissant car la génération du « baby-boom » commence à arriver à l'âge de la retraite. Les graphiques A1a-b de l'annexe A montrent, pour une sélection de pays de l'OCDE, comment la structure d'âge du personnel de la santé s'est (dans la plupart des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

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



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

Source : Eco-Santé OCDE 2007.

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

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

1. 1991.
2. 1992.
3. 1993

Source : Eco-Santé OCDE 2007.

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

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

Dans le cas des infirmiers, l'augmentation (ou la diminution) des effectifs sur la période 1990-2005 a été vraisemblablement régie par toute une série de facteurs analogues à ceux énoncés pour les médecins. Il se peut toutefois que l'accroissement de la demande ait été compensé plus largement que dans le cas des médecins par une amélioration de la productivité. Dans de nombreux pays de l'OCDE, des lits d'hôpitaux ont été fermés (entraînant une réduction du personnel infirmier) du fait du développements des traitements en hôpital de jour, du raccourcissement du temps de séjour et de l'orientation des patients de longue durée vers des centres de long séjour et des systèmes de soins à domicile<sup>6</sup>.

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


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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Notes

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

## Références

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

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

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

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

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

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



## Table des matières

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

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

## Encadrés

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

## Tableau

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

## Graphiques

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

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

## Ce livre contient des...



**StatLinks** 

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

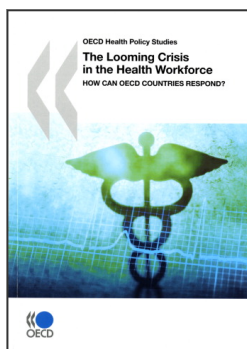
En bas à droite des tableaux ou graphiques de cet ouvrage, vous trouverez des *StatLinks*.

Pour télécharger le fichier Excel® correspondant, il vous suffit de retranscrire dans votre navigateur Internet le lien commençant par : <http://dx.doi.org>.

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

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





Extrait de :

## The Looming Crisis in the Health Workforce How Can OECD Countries Respond?

Accéder à cette publication :

<https://doi.org/10.1787/9789264050440-en>

### Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2008), « Démographie du personnel de santé : tour d'horizon », dans *The Looming Crisis in the Health Workforce : How Can OECD Countries Respond?*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/9789264050792-3-fr>

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les arguments exprimés ici ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE.

Ce document et toute carte qu'il peut comprendre sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

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