

Chapitre 3

Nouvelles tendances des migrations internationales de médecins et d'infirmiers vers les pays de l'OCDE¹

Ce chapitre analyse l'évolution de la mobilité internationale des professionnels de santé vers les pays de l'OCDE depuis 2000 au regard des changements observés dans les politiques migratoires et de santé mais également des changements économiques et institutionnels.

Dans un contexte d'accroissement des migrations qualifiées, on observe que les médecins et infirmiers immigrés représentent une part croissante des professionnels de santé exerçant dans les pays de l'OCDE, qui atteint respectivement 23 % pour les médecins et 14 % pour les infirmiers en 2010/11. La part des personnels de santé formés à l'étranger est cependant inférieure à celle des personnels nés à l'étranger, illustrant par là même le fait qu'une partie de la formation des migrants est délivrée dans le pays de destination.

Ce chapitre met également en exergue l'effet de la crise économique de 2007/08 et de l'élargissement sur les migrations de médecins et d'infirmiers, notamment en Europe, et discute le rôle des politiques migratoires et des politiques de gestion des ressources humaines en santé. Une analyse approfondie des effets attendus sur les pays d'origine est proposée et inclut une mise à jour pour 2010/11 des taux d'émigration (brain drain) pour les médecins et les infirmiers pour plus de 120 pays d'origine dans le monde. Le chapitre se termine par une présentation des tendances récentes en ce qui concerne l'internationalisation des études médicales et d'infirmiers.

Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem-Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

Introduction

L'étude de l'OCDE intitulée « Les personnels de santé immigrés dans les pays de l'OCDE dans le contexte général des migrations de travailleurs qualifiés », publiée dans *Perspectives des migrations internationales* en 2007, présentait pour la première fois un tableau complet des flux migratoires des professionnels de santé par pays d'origine et de destination. Cette étude et les autres travaux menés conjointement entre l'OCDE et l'OMS dans ce domaine (par ex. « Les personnels de santé dans les pays de l'OCDE : Comment répondre à la crise imminente ? », OCDE, 2008) ont permis de donner un éclairage nouveau aux débats nationaux et internationaux en apportant des éléments factuels.

Ce chapitre vise à identifier les évolutions récentes des migrations internationales des personnels de santé au regard des changements observés dans les politiques migratoires et de gestion des ressources humaines dans le domaine de la santé mais également des changements économiques et institutionnels. La crise économique, qui a débuté en 2007/08 et qui perdure encore dans certains pays de l'OCDE, a par exemple affecté de multiples façons la situation sur le marché du travail. De même, l'élargissement de l'Union européenne (UE) à 13 nouveaux États membres en 2004, 2007 et 2013 a contribué à redessiner la carte européenne des migrations internationales y compris pour les professionnels de la santé. Par ailleurs, en mai 2010, l'Assemblée mondiale de la santé a adopté un Code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé (OMS, 2010) qui établit des principes éthiques applicables au recrutement international des personnels de santé de façon à renforcer les systèmes de santé des pays d'origine.

Quelle est l'ampleur des migrations de médecins et d'infirmiers et de quelle manière les flux s'orientent-ils ? Quelle est la contribution des personnels de santé migrants dans les pays de destination et dans quelle mesure l'émigration affecte-t-elle les ressources humaines en santé disponibles dans les pays d'origine ? Dans quelle mesure les politiques migratoires et celles du domaine de la santé ont-elles eu un impact sur les principaux canaux migratoires ? Dans un premier temps, ce chapitre s'attache à dégager les tendances récentes des migrations internationales concernant les médecins et le personnel infirmier dans les pays de destination (première partie) et à partir des principaux pays d'origine (seconde partie). Dans un deuxième temps, l'effet des politiques publiques est discuté (troisième partie) avec un éclairage particulier sur l'internationalisation de la formation dans le domaine de la santé (dernière partie).

Principaux résultats

- Les médecins et infirmiers nés à l'étranger représentent une part significative des professionnels de santé exerçant dans les pays de l'OCDE, et cette part a augmenté dans la plupart des pays de l'OCDE entre 2000/01 et 2010/11, passant en moyenne (sur 22 pays) de 19.5 % à plus de 22 % pour les médecins et de 11 % à 14.5 % pour les infirmiers. Au total le nombre de médecins et d'infirmiers immigrés exerçant dans les pays de l'OCDE a augmenté de 60% en dix ans. Cette tendance reflète en partie l'augmentation générale

de l'immigration, notamment parmi les travailleurs qualifiés, dans les pays de l'OCDE. Elle révèle également l'importance du rôle joué par les migrants dans la croissance des effectifs de santé au cours des années 2000. Les toutes dernières données disponibles font toutefois état d'une baisse des entrées dans plusieurs pays de l'OCDE.

- Bien qu'en valeur absolue, les États-Unis accueillent le plus grand nombre de médecins et d'infirmiers migrants, les plus fortes augmentations du nombre de médecins nés à l'étranger entre 2000/01 et 2010/11 sont observées au Royaume-Uni et en Allemagne. La part de médecins immigrés a particulièrement augmenté en Irlande, en Australie, en Nouvelle-Zélande et en Suisse, et s'est maintenue à un niveau relativement élevé au Canada et aux États-Unis.
- Entre 2012 et 2014, dans les 26 pays (respectivement 24 pays) pour lesquels des données sont disponibles, 17% des médecins ont été formés à l'étranger (respectivement 6% des infirmiers ont été formés à l'étranger). En moyenne, la part des personnels de santé formés à l'étranger est donc inférieure à celle des personnels nés à l'étranger, illustrant par là même le fait qu'une partie de la formation des migrants est délivrée dans le pays de destination. À l'inverse, dans certains pays, la part des personnels de santé formés à l'étranger est supérieure à celle des personnels nés à l'étranger, suggérant qu'une partie des personnels de santé s'est formée dans un autre pays que celui où ils sont nés.
- En 2010/11, les médecins et infirmiers nés à l'étranger exerçant dans les pays de l'OCDE représentaient environ 5 % de l'effectif total des ressources humaines en santé dans le monde. Déjà premier pays d'émigration des médecins en 2000/01, l'importance de l'Inde comme source de médecins pour le marché international s'est encore accrue en 2010/11. Il en va de même pour les infirmiers originaires des Philippines, premier pays d'origine des infirmiers en mobilité internationale. Plusieurs pays d'origine, tels que la Chine, le Pakistan ou le Viet Nam, ont également gagné en importance. Pour autant, les migrations entre les pays de la zone OCDE restent significatives, notamment en raison de l'accroissement des mouvements intra-européens.
- En 2010/11, les médecins et infirmiers originaires de pays en situation de pénurie critique en personnels de santé, telle que définie par l'OMS, et ayant émigré dans un pays de l'OCDE représentent 20 % des besoins estimés en ressources humaines dans ces pays, contre 9 % en 2000/01. Cette augmentation est due, d'une part, à l'accroissement de l'émigration et, d'autre part, à la pénurie critique mondiale observée au cours de cette période. Sur la décennie précédent l'adoption du Code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé (OMS, 2010) le nombre de médecins et d'infirmiers originaires de pays en pénurie critique, et ayant émigré dans un pays de l'OCDE a crû de près de 84%.
- La plupart des pays de l'OCDE ont intensifié la formation de personnels de santé depuis 2000/01 pour faire face à une pénurie de main-d'œuvre attendue dans un contexte de vieillissement de la population en général (accroissant la demande de services de santé) et de vieillissement de la population de médecins et d'infirmiers (réduisant l'offre en personnels de santé). En raison de ces efforts, les besoins de recrutement à l'étranger ont été pour partie contenus.
- Dans un contexte d'augmentation de la mobilité internationale des étudiants, le nombre d'étudiants poursuivant des études de médecine à l'étranger a connu un essor considérable ces dernières années. Ce phénomène est rendu possible par l'internationalisation de la formation de médecin et s'explique tant par l'existence d'une demande insatisfaite en

matière de formation dans les pays limitant l'accès à ces études que par le développement d'une offre de formation dans certains pays. Dans les années à venir, on peut s'attendre à ce que le nombre de diplômés internationaux continue de croître. D'un côté, ceux-ci peuvent constituer une ressource pour le pays dans lequel ils exercent. Mais d'un autre côté, ce phénomène complexifie les efforts de planification au niveau national dans la mesure où bon nombre de ces étudiants internationaux souhaitent revenir exercer dans leur pays d'origine après l'obtention de leur diplôme.

- La crise économique qui a démarré en 2007/08 a eu des effets variables sur les tendances des migrations internationales des personnels de santé. Dans certains pays, la limitation des capacités de financement du système de santé ainsi que le retour en emploi du personnel national ont eu pour effet de réduire le recrutement international de personnels de santé. Dans les pays plus durement touchés par la crise, principalement en Europe du Sud et en Europe centrale et orientale, une importante émigration des personnels de santé est observée à la fin des années 2000, notamment vers l'Allemagne et le Royaume-Uni. Alors que l'adhésion des nouveaux États membres à l'UE en 2004 a eu un effet significatif mais limité dans le temps sur l'émigration des personnels de santé, la crise économique a contribué à réactiver ces mouvements. Pour la Roumanie et la Bulgarie, qui ont adhéré à l'Union européenne en 2007, les effets de l'adhésion et de la récession se conjuguent et conduisent à une émigration importante jusqu'à ce jour. Au sein de l'Union européenne, il semble donc que la mobilité internationale ait pu agir comme un facteur équilibrant sur les marchés du travail en limitant les risques de sous-emploi des personnels médicaux dans les pays en crise.
- Il existe peu d'instruments spécifiques pour gérer les mouvements migratoires des personnels de santé dans le cadre plus général des migrations de travailleurs qualifiés. La mention des professions de santé dans les listes de métiers en tension constitue l'un des rares outils mobilisés par les pays de l'OCDE pour faciliter le recrutement de personnels de santé. Cet instrument de politique migratoire peut être rapidement adapté en fonction des besoins du marché du travail.
- Ces dernières années, plusieurs pays de l'OCDE se sont engagés dans des pratiques de coopération internationale comprenant des aspects de formation et de recrutement de personnels de santé (Allemagne, Irlande, Finlande, Japon). Les pays avec lesquels une coopération est initiée sont de plus en plus ciblés en raison de leur stratégie de formation des personnels de santé pour le marché international, de façon à ne pas ponctionner des ressources en santé nécessaires dans les pays d'origine. Les effectifs concernés par ces projets sont toutefois relativement limités mais ces pratiques de recrutement international conduit dans le cadre d'accords de coopération pourraient à l'avenir se développer.
- Les pratiques en matière de reconnaissance des qualifications professionnelles diffèrent entre les pays membres de l'OCDE et constituent souvent l'un des obstacles majeurs au recrutement à l'étranger de professionnels de la santé. Les pratiques évoluent toutefois rapidement dans ce domaine. Les développements récents observés indiquent notamment des exigences croissantes pour ce qui concerne la maîtrise de la langue du pays d'accueil (Royaume-Uni, Australie) ainsi que la mise en place de postes supervisés (Irlande, Canada) ou de formations d'appoint permettant un exercice professionnel sans restriction (Canada). Ce dernier type de programme vise notamment à éviter un gaspillage des compétences.
- Au sein de l'Union européenne, les migrations des personnels de santé ont également été facilitées par les dispositifs de reconnaissance des diplômes et des qualifications

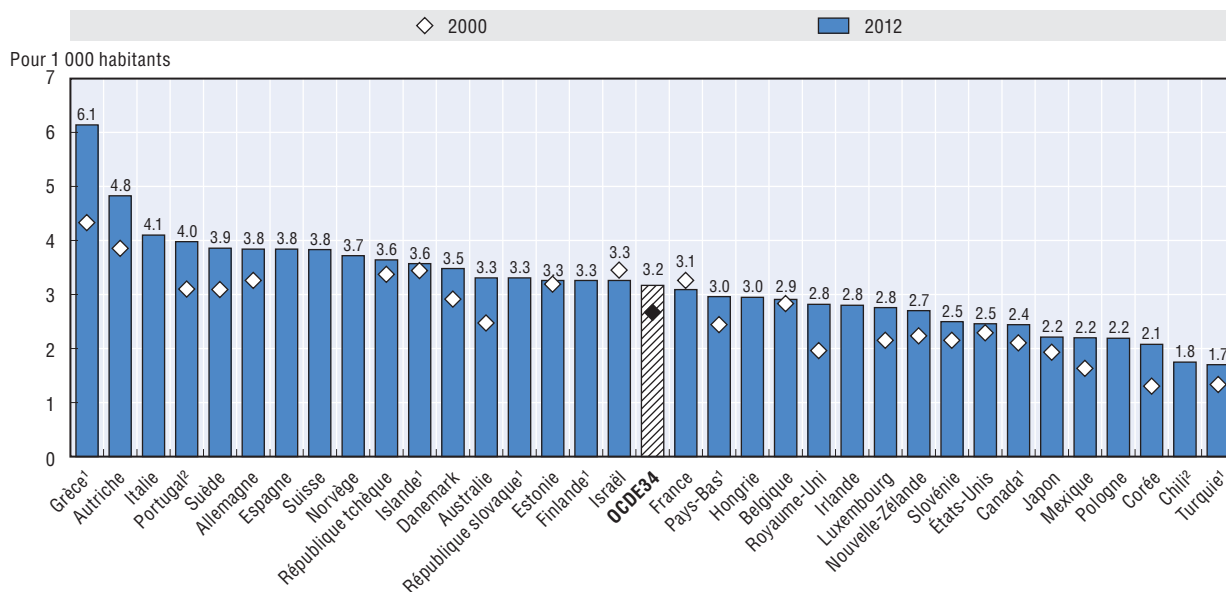
professionnelles développés à partir des années 70 et consolidés en 2005. Dans certains pays de destination, ces dispositions ont permis aux personnels de santé formés à l'étranger déjà présents de se voir reconnus au même titre que les personnels formés localement.

Tendances des migrations internationales des personnels de santé dans les pays de l'OCDE : la perspective des pays de destination

Évolution générale des ressources humaines en santé dans les pays de l'OCDE

Dans la plupart des pays de l'OCDE, les dix dernières années ont été marquées par une augmentation du nombre et de la densité de médecins et d'infirmiers (graphiques 3.1 et 3.2). Cette croissance a été particulièrement marquée dans des pays tels que la Corée, la Turquie, le Mexique, l'Australie, la Grèce ou le Royaume-Uni pour les médecins, et au Portugal, en Espagne, en Corée et en Turquie pour le personnel infirmier (OCDE, 2013a). Israël est le seul pays à enregistrer une diminution de la densité de médecins et d'infirmiers entre 2000 et 2012, liée à une augmentation plus forte de la population que du personnel soignant. De manière générale, cette croissance s'est poursuivie après 2007/08, éventuellement à un rythme plus lent, malgré la détérioration de la conjoncture économique. Quelques pays européens particulièrement affectés par la crise économique ont toutefois été contraints de réduire la taille de leurs effectifs de santé ; c'est par exemple le cas de l'Estonie pour les infirmiers.

Graphique 3.1. **Médecins en exercice, densité pour 1 000 habitants, pays de l'OCDE, 2000 et 2012 (ou année la plus proche)**

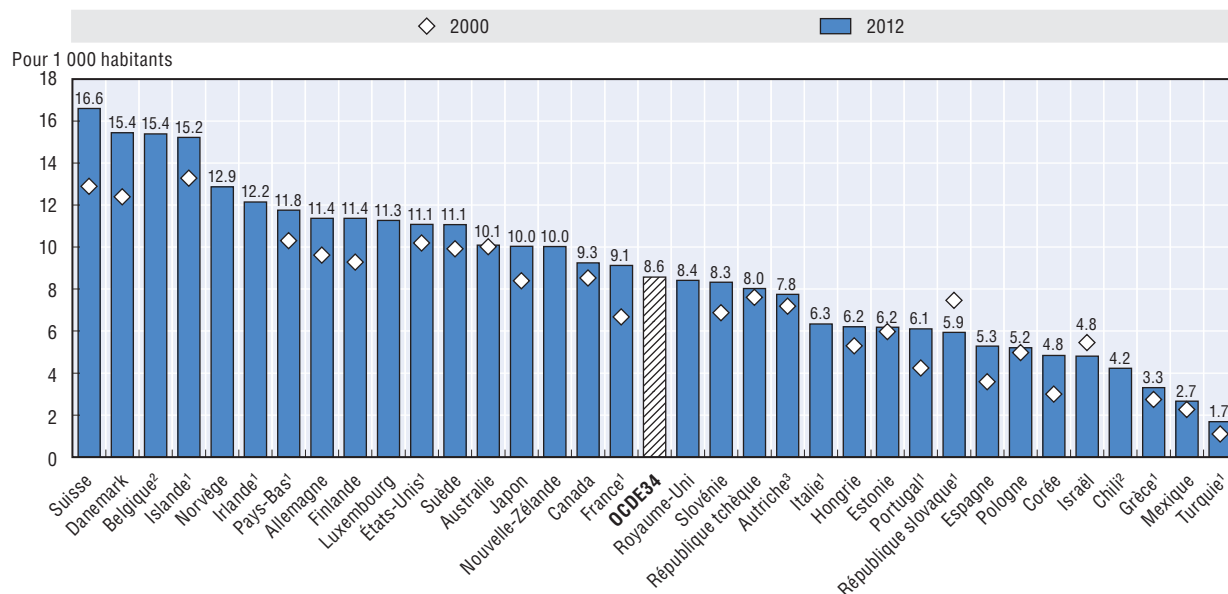


1. Les données comprennent non seulement les médecins dispensant des soins aux patients, mais aussi ceux exerçant dans le secteur de la santé en tant qu'administrateur, professeur, chercheur, etc. (soit 5 à 10 % de médecins supplémentaires).

2. Les données correspondent aux médecins habilités à exercer (d'où une large surestimation du nombre de médecins en activité au Portugal).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr>.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933264457>

Les principaux facteurs ayant une influence sur la taille des effectifs en santé sont, pour ce qui concerne les flux entrants, les efforts consentis en matière de formation (Encadré 3.1), l'immigration de personnes formées à l'étranger et les réintégrations d'inactifs sur le marché du travail. Pour ce qui est des flux sortants, les principaux facteurs

Graphique 3.2. **Personnel infirmier en exercice pour 1 000 habitants, 2000 et 2012 (ou année la plus proche)**

1. Les données incluent non seulement les infirmiers dispensant des soins aux patients, mais aussi ceux exerçant dans le secteur de la santé en tant qu'administrateur, professeur, chercheur, etc.
2. Les données correspondent au personnel infirmier habilité à exercer.
3. L'Autriche inclut uniquement le personnel infirmier employé dans les hôpitaux.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr>.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933264460>

Encadré 3.1. **Mesurer les migrations internationales des personnels de santé, présentation des sources mobilisées**

La description des migrations internationales des personnels de santé se base sur l'utilisation de deux principaux indicateurs : les médecins et infirmiers nés à l'étranger et les médecins et infirmiers formés à l'étranger. Afin d'identifier le pays de naissance des personnels de santé, deux sources ont été mobilisées : la base de données sur les immigrés dans les pays de l'OCDE (DIOC) 2010/11, qui tire ses chiffres de la dernière vague de recensements de la population, et l'enquête sur les forces de travail (EFT) d'Eurostat.

Les professionnels de santé sont identifiés sur la base de la Classification internationale des types de professions (CITP) révisée en 2008. Les données collectées couvrent d'une part, les médecins (221) et, d'autre part, les cadres infirmiers et sages-femmes (222) ainsi que les personnels infirmiers et sages-femmes de niveau intermédiaire (322). Bien qu'il soit possible de faire correspondre la classification CITP-08 avec celle utilisée précédemment (CITP-88), des écarts importants ont été observés entre ces deux nomenclatures*. Les données disponibles concernant les personnes nées à l'étranger couvrent 29 pays pour les médecins et 28 pays pour le personnel infirmier.

Pour ce qui concerne les personnels de santé formés à l'étranger, une collecte de données a été réalisée auprès des ministères de la santé et des organismes en charge des registres professionnels dans les pays de l'OCDE. Pour certains pays, les données étaient issues d'enquêtes statistiques (tableau 3.5). Les données disponibles concernant les personnes formées à l'étranger couvrent 26 pays pour les médecins et 25 pays pour le personnel infirmier.

La principale limite à la comparaison des données concerne les différences de statut d'activité des personnels de santé comptabilisés. Certains registres sont régulièrement mis à jour, ce qui permet d'identifier précisément les personnels en exercice et/ou professionnellement actifs, alors que dans d'autres

Encadré 3.1. **Mesurer les migrations internationales des personnels de santé, présentation des sources mobilisées (suite)**

pays on identifie l'ensemble des personnels autorisés à exercer, qu'ils soient ou non actifs et qu'il soient, ou non, résidents (tableau 3.5).

La base de données des professions réglementées de la Commission européenne a également été utilisée. Celle-ci recense les demandes de reconnaissance de qualifications par pays de formation et de destination. Ces demandes fournissent une information sur les intentions d'émigrer mais ne reflètent pas nécessairement des mouvements migratoires. De plus, elles peuvent comptabiliser plusieurs demandes pour une même personne si celle-ci renouvelle sa demande ou la dépose dans plusieurs pays.

Finalement, la base de données de l'Observatoire mondial de la Santé de l'OMS a été utilisée afin de connaître le nombre de personnels de santé résidant dans les pays d'origine et de calculer les taux d'expatriation. Ces données sont toutefois imparfaites et ne sont pas à jour pour tous les pays. Dans certains pays, la base de données de l'OMS ne couvre que les ressources humaines exerçant dans le secteur public (c.à.d. exclut les personnes exerçant dans le privé, dans les forces militaires et dans les organisations internationales).

* Par ailleurs, certains pays de l'OCDE n'ont pas adopté la classification internationale des professions (p. ex. Australie, Canada et États-Unis) et la définition des catégories est donc légèrement différente.

sont les départs à la retraite et les cessations d'activité ainsi que l'émigration. Il s'agit alors de voir quel rôle les professionnels de santé étrangers ont joué dans l'évolution des ressources humaines en santé dans les pays de l'OCDE.

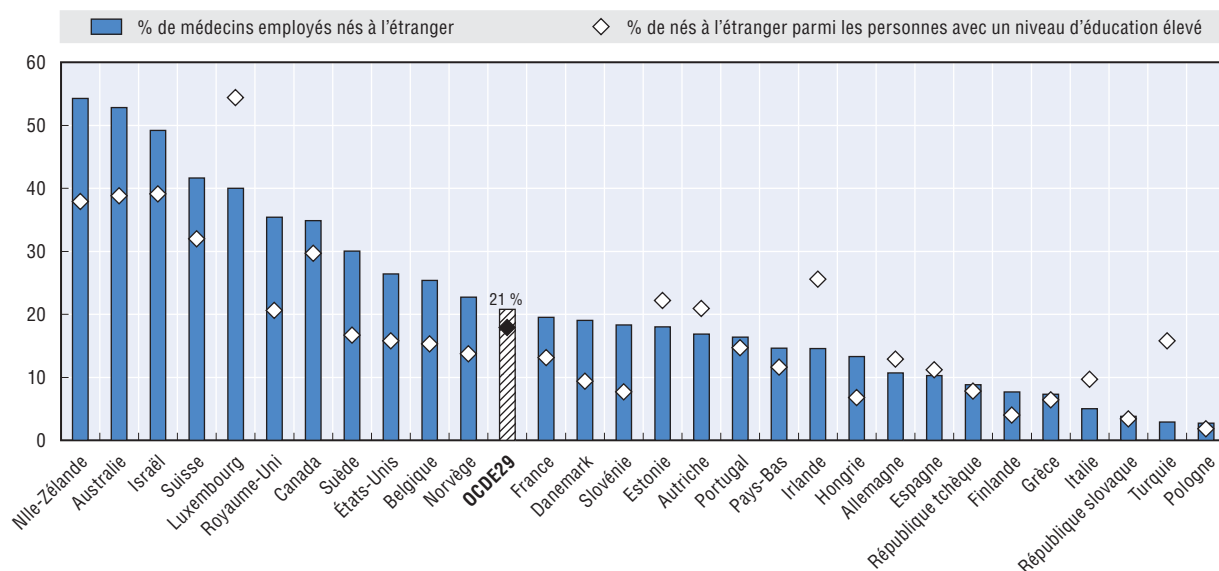
Personnels de santé nés à l'étranger

État des lieux en 2010/11

D'importantes variations de la part des personnels de santé nés à l'étranger peuvent être observées entre les pays de l'OCDE. Pour les médecins, les valeurs s'échelonnent de moins de 3 % pour la Pologne et la Turquie à plus de 50 % pour l'Australie et la Nouvelle-Zélande (graphique 3.3). Pour les infirmiers, la part de personnes nées à l'étranger est insignifiante en Pologne et en République slovaque, alors qu'elle s'élève à plus de 30 % en Suisse, en Nouvelle-Zélande, en Australie ou au Luxembourg (graphique 3.4). Dans presque tous les pays, à l'exception de la Turquie, de l'Italie et de l'Estonie, la proportion d'immigrés est plus importante pour les médecins que pour les infirmiers. L'écart est particulièrement marqué en Australie et en Nouvelle-Zélande.

Dans une certaine mesure, l'importance relative des migrants dans le personnel médical reflète celle de l'immigration, notamment qualifiée, dans la force de travail. Le pourcentage de médecins nés à l'étranger a toutefois tendance à être supérieur au pourcentage d'immigrés parmi l'ensemble des personnes diplômées du supérieur, alors que la part de personnel infirmier immigré se situe à un niveau comparable ou inférieur. Sans surprise, la proportion de médecins ou d'infirmiers nés à l'étranger est la plus importante dans les grands pays d'installation (par ex. Australie, Canada, Israël et Nouvelle-Zélande) et dans les pays qui, en Europe, reçoivent des flux migratoires importants (par ex. Luxembourg et Suisse). D'autres pays tels que le Royaume-Uni et la Belgique se distinguent toutefois dans ce classement, ainsi que certains pays nordiques pour les médecins, et l'Irlande pour le personnel infirmier. Les pays d'Europe du Sud, d'Europe centrale et orientale ainsi que la Turquie sont ceux présentant la part de personnels de santé nés à l'étranger la plus faible.

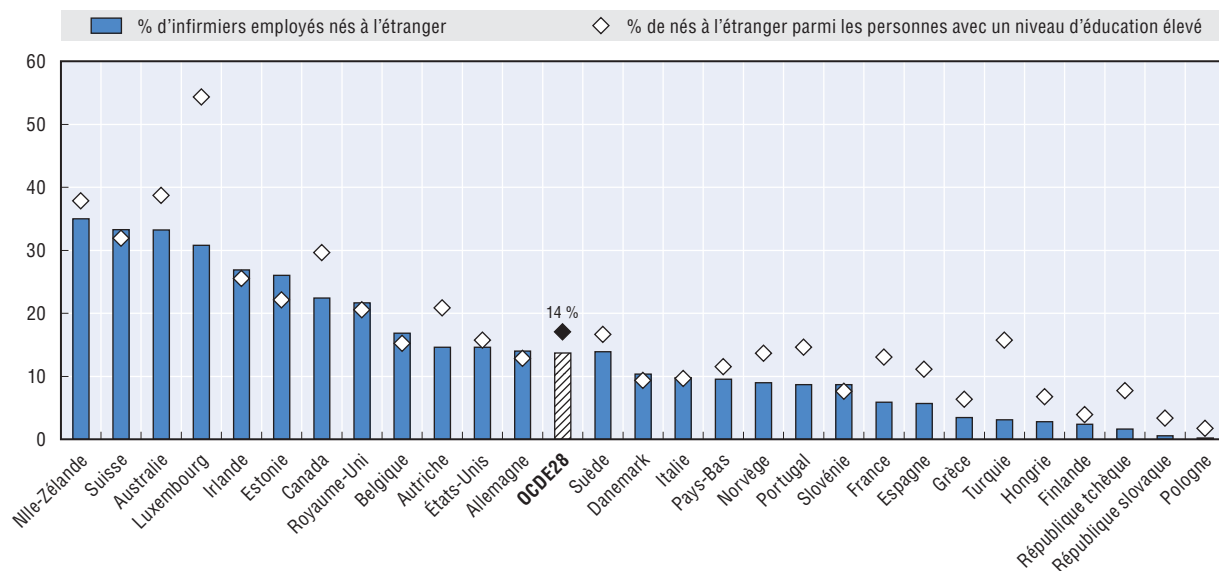
Graphique 3.3. **Pourcentage de médecins nés à l'étranger dans 29 pays de l'OCDE, 2010/11**



Note : La moyenne OCDE est la moyenne non pondérée pour les 29 pays OCDE présentés dans le graphique. Elle diffère légèrement de la moyenne OCDE (OCDE Total) présentée au tableau 3.1 car cette moyenne est une moyenne pondérée basée sur 23 pays OCDE pour lesquels des données sont disponibles en 2000/01 et en 2010/11.
 Source : DIOC 2010/11, EFT 2009-12.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933264472>

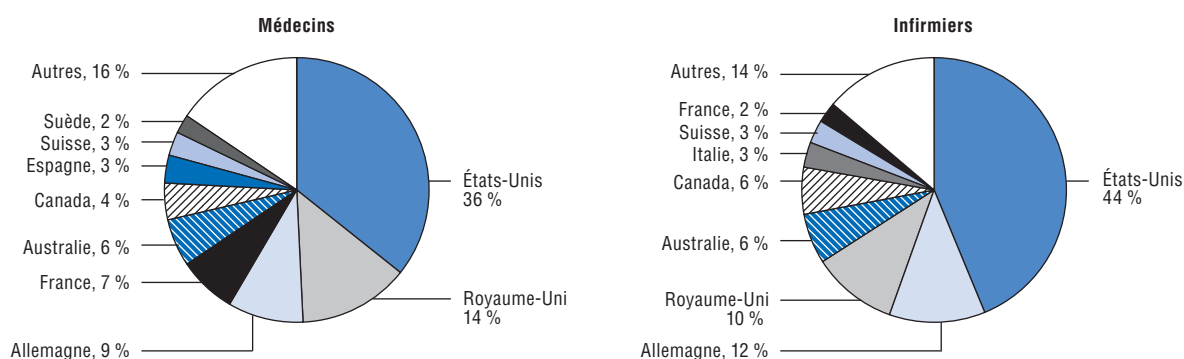
Graphique 3.4. **Pourcentage d'infirmiers nés à l'étranger dans 28 pays de l'OCDE, 2010/11**



Note : La moyenne OCDE est la moyenne non pondérée pour les 28 pays OCDE présentés dans le graphique. Elle diffère légèrement de la moyenne OCDE (OCDE Total) présentée au tableau 3.2 car cette moyenne est une moyenne pondérée basée sur 22 pays OCDE pour lesquels des données sont disponibles en 2000/01 et en 2010/11.
 Source : DIOC 2010/11, EFT 2009-12.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933264489>

En valeur absolue, les États-Unis restent le principal pays de destination pour les médecins et les infirmiers migrants. Environ 36% des médecins et 44 % des infirmiers nés à l'étranger sont installés aux États-Unis (graphique 3.5). Le Royaume-Uni est le second pays de destination pour les médecins, accueillant 14 % de l'ensemble des médecins nés à

Graphique 3.5. **Pays de destination des personnels de santé nés à l'étranger, 2010/11**

Source : DIOC 2010/11, EFT 2009-12.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933264498>

l'étranger exerçant dans les pays de l'OCDE, suivi par l'Allemagne (9 %). Ce classement est inversé pour les infirmiers, l'Allemagne arrivant en seconde position (12 %), suivie par le Royaume-Uni (10 %).

Tendances depuis 2000/01

Si l'on considère les pays de l'OCDE pour lesquels des données sont disponibles et comparables entre 2000/01 et 2010/11, on constate que le pourcentage d'infirmiers nés à l'étranger a augmenté en moyenne de 3.5 points de pourcentage alors que pour les médecins l'augmentation est de 2.7 points de pourcentage (tableaux 3.1 et 3.2).

Tableau 3.1. **Médecins en activité par lieu de naissance dans 30 pays de l'OCDE, 2000/01 et 2010/11**

Pays de résidence		2000/01			2010/11		
		Total	Nés à l'étranger	% nés à l'étranger	Total	Nés à l'étranger	% nés à l'étranger
Allemagne	(1998-02)	282 124	28 494	11.1	366 700	57 210	15.7 (2011/12)
Australie	(2001)	48 211	20 452	42.9	68 795	36 076	52.8 (2011)
Autriche	(2001)	30 068	4 400	14.6	40 559	6 844	16.9 (2011/12)
Belgique ¹	(1998-02)	39 133	4 629	11.8	40 148	10 202	25.4 (2011/12)
Canada	(2001)	65 110	22 860	35.1	79 585	27 780	34.9 (2011)
Danemark ²	(2002)	14 977	1 629	10.9	15 403	2 935	19.1 (2011)
Espagne	(2001)	126 248	9 433	7.5	210 500	21 005	10.3 (2011)
Estonie*		...	...	...	4 145	747	18.0 (2011)
États-Unis	(2000)	807 844	196 815	24.4	838 933	221 393	26.4 (2007/11)
Finlande	(2000)	14 560	575	4.0	18 937	1 454	7.7 (2011)
France	(1999)	200 358	33 879	16.9	224 998	43 955	19.5 (2011)
Grèce ³	(2001)	13 744	1 181	8.6	49 577	3 624	7.3 (2011/12)
Hongrie	(2001)	24 671	2 724	11.0	28 522	3 790	13.3 (2011)
Irlande	(2002)	8 208	2 895	35.3	12 832	5 973	46.6 (2011/12)
Israël*		...	...	...	23 398	11 519	49.2 (2011)
Italie*		...	...	...	234 323	11 822	5.0 (2011/12)
Luxembourg	(2001)	882	266	30.2	1 347	536	40.0 (2011)
Mexique*	(2000)	20 5571	3 005	1.5	...	...	...
Norvège	(1998-02)	12 761	2 117	16.6	19 624	4 460	22.7 (2011)
Nouvelle-Zélande	(2001)	9 009	4 215	46.9	12 708	6 897	54.3 (2011)
Pays-Bas	(1998-02)	42 313	7 032	16.7	57 976	8 429	14.6 (2011)
Pologne	(2002)	99 687	3 144	3.2	109 652	2 935	2.7 (2011)

Tableau 3.1. **Médecins en activité par lieu de naissance dans 30 pays de l'OCDE, 2000/01 et 2010/11 (suite)**

Pays de résidence	2000/01			2010/11			
	Total	Nés à l'étranger	% nés à l'étranger	Total	Nés à l'étranger	% nés à l'étranger	
Portugal (2001)	23 131	4 552	19.7	36 831	6 040	16.4	(2011)
République slovaque*	...	...	...	21 552	823	3.8	(2011)
République tchèque*	...	...	...	39 562	3 468	8.8	(2011)
Royaume-Uni (2001)	147 677	49 780	33.7	236 862	83 951	35.4	(2011/12)
Slovénie*	...	...	...	5 556	1 006	18.1	(2011)
Suède ⁴ (2003)	26 983	6 148	22.9	47 778	14 173	29.8	(2011/12)
Suisse ⁵ (2000)	23 039	6 431	28.1	43 416	18 082	41.6	(2011/12)
Turquie (2000)	82 221	5 090	6.2	104 950	3 003	2.9	(2011/12)
Total OCDE (23 pays)	2 142 959	418 741	19.5	2 666 632	590 748	22.2	

Notes : Pays pour lesquelles les données de 2000 sont extraites du recensement : AUS, AUT, CAN, CHE, ESP, FIN, FRA, GBR, HUN, IRL, LUX, MEX, NZL, POL, TUR, USA ; pays pour lesquels les données de 2000 sont extraites de EFT : BEL, DEU, NLD, NOR ; pays pour lesquels les données de 2010 sont extraites du recensement : AUS, CAN, CZE, DNK, ESP, EST, FIN, FRA, HUN, ISR, LUX, NLD, NOR, NZL, POL, PRT, SVK, SVN, USA ; pays pour lesquels les données de 2010 sont extraites de EFT : AUT, BEL, CHE, CZE, DEU, GBR, GRC, HUN, IRL, ITA, SWE, TUR. Le pourcentage de nés à l'étranger est calculé en excluant la population dont le lieu de naissance est inconnu. Les pays marqués d'un astérisque (*) ne sont pas comptabilisés dans le total (OCDE 23) en raison de données manquantes pour une des deux années.

1. D'autres sources indiquent une augmentation légèrement plus marquée du nombre de médecins en Belgique au cours de cette période.
2. Il est possible qu'une partie des médecins en formation ne soit pas comptabilisée en 2011.
3. La couverture des médecins en 2001 est partielle.
4. D'autres sources indiquent une augmentation légèrement moins marquée du nombre de médecins en Suède au cours de cette période.
5. Il est possible qu'une partie des médecins en formation ne soient pas comptabilisés en 2000.

Source : OCDE (2007) pour les chiffres de 2000/01 ; DIOC 2010/11 et EFT 2009-12 pour les chiffres de 2010/11.


StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933264345>

Tableau 3.2. **Personnel infirmier en activité par lieu de naissance dans 30 pays de l'OCDE, 2000/01 et 2010/11**

Pays de résidence	2000/01			2010/11			
	Total	Nés à l'étranger	% nés à l'étranger	Total	Nés à l'étranger	% nés à l'étranger	
Allemagne (1998/02)	781 300	74 990	10.4	1 074 523	150 060	14.0	(2009/12)
Australie (2001)	191 105	46 750	24.8	238 935	78 508	33.2	(2011)
Autriche (2001)	56 797	8 217	14.5	70 147	10 265	14.6	(2009/10)
Belgique (1998/02)	127 384	8 409	6.6	140 054	23 575	16.8	(2011/12)
Canada (2001)	284 945	48 880	17.2	326 700	73 425	22.5	(2011)
Danemark ¹ (2002)	57 047	2 320	4.1	61 082	6 301	10.3	(2011/12)
Espagne (2001)	167 498	5 638	3.4	252 804	14 400	5.7	(2011/12)
Estonie*	...	...	...	8 302	2 162	26.0	(2011/12)
États-Unis (2000)	2 818 735	336 183	11.9	3 847 068	561 232	14.6	(2007/11)
Finlande (2000)	56 365	470	0.8	72 836	1 732	2.4	(2011/12)
France (1999)	421 602	23 308	5.5	550 163	32 345	5.9	(2009/10)
Grèce (2001)	39 952	3 883	9.7	55 364	1 919	3.5	(2011/12)
Hongrie (2001)	49 738	1 538	3.1	59 300	1 218	2.1	(2011/12)
Irlande (2002)	43 320	6 204	14.3	58 092	15 606	26.9	(2011/12)
Israël*	...	...	...	31 708	16 043	50.6	(2011)
Italie*	...	...	...	399 777	39 231	9.8	(2011/12)
Luxembourg (2001)	2 551	658	25.8	4 372	1 347	30.8	(2011/12)
Mexique* (2000)	267 537	550	0.2	...	...	...
Norvège (1998/02)	70 698	4 281	6.1	97 725	8 795	9.0	(2009/10)
Nouvelle-Zélande (2001)	33 261	7 698	23.2	40 002	13 884	35.0	(2011)


Tableau 3.2. **Personnel infirmier en activité par lieu de naissance dans 30 pays de l'OCDE, 2000/01 et 2010/11 (suite)**

Pays de résidence		2000/01			2010/11			
		Total	Nés à l'étranger	% nés à l'étranger	Total	Nés à l'étranger	% nés à l'étranger	
Pays-Bas	(1998/02)	259 569	1 7780	6.9	323 420	30 909	9.6	(2009/10)
Pologne	(2002)	243 225	1 074	0.4	245 667	595	0.2	(2009/10)
Portugal	(2001)	36 595	5 077	13.9	53 491	4 643	8.7	(2011/12)
République slovaque*		...	...	...	52 773	303	0.6	(2011/12)
République tchèque*		...	...	...	89 301	1 462	1.6	(2011/12)
Royaume-Uni	(2001)	538 647	81 623	15.2	618 659	134 075	21.7	(2011/12)
Slovénie*		...	...	...	17 124	1 483	8.7	(2011/12)
Suède	(2003)	98 505	8 710	8.9	113 956	15 834	13.9	(2011/12)
Suisse ²	(2000)	62 194	17 636	28.6	110 069	36 531	33.3	(2011/12)
Turquie*	(2000)	...	...	...	147 611	4 484	3.1	(2009/10)
Total OCDE (22 pays)		6 441 033	711 327	11.0	8 414 429	1 217 200	14.5	

Notes : Pays pour lesquelles les données de 2000 sont extraites du recensement : AUS, AUT, CAN, CHE, ESP, FIN, FRA, GBR, HUN, IRL, LUX, MEX, NZL, POL, PRT, TUR, USA ; pays pour lesquels les données de 2000 sont extraites de EFT : BEL, DEU, NLD, NOR ; pays pour lesquels les données de 2000 sont extraites de registre : DNK ; pays pour lesquels les données de 2010 sont extraites du recensement : AUS, CAN, ISR, NZL, USA ; pays pour lesquels les données de 2010 sont extraites de EFT : AUT, BEL, CHE, CZE, DEU, DNK, ESP, EST, FIN, FRA, GBR, GRC, HUN, IRL, ITA, LUX, NLD, NOR, POL, PRT, SVK, SVN, SWE, TUR. Le pourcentage de nés à l'étranger est calculé en excluant la population dont le lieu de naissance est inconnu. Les pays marqués d'un astérisque (*) ne sont pas comptabilisés dans le total (OCDE 22) en raison de données manquantes pour l'une des deux années.

1. D'autres sources indiquent que le nombre d'infirmiers au Danemark serait plus élevé d'environ 25 % en 2002 et en 2012. Il est possible que le personnel infirmier auxiliaire qualifié ne soit pas comptabilisé.
2. D'autres sources indiquent que le nombre d'infirmiers en Suisse serait plus élevé d'environ 50 % en 2000 et d'environ 20 % en 2010.

Source : OCDE (2007) pour les chiffres de 2000/01 ; DIOC 2010/11 et EFT 2009-12 pour les chiffres de 2010/11.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933264357>

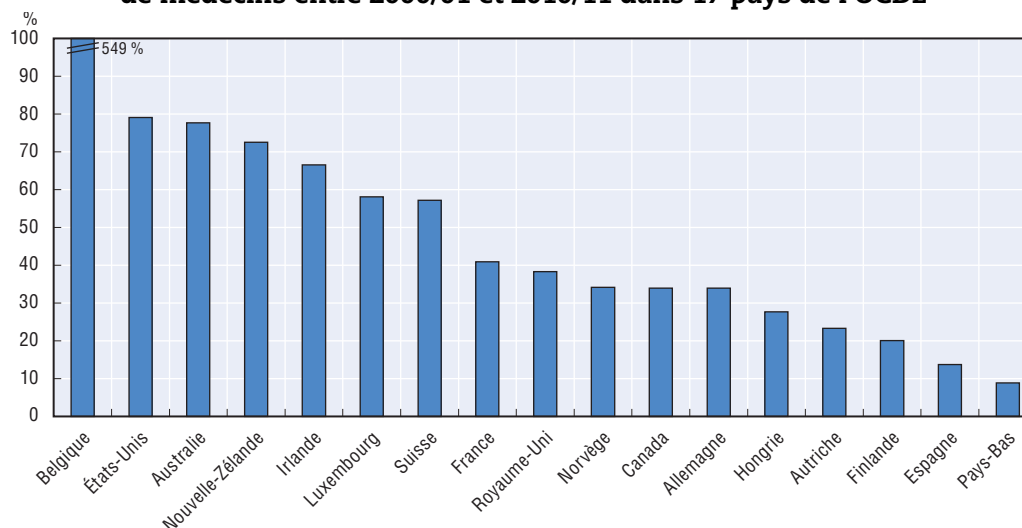
En ce qui concerne les médecins, l'augmentation a été la plus forte en Belgique, en Irlande, en Australie et en Nouvelle-Zélande². À l'exception de la Belgique, ce constat s'explique principalement par l'accroissement du nombre d'étudiants étrangers. La part de médecins nés à l'étranger est en revanche restée stable aux États-Unis, au Canada et au Royaume-Uni.

En ce qui concerne les infirmiers, c'est en Irlande, en Nouvelle-Zélande, en Belgique et en Australie que l'augmentation est la plus marquée mais l'orientation haussière est visible dans la plupart des pays, à l'exception de la Hongrie et, dans une moindre mesure, de l'Autriche et de la France.

Le Portugal et la Grèce, durement frappés par la crise économique, sont les seuls pays où l'on observe une baisse significative du pourcentage de médecins immigrés (respectivement, -3.3 et -1.3 points de pourcentage) et d'infirmiers immigrés (respectivement, -5.2 et -6.3 points de pourcentage).

Dans quelle mesure la croissance des effectifs nationaux en personnels de santé a-t-elle été déterminée par des médecins et infirmiers nés à l'étranger ? Pour sept pays, plus de la moitié de l'augmentation du nombre total de médecins peut être attribuée à l'immigration (graphique 3.6). Dans la plupart de ces pays, exception faite des États-Unis et de la Belgique, ce constat s'inscrit dans un contexte de fort accroissement de l'emploi dans le secteur de la santé. Pour ce qui est du personnel infirmier, l'immigration explique plus de la moitié de l'accroissement de la force de travail dans sept pays dont les principaux pays d'installation, le Royaume-Uni et l'Irlande (graphique 3.7). La contribution de l'immigration à la force de travail des infirmiers est toutefois beaucoup plus faible aux États-Unis.

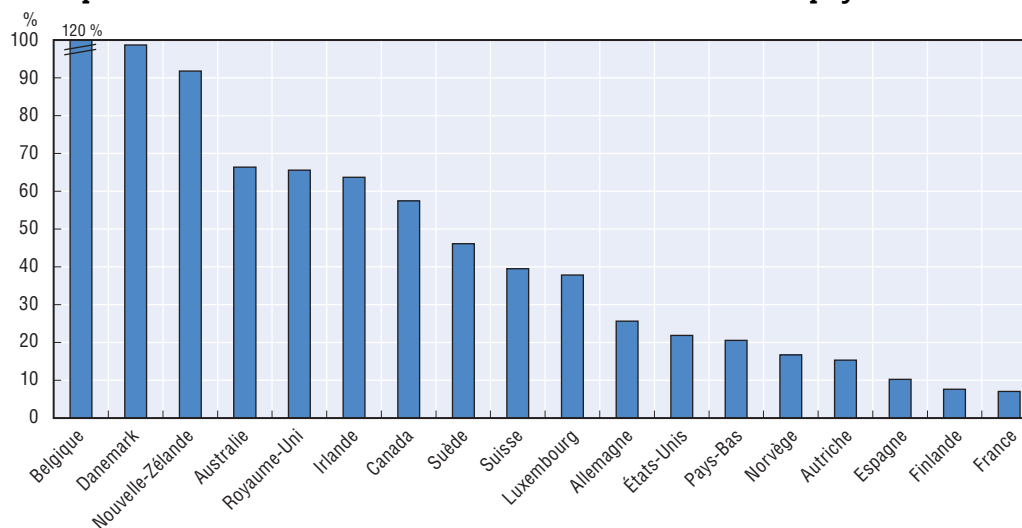
Graphique 3.6. Contribution des immigrés à la croissance des effectifs de médecins entre 2000/01 et 2010/11 dans 17 pays de l'OCDE



Source : OCDE (2007) pour 2000/01 ; DIOC 2010/11, EFT 2009-12 pour 2010/11.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933264505>

Graphique 3.7. Contribution des immigrés à la croissance des effectifs en personnels infirmiers entre 2000/01 et 2010/11 dans 18 pays de l'OCDE



Source : OCDE (2007) pour 2000/01 ; DIOC 2010/11, EFT 2009-12 pour 2010/11.

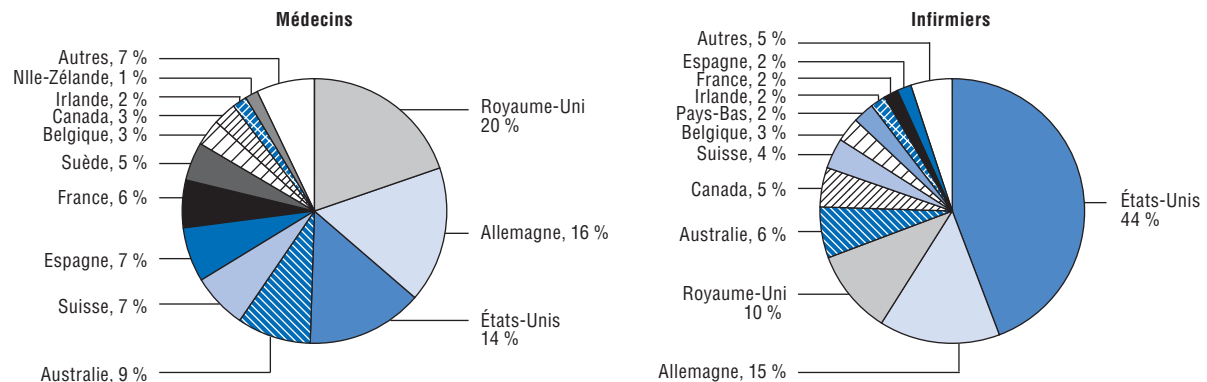
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933264515>

Les variations d'effectifs d'immigrés observées entre 2000/01 et 2010/11 (graphique 3.8) reflètent l'effet combiné des migrations nettes d'immigrés (entrées moins sorties du territoire des personnes nées à l'étranger) et des entrées nettes dans l'emploi des immigrés déjà présents dans le pays considéré. Le premier élément est toutefois prépondérant dans la plupart des pays, exception faite de la Belgique par exemple.

C'est au Royaume-Uni (+34 000) et en Allemagne (+29 000) que la variation du nombre de médecins nés à l'étranger est la plus importante. Les États-Unis n'arrivent qu'en troisième position dans ce classement (+24 500) suivis par l'Australie (+16 000), la Suisse et l'Espagne (+11 500 chacun). À titre de comparaison, l'augmentation n'a été que de 5 000 au Canada.


Graphique 3.8. Répartition des nouveaux médecins et infirmiers nés à l'étranger par pays de résidence dans la zone OCDE

Pourcentage par pays de destination dans l'accroissement de l'effectif total entre 2000/01 et 2010/11



Note : Calculé pour les pays de destination retenus dans les tableaux 3.1 et 3.2 pour la comparaison dans le temps, à l'exception des pays affichant une diminution du nombre de personnels de santé nés à l'étranger.

Source : OCDE (2007) pour 2000/01 ; DIOC 2010/11 et EFT 2009-12 pour 2010/11.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933264528>

Pour ce qui concerne le personnel infirmier, c'est aux États-Unis que la variation des effectifs d'immigrés est, en valeur absolue, la plus importante (+225 000). Viennent ensuite l'Allemagne (+75 000) et le Royaume-Uni (+52 500).

Le nombre et la part de migrants ont augmenté au sein des effectifs de santé dans la plupart des pays de l'OCDE. D'un côté, cette tendance reflète l'augmentation générale de l'immigration, notamment qualifiée, dans les pays de l'OCDE. D'un autre côté, les migrants ont effectivement joué un rôle important dans l'accroissement des ressources humaines en santé observé entre 2000/01 et 2010/11. Près de la moitié des infirmiers nés à l'étranger travaillant dans les pays de l'OCDE sont installés aux États-Unis. Ce pays a également le plus grand nombre de médecins immigrés mais les flux nets ont en fait été plus importants vers le Royaume-Uni et l'Allemagne.

Personnels de santé formés à l'étranger

Les données sur les personnels de santé formés à l'étranger permettent d'apporter un éclairage complémentaire sur les tendances récentes et la dépendance des pays de destination au recrutement de travailleurs étrangers dans le secteur de la santé. Dans la plupart des pays de l'OCDE, la part de personnels de santé formés à l'étranger est inférieure à celle des personnels nés à l'étranger, illustrant par là même le fait qu'une partie de la formation des migrants est délivrée dans le pays de destination.

État des lieux en 2012/14

Les pays pour lesquels la part de médecins formés à l'étranger est la plus élevée sont après Israël (58 %), la Nouvelle-Zélande (plus de 40 %), l'Irlande et l'Australie (plus de 30 %) (tableaux 3.3 et 3.4). La forte part de médecins formés à l'étranger en Israël reflète l'importance de l'immigration dans ce pays (près d'un médecin sur deux est né à l'étranger) mais également le fait qu'un nombre croissant de nouvelles licences pour exercer sont délivrées à des personnes nées en Israël et formées à l'étranger (un tiers en 2011 selon Haklai et al., 2013)³. Dans certains pays ces données sous-estiment toutefois l'importance de l'immigration. C'est notamment le cas en Suisse, où l'on estime qu'environ


Tableau 3.3. **Médecins formés à l'étranger enregistrés dans 26 pays de l'OCDE, 2000, 2006 et 2012-14**

Pays de résidence	2000			2006			2012-14					
	Total	Formés à l'étranger	% du total	Total	Formés à l'étranger	% du total	Total	Formés à l'étranger	% du total			
Allemagne ¹	2000	267 965	9 971	3.7	2006	284 427	14 703	5.2	2013	326 945	28 901	8.8
Australie		...	...	...	2005	...	...	25.0	2013	82 498	25 153	30.5
Autriche	2000	25 611 ^e	461	1.8	2006	30 236	888	2.9	2014	35 844	1 640	4.6
Belgique	2000	44 380	1 934	4.4	2006	49 695	2 636	5.3	2014	59 070	6 732	11.4
Canada	2000	64 462	13 701	21.3	2006	70 870	15 237	21.5	2013	90 205	21 225	23.5
Chili		...	...	...		...	...	...	2014	36 013	5 489	15.2
Danemark	2000	15 551	681	4.4	2006	18 403	1 145	6.2	2012	20 250	1 127	5.6
Espagne		...	...	...		...	...	...	2011	207 042	19 462	9.4
Estonie	2002	2 259	0	0.0	2006	5 336	30	0.6	2014	6 294	166	2.6
États-Unis ²	2000	...	...	25.5	2006	664 814	166 810	25.1	2013	859 470	214 438	25.0
Finlande		...	...	...		...	...	...	2012	20 866	4 154	19.9
France	2000	199 445	7 795	3.9	2006	212 711	12 261	5.8	2013	219 833	20 275	9.2
Hongrie		...	...	...	2006	37 908	2 917	7.7	2013	32 668	2 470	7.6
Irlande	2000	12 243 ^e	1 359	11.1	2006	15 512 ^e	4 663	30.1	2014	19 066	6 877	36.1
Israël	2000	21 869	14 080	64.4	2006	23 890	14 746	61.7	2014	25 570	14 839	58.0
Norvège		...	...	...	2008	18 557	5 996	32.3	2014	22 659	8 447	37.3
Nouvelle-Zélande	2000	9 890	3 756	38.0	2006	11 889	4 833	40.7	2014	14 786	6 298	42.6
Pays-Bas	2001	39 772	706	1.8	2006	45 051	941	2.1	2011	51 939	1 352	2.6
Pologne		...	...	...	2008	119 604	2 529	2.1	2012	125 073	2 203	1.8
République slovaque	2000	18 571 ^e	130	0.7	2004	17 375 ^e	139	0.8	2011	16 899	506	3.0
République tchèque	2000	43 765	579	1.3	2006	44 064	1 744	4.0	2014	41 671	1 135	2.7
Royaume-Uni ³		...	...	...	2008	146 834	43 885	29.9	2014	172 561	48 766	28.3
Slovénie		...	...	...		...	...	...	2012	5 228	732	14.0
Suède	2000	27 502	3 827	13.9	2006	32 802	6 321	19.3	2012	38 144	9 283	24.3
Suisse	2000	25 272 ^e	2 982	11.8	2008	29 653	6 479	21.8	2012	31 858	8 617	27.0
Turquie	2000	85 242	55	0.1	2006	104 475	240	0.2	2013	133 775	261	0.2
Total OCDE (26 pays)										2 696 227	460 548	17.1

Note : Le pourcentage de médecins formés à l'étranger est calculé en déduisant la population dont le lieu de formation est inconnu.
e : estimation.

1. Recense les personnes de nationalité étrangère (qui ne sont pas nécessairement formées à l'étranger).
2. Source différente en 2005 : Productivity Commission, *Australia's Health Workforce 2005*.
3. Le pourcentage en 2000 est calculé pour l'ensemble des médecins autorisés, alors que les données de 2006 et de 2012 se réfèrent aux médecins en activité.
4. Changement de couverture de la source en 2012, ne comprend plus que les personnes en dessous de l'âge de la retraite.
5. Les données pour 2000 et 2005 ne couvrent que l'Angleterre et les données pour 2012 couvrent l'Angleterre, l'Écosse et le Pays de Galles (mais pas l'Irlande du Nord).

Source : Voir le tableau 3.5.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933264362>

4 000 médecins travaillant à l'hôpital comme assistants ne sont *a priori* pas comptabilisés⁴. En France, de nombreux médecins ayant acquis leurs diplôme hors de l'Union européenne travaillent en milieu hospitalier sans avoir obtenu leur inscription à l'Ordre des médecins et n'apparaissent donc pas dans les statistiques. Ceux-ci devraient toutefois pouvoir normaliser leur situation d'ici 2016.

Dans la plupart des pays de l'OCDE pour lesquels des données ont été fournies, la part de personnels infirmiers formés à l'étranger tend à être beaucoup plus faible que celle des médecins. Seuls la Suisse, la Nouvelle-Zélande, l'Australie et le Royaume-Uni affichent des valeurs supérieures à 10 %. Pour la Suisse, le chiffre mentionné de près de 19 % ne concerne toutefois que le secteur hospitalier, lequel n'est pas considéré comme représentatif de


Tableau 3.4. **Infirmiers formés à l'étranger enregistrés dans quelques pays de l'OCDE, 2000, 2006 et 2012-14**

Pays de résidence	2000			2006			2012-14					
	Total	Formés à l'étranger	% du total	Total	Formés à l'étranger	% du total	Total	Formés à l'étranger	% du total			
Allemagne ¹	...	...	...	...	...	...	2010	1 211 000	70 000	5.8		
Australie	...	...	...	2007	263 332	38 108	14.5	2013	296 029	47 507	16.0	
Belgique	2000	130 560	679	0.5	2006	150 817	1 290	0.9	2014	186 278	5 411	2.9
Canada	2000	232 566	14 187	6.1	2006	326 170	21 445	6.6	2013	375 768	28 330	7.5
Chili	...	...	...	...	...	...	2014	34 674	702	2.0		
Danemark ²	2000	49 694	889	1.8	2006	51 840	818	1.6	2012	55 037	724	1.3
Espagne	...	...	...	...	...	...	2011	250 277	5 247	2.1		
Estonie	...	...	...	2006	10 264	...	...	2014	12 519	4	0.0	
États-Unis ³	...	...	...	...	...	...	2012	4 104 854 ^e	246 291 ^e	6.0		
Finlande ⁴	2000	...	...	0.2	2005	...	...	0.3	2012	72 471	1 293	1.8
France	2000	404 564	7 016	1.7	2006	493 503	11 712	2.4	2014	622 052	17 692	2.8
Hongrie	...	...	...	...	...	...	2013	53 323	650	1.2		
Irlande	...	...	...	2004	60 819 ^e	8 758	14.4	...	...	...
Israël	2000	39 064	7 277	18.6	2006	43 481	6 077	14.0	2014	45 982	4 528	9.8
Italie	2000	304 159	1 825	0.6	2006	358 746	15 108	4.2	2014	424 813	20 072	4.7
Norvège	...	...	...	2008	70 575	5 022	7.1	2014	83 647	7 640	9.1	
Nouvelle-Zélande	2002	33 027	4 860	14.7	2008	39 247	8 931	22.8	2013	44 714	10 885	24.3
Pays-bas	2001	169 580	1 495	0.9	2006	186 990	2 149	1.1	2011	198 694	1 358	0.7
Pologne	...	...	...	2008	268 015	5	0.0	2012	278 496	7	0.0	
Portugal	2002	41 902	1 954	4.7	2006	51 095	2 285	4.5	2013	65 868	1 947	3.0
Royaume-Uni ⁵	2001	632 050 ^e	50 564	8.0	2006	659 470	88 609	13.4	2014	683 625	86 668	12.7
Slovénie	...	...	...	...	...	...	2012	4 551	19	0.4		
Suède	2000	88 302	2 358	2.7	2006	98 905	2 789	2.8	2012	106 176	2 882	2.7
Suisse	...	...	...	...	...	...	2012	61 609	11 536	18.7		
Turquie	2000	69 550	11	0.0	2006	82 626	79	0.1	2013	139 544	239	0.2
Total OCDE (24 pays)								9 412 001	571 632	6.1		

Note : Les infirmiers dont le pays de formation est inconnu ont été exclus du calcul du pourcentage d'infirmiers formés à l'étranger. e : estimation.

1. Les données ne comprennent que le personnel infirmier qualifié (et excluent le personnel infirmier auxiliaire qualifié).
2. Les données font référence aux infirmiers de soins généraux uniquement.
3. Les données font référence aux nationaux nés à l'étranger qui ne sont pas Allemands de naissance (à l'exception des rapatriés d'ethnicité allemande) et au diplôme le plus élevé acquis en soins infirmiers dans un pays étranger.
4. Source différente en 2001, Aiken et al. (2004).
5. Les données font référence à tous les infirmiers autorisés.

Source : Voir le tableau 3.5.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933264372>

l'ensemble du système de santé. En 2008, on estimait par exemple que 21 % des personnes travaillant dans les soins de longue durée dans les établissements pour personnes âgées avaient été formées à l'étranger et que 13 % des effectifs des services d'aide et de soins à domicile étaient de nationalité étrangère⁵ (Jaccard Ruedin et al., 2010a, 2010b).

Tableau 3.5. **Sources des données sur les médecins et infirmiers formés à l'étranger**

Source		Commentaire
Médecins		
Australie	Australian Institute of Health and Welfare (AIHW)	Médecins en exercice, inclut les internes
Allemagne	German Medical Association	Médecins en exercice, inclut les internes ; les données sont basées sur la nationalité (et non le lieu de formation)
Autriche	Austrian Medical Chamber	Médecins en exercice, inclut les internes

Tableau 3.5. Sources des données sur les médecins et infirmiers formés à l'étranger (suite)

	Source	Commentaire
Belgique	Federal Public Service – Public Health, Database of Health Work professionals (INAMI – RIZIV)	Professionnels de santé ayant une licence pour exercer cette profession
Canada	Institut canadien d'information sur la santé, Base de données médicales Scott's (BDMS)	Médecins professionnellement actifs, inclut les internes, exclut les médecins militaires et ceux n'ayant pas souhaité la publication de leurs informations
Chili	Superintendente de Salud – Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud	Médecins autorisés, inclut les internes
Danemark	Statens Serum Institut, <i>Registre de population</i>	Médecins en exercice, inclut les internes
Espagne	Conseils régionaux des praticiens, Institut national de statistiques	Médecins autorisés ; seuls la nationalité ou le pays de naissance sont connus dans certaines régions
Estonie	Health Board, <i>Registre des professionnels de santé</i>	Médecins autorisés
États-Unis	Association of American Medical Colleges (AAMC) – Base de données GME Track	Les données font référence aux personnes dans leur première année de résidence qui intègrent un programme « Accreditation Council for Graduate Medical Education » (ACGME) d'accréditation des résidents
Finlande	National Supervisory Authority for Welfare and Health (Valvira), <i>Registre central des professionnels de santé</i>	Médecins autorisés, inclut les internes, ne comprend que les médecins de moins de 64 ans et exclut les spécialistes
France	Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS) qui se base sur Adeli jusqu'en 2010, et le <i>Répertoire partagé des professionnels de santé</i> (RPPS) à partir de 2011	Médecins en exercice, n'inclut pas les internes
Hongrie	Office of Health Authorisation and Administrative Procedures, <i>Operational Registry</i>	Médecins professionnellement actifs, n'inclut pas les internes, comprend les médecins ayant un enregistrement valide, ce qui est la condition à un exercice sans supervision des activités de soins
Irlande	Medical Council of Ireland	Les données font référence à tous les médecins autorisés et incluent les médecins en exercice hors d'Irlande
Israël	Health Information Division, Ministry of Health, <i>Physician License Registry</i>	Médecins autorisés, inclut les internes, délai possible dans la mise à jour du registre
Norvège	Statistics Norway, Statistics on Health-care personnel	Médecins professionnellement actifs, inclut les internes et les résidents ; Certains peuvent exercer une autre profession
Nouvelle-Zélande	Medical Council of New Zealand, <i>Medical Register</i>	Médecins en exercice, inclut les internes, ne comprend que les inscriptions permanentes
Pays-Bas	CIBG, <i>Beroepen in de Gezondheidszorg</i> (BIG)	Médecins professionnellement actifs, inclut les internes ; données susceptibles d'être incomplètes pour les travailleurs frontaliers qui travaillent aux Pays-Bas
Pologne	Polish Supreme Chamber of Physicians and Dentists, <i>Central Register of Physicians and Dentists of the Republic of Poland</i>	Médecins en exercice, n'inclut pas les internes ; délai possible dans la mise à jour du registre
République slovaque	<i>Registre administratif national des professionnels de santé</i>	Médecins en exercice, inclut les internes, couvre environ 60 % de l'ensemble des médecins
République tchèque	Czech Medical Chamber	Médecins autorisés, inclut les internes
Royaume-Uni	ISD (Écosse), HSCIC (Angleterre) et GMS Census (Pays-de-Galles)	Médecins en exercice, inclut les internes, ne comprend que les médecins actifs dans le secteur public ; exclut l'Irlande du Nord
Slovénie	National Institute of Public Health Slovenia, <i>National Healthcare Providers Database</i>	Médecins en exercice, inclut les internes
Suède	National Board of Health and Welfare, <i>Registre NPS</i>	Médecins en exercice, n'inclut pas les internes
Suisse	Fédération des médecins suisses (FMH)	Médecins professionnellement actifs, n'inclut pas les internes
Turquie	General Directorate for Health Information Systems	Médecins professionnellement actifs, inclut les internes
Infirmiers		
Australie	Australian Institute of Health and Welfare (AIHW)	Infirmiers professionnellement actifs
Allemagne	Office fédéral des statistiques, en coopération avec les antennes statistiques fédérales des Länder, <i>Statistiques du Federal Recognition Act</i> (2012)	Infirmiers en exercice, inclut les infirmiers en gériatrie et les sages-femmes
Belgique	Federal Public Service – Public Health, <i>Database of Health Work Professionals</i> (INAMI – RIZIV)	Infirmiers autorisés
Canada	Institut canadien d'information sur la santé <i>Base de données sur les infirmières et les infirmiers</i>	Infirmiers professionnellement actifs
Chili	Superintendente de Salud – Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud	Infirmiers autorisés, ne comprend que le personnel infirmier qualifié (exclut les aides-soignants)

Tableau 3.5. Sources des données sur les médecins et infirmiers formés à l'étranger (suite)

	Source	Commentaire
Danemark	Statens Serum Institut, <i>Registre de population</i>	Infirmiers en exercice, ne comprend que le personnel infirmier qualifié (exclut les aides-soignants)
Espagne	Conseil régional des infirmières, Institut national de statistiques	Infirmiers autorisés, seuls la nationalité ou le pays de naissance des infirmiers sont connus dans certaines régions
Estonie	Health Board, <i>Register of Health Professionals</i>	Infirmiers autorisés
États-Unis	2013 <i>National Workforce Survey of Registered Nurses</i> , National Council of State Boards of Nursing	Infirmiers professionnellement actifs, inclut les infirmiers qualifiés (<i>registered nurses</i>) ; ne comprend pas les infirmiers ayant effectué leur formation à Guam, Puerto Rico, dans les îles Vierges des États-Unis ou dans tout autre territoire des États-Unis non spécifié
Finlande	National Supervisory Authority for Welfare and Health (Valvira), <i>Registre central des professionnels de santé</i>	Infirmiers professionnellement actifs, comprend les infirmiers de moins de 64 ans
France	Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS), <i>Répertoire Adeli des professions de santé</i>	Infirmiers professionnellement actifs
Irlande	Irish Nursing Board (<i>An Board Altranais</i>)	Seules les données sur les nouveaux enregistrements d'infirmiers sont disponibles
Hongrie	Office of Health Authorisation and Administrative Procedures, <i>Operational Registry</i>	Infirmiers ayant un enregistrement valide (condition à un exercice sans supervision)
Israël	Health Information Division, Ministry of Health, <i>Nurse License Registry</i>	Inclut uniquement les infirmiers de moins de 65 ans ; inclut les infirmiers vivant à l'étranger ou qui travaillent dans un autre domaine que la santé (concernait environ 5 % des inscriptions au registre en 2008)
Italie	Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi	Infirmiers autorisés, inclut les infirmiers enregistrés en Italie et exerçant à l'étranger
Norvège	Statistics Norway, Statistics on health-care personnel Administrative Registers	Infirmiers professionnellement actifs Certains peuvent exercer une autre profession
Nouvelle-Zélande	Nursing Council of New Zealand, <i>New Zealand Workforce Survey Data</i>	Infirmiers en exercice, comprend les infirmiers qualifiés
Pays-Bas	CIBG, <i>Beroepen in de Gezondheidszorg</i> (BIG)	Infirmiers professionnellement actifs, données susceptibles d'être incomplètes pour les frontaliers qui travaillent aux Pays-Bas
Pologne	Main Chamber of Nurses and Midwives, <i>Central Register of Nurses and Midwives</i>	Infirmiers autorisés
Portugal	Ordem dos Enfermeiros, <i>Gestão de Membros da Ordem dos Enfermeiros</i>	Infirmiers professionnellement actifs
Royaume-Uni	Nursing and Midwifery Council – <i>Base de données Wisser</i>	Infirmiers en exercice
Slovénie	National Institute of Public Health Slovenia, <i>National Healthcare Providers Database</i>	Infirmiers en exercice, inclut uniquement les infirmiers qualifiés (exclut les aides-soignants)
Suède	National Board of Health and Welfare, <i>Registre NPS</i>	Infirmiers en exercice
Suisse	FSO Swiss Federal Statistical Office, <i>Administrative Hospital Statistics</i>	Infirmiers en exercice, ne comprend que les infirmiers travaillant dans le secteur hospitalier (les données ne sont pas représentatives de la population totale)
Turquie	General Directorate for Health Information Systems	Infirmiers professionnellement actifs

Tendances depuis 2000

Parmi les pays enregistrant une forte hausse du nombre et de la part des médecins formés à l'étranger au cours de la dernière décennie, on compte notamment l'Irlande, l'Allemagne, la France et la Suisse, où la proportion de ces médecins a plus que doublé et la Suède où l'augmentation est également très forte. En Suède, c'est l'entrée de ressortissants allemands, polonais et irakiens qui a le plus contribué à cette croissance alors qu'en Suisse, les pays frontaliers apparaissent comme les principales sources de médecins (Allemagne, Autriche, Italie, France). En France, l'évolution est dans une large mesure imputable à la régularisation du statut professionnel de nombreux médecins formés à l'étranger mais également à l'afflux de praticiens formés dans les nouveaux États membres de l'Union européenne, notamment la Roumanie.

Dans les pays anglo-saxons tels que les États-Unis, le Royaume-Uni ou le Canada, la part de médecins formés à l'étranger est restée relativement stable jusqu'en 2012/14, se

situant entre 20 % et 30 %. Cette apparente stabilité repose néanmoins sur des flux constants, et éventuellement croissants de personnels formés à l'étranger.

De fortes augmentations du nombre de médecins formés à l'étranger sont observées par exemple en Finlande et en Norvège mais ces dernières doivent être prises avec beaucoup de précautions puisque les données de ces pays comprennent l'ensemble des personnels de santé autorisés, indépendamment de leur statut d'activité. Les nouvelles inscriptions tendent donc à se cumuler, même s'il est possible que certaines personnes enregistrées aient ensuite interrompu leur activité ou quitté le pays. Les augmentations observées en Estonie, en République slovaque de même qu'en Autriche et en République tchèque portent quant à elles sur des effectifs encore très modestes.

La croissance de la part de personnel infirmier formé à l'étranger a été particulièrement forte en Italie (+18 150, 4.1 points de pourcentage). Cette hausse des effectifs a été principalement alimentée par l'entrée d'infirmiers roumains qui depuis 2003, représentent plus de 40 % des enregistrements annuels d'infirmiers formés à l'étranger en Italie. Ce flux précède donc l'entrée de la Roumanie dans l'UE en 2007, même si un pic dans le nombre d'enregistrements s'observe effectivement pour cette année.

Dans plusieurs pays tels que la France, la Belgique ou la Finlande, même si les pourcentages d'infirmiers formés à l'étranger restent faibles, les effectifs ont augmenté très fortement : ils ont plus que doublé en France et ont été multipliés par huit en Belgique.

Israël est, avec le Danemark, le seul pays où le nombre et la part d'infirmiers formés à l'étranger ont diminué entre 2000 et 2014. Cette baisse, qui s'est produite de façon homogène entre les différents pays de formation, indique une substitution progressive du personnel soignant national au personnel immigré.

Une légère diminution du nombre et de la part de personnel infirmier formé à l'étranger peut également être observée au Royaume-Uni entre 2006 et 2014. Pour l'Irlande, seules les données sur les nouvelles autorisations octroyées au personnel infirmier formé à l'étranger sont disponibles. Alors qu'en 2006, celui-ci représentait près de 80 % des nouveaux enregistrements, cette proportion est passée à 21 % en 2011 avant de remonter à 29 % en 2012.

En dépit d'une comparabilité limitée des sources de données sur les professionnels de santé formés à l'étranger, les données récoltées suggèrent que l'augmentation de l'immigration observée entre 2000 et 2014 s'est déroulée de façon discontinue dans le temps. La hausse du nombre de médecins formés à l'étranger tend à être plus importante entre 2006 et 2012-14, alors que le nombre d'infirmiers formés à l'étranger a principalement augmenté entre 2000 et 2006 (encadré 3.2).

Croisement des informations sur les pays de naissance et de formation

Si une partie des personnes nées à l'étranger ont en fait été formées dans le pays de destination, à l'inverse, toutes les personnes ayant acquis leurs compétences à l'étranger ne sont pas nécessairement nées dans leur pays de formation.

Au niveau individuel, différents types de parcours migratoires peuvent être mis en évidence. Ayant effectué sa formation dans son pays de naissance ou dans un autre pays, une personne peut ensuite migrer et prendre un emploi dans un pays tiers (née et formée à l'étranger). Le motif professionnel peut primer dans la décision de migrer, mais ce n'est pas nécessairement le cas (par exemple lors d'un regroupement familial). Une personne née à l'étranger peut aussi se former dans un autre pays que celui dans lequel elle est née

Encadré 3.2. Les migrants comme prestataires de soins de longue durée

Les évolutions démographiques et la limitation des possibilités de prise en charge familiale ont pour effet d'accroître la demande en travailleurs de soins de longue durée (infirmiers, aides-infirmiers et soignants peu qualifiés). Les soins de longue durée comprennent l'aide aux personnes âgées ou aux personnes handicapées à domicile pour « des activités de la vie quotidienne telles que le bain, s'habiller, le coucher et le lever, qui sont souvent effectuées par des parents, des amis et des soignants peu qualifiés ou infirmiers » (Colombo et al., 2011).

Dans plusieurs pays de l'OCDE, les difficultés de recrutement dans ce secteur ont pour conséquence une augmentation des recrutements de travailleurs étrangers. L'ampleur du phénomène et les conditions de régulation de ces entrées diffèrent toutefois sensiblement d'un pays à l'autre.

Permis de travail pour prestataires de soins de longue durée

Presque tous les pays de l'OCDE considèrent les prestataires de soins de longue durée comme peu qualifiés – et ces derniers sont donc généralement soumis à un test du marché du travail, voire à une limite numérique.

Les pays d'Europe du Sud tels que l'Italie, l'Espagne, le Portugal et la Grèce, sont caractérisés par le passage d'un modèle où les soins aux personnels âgés étaient essentiellement délivrés par les proches à un modèle où cette assistance est déléguée à une personne migrante qui intègre le domicile familial et qui travaille dans bien des cas dans le secteur informel (Bettio et al., 2006). L'Espagne a, par exemple, mis en place des visas de recherche d'emploi, mais ceux-ci demeurent sous-utilisés. En Italie, l'emploi de personnels migrants est favorisé par le fait que l'État verse une indemnité forfaitaire (*indennità di accompagnamento*) d'environ 500 EUR par mois aux personnes considérées comme étant complètement dépendantes. Le décalage entre les possibilités de recrutement légales et la demande a induit une forte prévalence de l'emploi illégal d'étrangers dans ce secteur. Des opérations de régularisation ont donc eu lieu en Italie en 2002, en 2009 et en 2012, qui ont concerné des nombres importants de travailleurs domestiques dans ce secteur. Avec la crise, qui a durement touché les pays d'Europe du Sud, on a toutefois vu apparaître une plus grande disponibilité du personnel national (Pasquinelli et Rusmini, 2013). En outre, avec la détérioration du niveau de vie, la capacité des familles à financer ce type de services a été fortement réduite. Il en résulte une baisse importante des recrutements internationaux dans ce secteur.

En Allemagne, la famille joue un rôle prépondérant dans l'offre de soins (Lutz et al., 2010). Les paiements versés aux familles qui prennent en charge leurs proches facilitent toutefois l'emploi de soignants migrants à domicile. En 2009, Lutz et Palenga-Möllenberg (2010) estimaient leur nombre entre 150 000 et 200 000. Ces emplois sont typiquement occupés par des femmes venant d'Europe centrale et orientale, qui font la navette entre leur pays d'origine et le pays où elles exercent leur activité. Ce processus est facilité depuis 2011 par la levée des dernières restrictions à la libre circulation pour les pays ayant adhéré à l'UE en 2004 et par le développement de nombreuses agences de recrutement.

Au Royaume-Uni, les services de santé sont largement financés par les programmes publics d'aide sociale, mais le secteur privé domine les prestations de soins. Les personnes migrantes sont particulièrement surreprésentées au sein du personnel infirmier travaillant auprès des personnes âgées avec 35 % de ces employés nés à l'étranger en 2009, contre 23 % pour l'ensemble du personnel infirmier (Spencer et al., 2010). En avril 2011, le Royaume-Uni a toutefois retiré les prestataires de soins de longue durée de la liste des métiers en tension du Tier 2 suite aux recommandations du Comité consultatif des migrations.

Ces emplois peuvent également être occupés par des migrants installés de longue date cherchant un moyen rapide de s'insérer sur le marché du travail. Par exemple, en Suisse, la formation d'auxiliaire de santé, centrée sur les soins de base et les activités de la vie quotidienne, accueille un grand nombre de migrants, dont la majorité n'ont pas migré pour des raisons professionnelles (Alber et von Aarburg, 2012).

En Israël, le plus grand contingent de travailleurs étrangers est employé dans le secteur des soins à domicile – en tant que travailleurs temporaires dont la durée de séjour est limitée à cinq ans. Le gouvernement israélien cherche à établir des accords bilatéraux avec les Philippines, le Népal et le Sri Lanka.

Encadré 3.2. **Les migrants comme prestataires de soins de longue durée (suite)**

Alors que les dispositifs de gestion de l'immigration concernent généralement les travailleurs hautement qualifiés, le Canada est l'un des rares pays à avoir prévu des dispositions spécifiques pour le recrutement d'aides à domicile dans le cadre de sa politique migratoire. Le programme concernant les aides familiaux résidents (PAFR) fournissant des soins à domicile et habitant dans la résidence privée où ils travaillent a été mis en place en 1992. Il est prévu que les migrants puissent faire une demande de résidence permanente lorsqu'ils ont totalisé 24 mois de travail rémunéré sur une période de quatre ans. Entre 2003 et 2013, dans le cadre de ce programme, le Canada a octroyé 18 850 permis à des travailleurs temporaires et 4 620 personnes ont pu accéder à une résidence permanente. En Novembre 2014, le programme a été modifié de manière importante : le fait de vivre chez l'habitant n'est plus une condition nécessaire et deux canaux légaux sont dorénavant distingués pour la garde d'enfants et les soins de longue durée. En outre, un accès à la résidence permanente est possible après 6 mois dans la limite annuelle de 2 750 places par an (hors accompagnants) et par catégorie.

Soignants à domicile dans la population active totale selon le pays de résidence et le lieu de naissance dans les pays de l'OCDE en 2012-13

Pays de résidence	Soignants à domicile dans la population active	Soignants à domicile	Nés à l'étranger	Nés à l'étranger parmi les soignants à domicile	Quatre principaux pays de naissance
	(%)	Total		(%)	
Suède	5.01	214 950	47 630	22.2	Iraq, Finlande, Serbie, Iran
Royaume-Uni	2.70	754 100	141 870	18.8	Inde, Nigéria, Philippines, Zimbabwe
République slovaque	1.57	35 860	150	0.4	–
Pays-Bas	1.38	110 340	15 820	14.3	Maroc, Surinam, Allemagne, Indonésie
Italie	1.03	224 770	200 060	89.0	Roumanie, Ukraine, Moldova, Pérou
Finlande	0.92	22 010	–	–	–
Suisse	0.80	33 920	6 820	20.1	Allemagne, Portugal, Kosovo, Italie
Belgique	0.79	35 000	5 100	14.6	–
République tchèque	0.70	33 400	570	1.7	République slovaque
Autriche	0.52	21 220	6 290	29.6	Roumanie, République slovaque
Estonie	0.49	2 880	130	4.5	Fédération de Russie
Norvège	0.46	11 020	2 150	19.5	Somalie, Pakistan, Éthiopie, Allemagne
Espagne	0.43	74 710	50 350	67.4	Bolivie, Équateur, Roumanie, Colombie
Hongrie	0.27	10 430	–	–	Roumanie
Slovénie	0.20	1 780	–	–	–
Luxembourg	0.19	440	220	50.0	–
Pologne	0.19	28 790	460	1.6	–
Grèce	0.09	3 210	2 390	74.5	Bulgarie
Portugal	0.09	3 640	–	–	–
Allemagne	0.08	31 200	3 360	10.8	–
Irlande	0.08	–	–	–	–
France	0.02	5 140	–	–	–
Pays européens ci-dessus	0.85	1 660 200	487 170	29.3	Roumanie, Ukraine, Moldova, Pologne
Canada	2.04	340 130	93 600	27.5	–
Israël	0.71	22 870	20 880	91.3	Pays asiatiques (sauf les ex-républiques asiatiques de l'URSS) ; ex-URSS (sauf la Russie et les ex-républiques asiatiques)
États-Unis	0.37	746 760	187 630	25.1	République dominicaine, Mexique, Jamaïque, Haïti
OCDE	0.47	2 769 960	789 280	28.5	Roumanie, Ukraine, Philippines, République dominicaine

Notes : Les pays sont classés par ordre décroissant de la part des soignants à domicile dans la population active. Les données pour la Grèce, l'Espagne, l'Irlande, Israël, l'Italie et le Portugal sont sous-estimées, car elles ne comprennent que les soignants directement employés par un ménage et excluent ceux qui sont recrutés par une société de services de soins de santé à domicile. Les données pour le Canada sont surestimées, car elles ne se limitent pas aux soins à domicile et peuvent inclure d'autres assistants aux professionnels de santé.

Source : Pays européens : *Enquête sur les forces de travail* (Eurostat) 2012-13, sauf en Grèce, Irlande, Italie, Portugal, Espagne : 2012-13-14 ; Canada : *Enquête sur la population active* 2012 ; Israël : *Enquête sur la population active* 2011 ; États-Unis : *American Community Survey* 2013.

Encadré 3.2. Les migrants comme prestataires de soins de longue durée (suite)

L'Australie a identifié un moyen de satisfaire une partie des besoins de soins au travers de la migration familiale en proposant de délivrer jusqu'à 375 permis en 2013/14 à des soignants prêts à s'occuper d'un parent australien malade.

Combien de prestataires de soins à domicile et d'où viennent-ils?

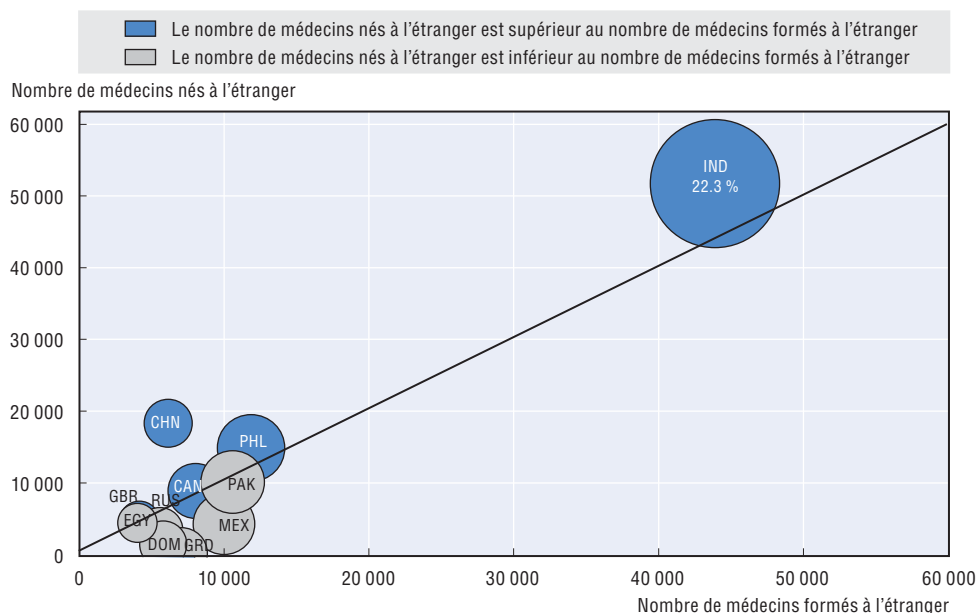
Par rapport aux prestataires de soins de longue durée en institution, les travailleurs à domicile travaillent plus souvent dans un contexte informel et, selon les pays, une proportion importante peut être entrée avec un titre de séjour autre qu'un permis de travail. Dans ce contexte, les statistiques administratives sont largement inadaptées pour mesurer toute l'ampleur du phénomène. Les *Enquêtes sur la population active* menées dans les pays de l'OCDE permettent de les dénombrer et de dresser un portrait de cette main-d'œuvre dont environ 28 % est née à l'étranger. La population considérée est celle qui dispense des soins de santé à la personne et est directement employée par un ménage privé (Europe du Sud, Irlande et Israël) ou dispense les soins au domicile même si l'employeur n'est pas un ménage privé mais une société de services de soins de santé à domicile (autres pays européens et États-Unis). Les données pour le Canada présentées dans le tableau 1 ne sont pas limitées à des services à domicile.

Aux États-Unis, en 2013, les soignants à domicile représentent 0.37 % de la population active, et 25 % d'entre eux sont nés à l'étranger. Parmi ces derniers, 62 % viennent d'Amérique latine, 14 % d'Asie et 13 % d'Afrique. En Europe, le secteur emploie au moins 0.85 % de la population active occupée en 2012/13. Toutefois, cette part varie fortement selon les pays, de 5 % en Suède à moins de 0.1% en France, en Irlande, en Allemagne, au Portugal et en Grèce. Le Royaume-Uni est de loin le plus gros employeur de soignants à domicile mais il recrute principalement des prestataires nés dans le pays. En Italie, à l'inverse, 89 % des postes sont occupés par des personnes nées à l'étranger. L'Espagne compte également en grande partie sur les travailleurs immigrés pour prendre soin des personnes âgées à domicile. En République slovaque, en Hongrie et en Pologne, la majorité des prestataires nés dans le pays et employés par un ménage sont des travailleurs frontaliers qui exercent dans les pays voisins. La plupart des soignants directement employés par un ménage israélien viennent d'Asie de l'Est ou d'Europe de l'Est.

puis y exercer sa profession (née à l'étranger et formée dans le pays). Ce peut être le cas par exemple d'enfants de migrants arrivés relativement jeunes ou d'étudiants internationaux arrivés plus tardivement. Enfin, une personne peut étudier dans un pays étranger sans y être née et choisir, au terme des études, de rentrer dans son pays d'origine (née dans le pays et formée à l'étranger).

Les données disponibles ne permettent généralement pas d'identifier et de recenser ces différents parcours migratoires à l'échelle individuelle (voir par exemple, Ozden et Phillips, 2014, pour une étude détaillée du cas des médecins d'origine africaine aux États-Unis). Les exemples des États-Unis, de la Suède et de la France pour les médecins (graphiques 3.9 à 3.11) et du Canada, de l'Italie et de la Belgique pour les infirmiers (graphiques 3.9 à 3.14) permettent cependant de faire apparaître différents types de relations existant entre pays de destination et pays d'origine. Les informations concernant le nombre de personnels de santé nés et formés à l'étranger pour chacun de ces pays de destination ont ainsi été représentées sur des diagrammes à bulles. Ces diagrammes permettent d'observer quels sont les principaux pays de formation (en fonction de la taille de la bulle) et de voir dans quelle mesure il s'agit ou non de personnes nées dans ce pays (en fonction de la position par rapport à la médiane). Seuls les principaux pays de formation ont été retenus pour cette analyse.

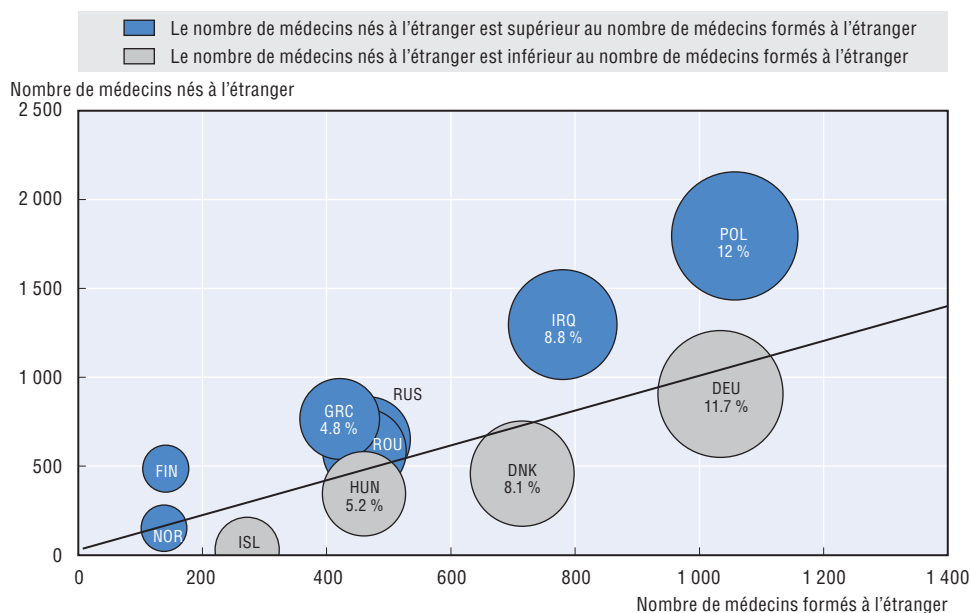
Graphique 3.9. Médecins immigrés aux États-Unis, principaux pays d'origine, 2011



Note : La taille de la bulle correspond au poids du pays dans l'ensemble des médecins formés à l'étranger (pourcentage).
Source : DIOC 2010/11 et registre professionnel (voir tableau 3.5).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933264539>

Graphique 3.10. Médecins immigrés en Suède, principaux pays d'origine, 2011

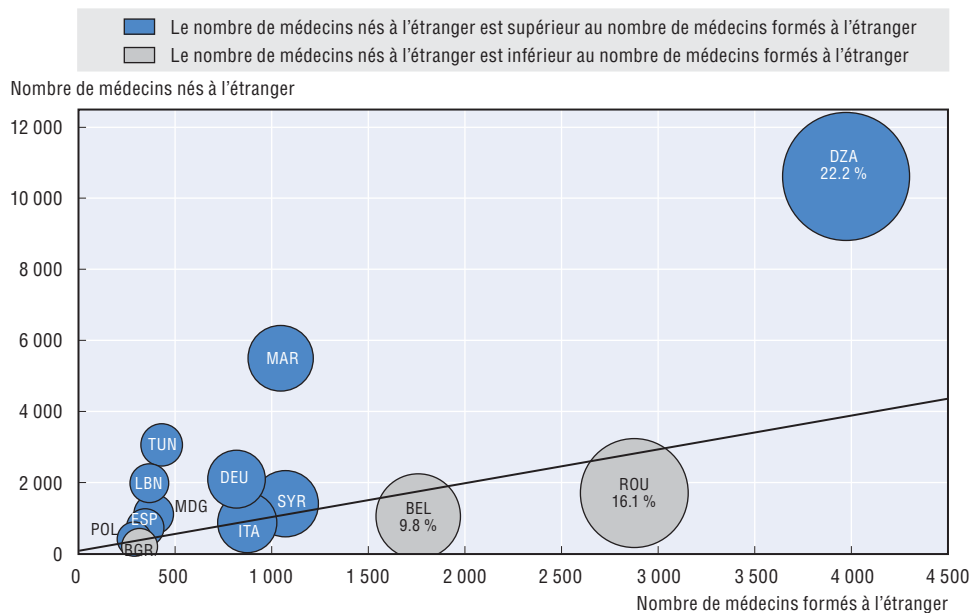


Note : La taille de la bulle correspond au poids du pays dans l'ensemble des médecins formés à l'étranger (pourcentage).
Source : EFT 2011-12 et registre professionnel (voir tableau 3.5).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933264541>

Aux États-Unis, le rôle prépondérant des médecins nés et formés en Inde est souligné (graphique 3.9). Les Philippines, le Pakistan ou le Canada apparaissent comme des pays de recrutement secondaires. Pour ces pays d'origine (à l'exception du Pakistan), mais également pour la Chine, le nombre de personnes formées dans un pays est inférieur au

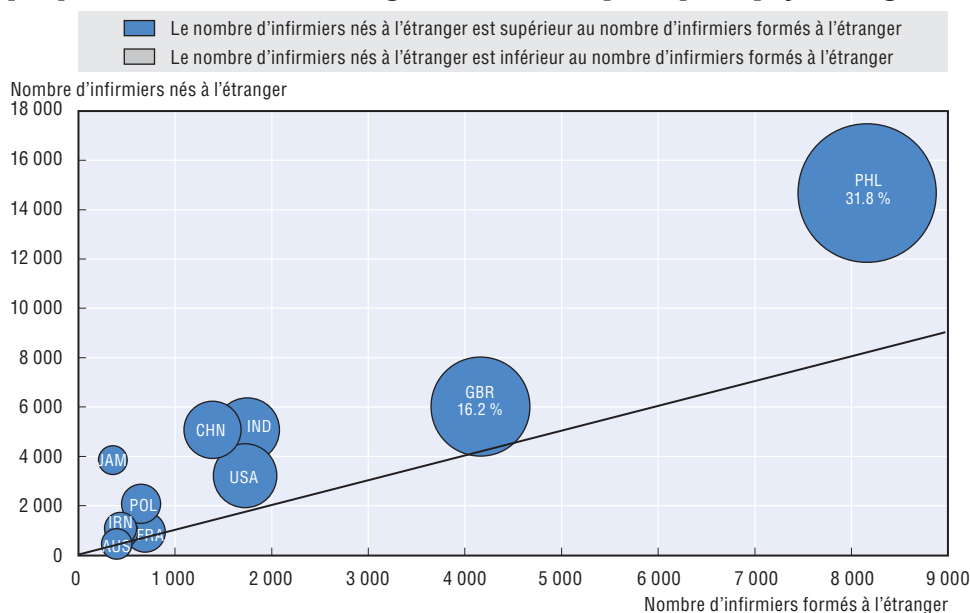
Graphique 3.11. Médecins immigrés en France, principaux pays d'origine, 2011



Note : La taille de la bulle correspond au poids du pays dans l'ensemble des médecins formés à l'étranger (pourcentage).
 Source : DIOC 2010/11 et registre professionnel (voir tableau 3.5).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933264551>

Graphique 3.12. Infirmiers immigrés au Canada, principaux pays d'origine, 2011

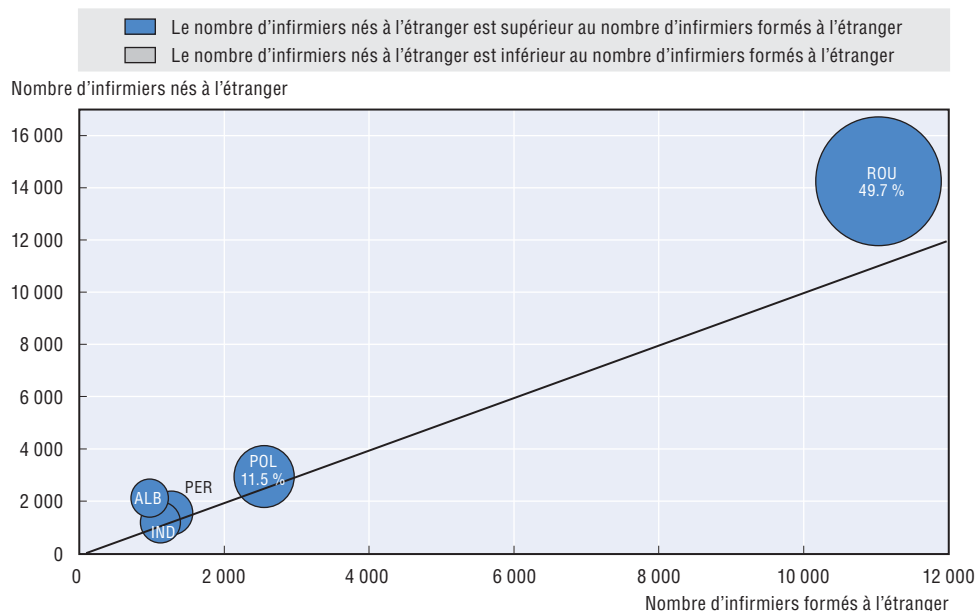


Note : La taille de la bulle correspond au poids du pays dans l'ensemble des infirmiers formés à l'étranger (pourcentage).
 Source : DIOC 2010/11 et registre professionnel (voir tableau 3.5).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933264565>

nombre de personnes qui y sont nées. Cela traduit l'importance des migrations d'étudiants étrangers en provenance de ces pays et de la communauté installée aux États-Unis. À l'inverse la plupart des médecins formés à la Dominique et à Grenade ne sont généralement pas nés dans ces pays, voire ne sont pas nés à l'étranger. Ces îles des Caraïbes constituent en effet une région de formation pour les étudiants internationaux (voir la dernière partie de ce chapitre). La part importante de médecins formés au Mexique sans y être nés est également remarquable.

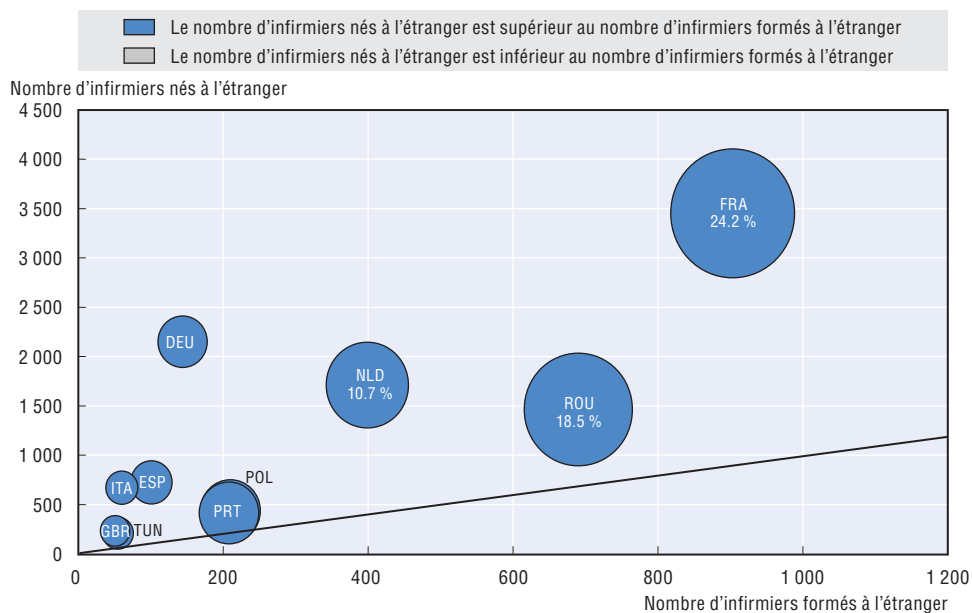
Graphique 3.13. **Infirmeries immigrés en Italie, principaux pays d'origine, 2012**



Note : La taille de la bulle correspond au poids du pays dans l'ensemble des infirmeries formés à l'étranger (pourcentage).
 Source : EFT 2011-12 et registre professionnel (voir tableau 3.5).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933264574>

Graphique 3.14. **Infirmeries immigrés en Belgique, principaux pays d'origine, 2012**



Note : La taille de la bulle correspond au poids du pays dans l'ensemble des infirmeries formés à l'étranger (pourcentage).
 Source : EFT 2011-12 et registre professionnel (voir tableau 3.5).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933264580>

En Suède, l'immigration de médecins se répartit entre la Pologne qui représente 12 % de l'ensemble des médecins formés à l'étranger, l'Allemagne (11.7 %), l'Irak (8.8 %) et le Danemark (8.1 %). On distingue toutefois clairement deux groupes de pays entre ceux où le nombre de personnes formées à l'étranger est prépondérant et ceux où c'est celui des nés à l'étranger qui est le plus élevé, traduisant par là même deux modèles migratoires bien distincts. Il est possible néanmoins qu'un nombre important de médecins formés en

Allemagne, au Danemark ou en Hongrie, qui exercent actuellement en Suède, soient en fait nés dans un autre pays.

L'Algérie est le premier pays de formation des médecins formés à l'étranger exerçant en France. La majorité des médecins nés en Algérie (mais également au Maroc ou en Tunisie) ont cependant été formés en France. Après l'Algérie, les principaux pays de formation sont la Roumanie et la Belgique. Ces deux pays ne constituent pas seulement des pays de recrutement, mais également des pays de formation pour les étudiants français.

En ce qui concerne le personnel infirmier au Canada, les personnes originaires des Philippines représentent près d'un tiers du personnel infirmier formé à l'étranger mais la moitié des infirmiers nés aux Philippines auraient en fait été formés au Canada. Plus généralement, au Canada, quel que soit le pays d'origine, le nombre de personnes nées à l'étranger est supérieur à celui des personnes formées à l'étranger. Ce constat serait pour partie lié aux modalités de reconnaissance des qualifications acquises à l'étranger qui obligent de nombreuses personnes à compléter ou à recommencer leur formation au Canada afin de pouvoir y exercer.

En ce qui concerne le personnel infirmier en Italie, la Roumanie se distingue comme principal pays d'origine avec près d'un infirmier formé à l'étranger sur deux ayant reçu son diplôme dans ce pays. Une proportion non négligeable d'entre eux a toutefois obtenu son diplôme en Italie, notamment grâce à des accords bilatéraux concernant la formation du personnel médical (par exemple, au niveau régional entre Parme et la province de Cluj-Napoca). Par ailleurs, l'Albanie est l'un des principaux pays d'origine des étudiants internationaux en Italie (Chaloff, 2008).

Enfin, le cas de la Belgique est particulièrement intéressant, puisque la très grande majorité des infirmiers nés à l'étranger se sont formés en Belgique. Le recrutement international ne joue donc qu'un rôle mineur et de nombreux migrants viennent en fait en Belgique pour étudier (France, Pays-Bas) ou sont issus de communautés installées de longue date (Portugal)

Ce croisement des données sur les pays de naissance et de formation permet donc d'illustrer la complexité et la diversité des canaux au travers desquels s'opèrent les mouvements migratoires de professionnels de la santé. Les différences entre pays de destination sont importantes mais pas forcément plus que celles qui prévalent entre les différentes communautés au sein d'un même pays comme cela vient d'être démontré.

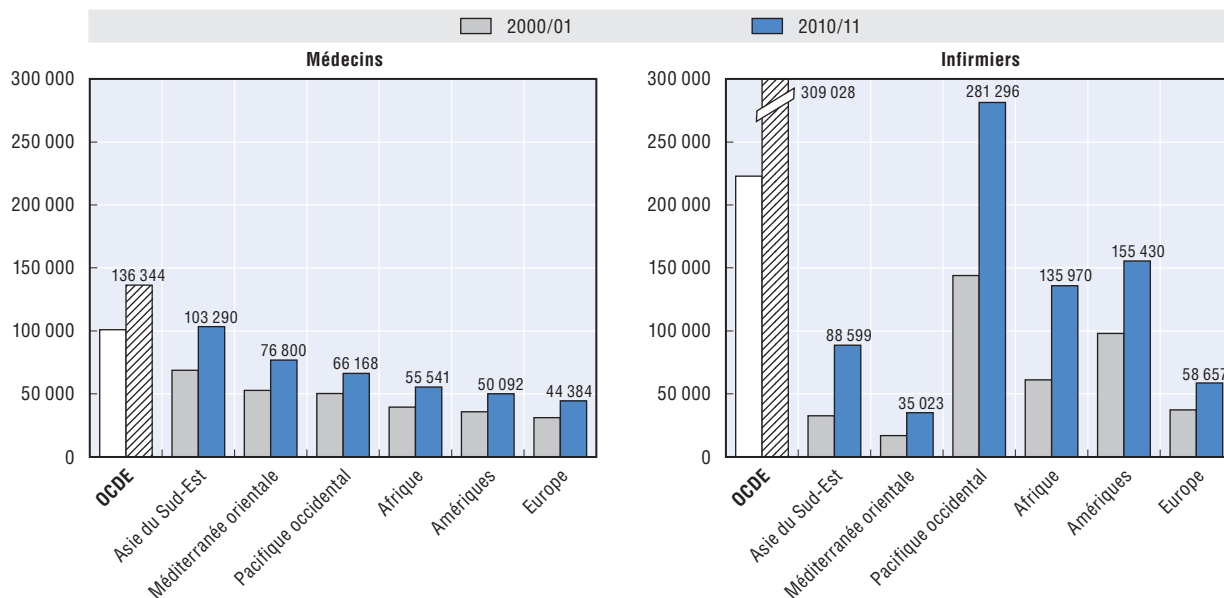
Tendances des migrations internationales des personnels de santé dans les pays de l'OCDE : la perspective des pays d'origine

Les pays d'origine des personnels de santé migrants

L'émigration des personnels de santé par pays d'origine peut être reconstituée au moyen des données récoltées dans les pays de destination. Cette estimation est possible à partir des données sur le lieu de naissance mais malheureusement n'est pas encore possible de manière fiable à partir de celles concernant le lieu de formation. Le graphique 3.15 présente la répartition par région d'origine des personnels de santé nés à l'étranger qui travaillaient dans les pays de l'OCDE autour de 2000/01 et de 2010/11.


En 2010/11, 26 % des médecins immigrés et 29 % des infirmiers immigrés exerçant dans les pays de l'OCDE étaient originaires d'autres pays de l'OCDE. Ce constat est lié à l'importance des migrations historiques, notamment d'Européens dans les principaux pays d'installation, mais également à la vitalité des mouvements intra-européens, ainsi que dans l'espace trans-

Graphique 3.15. Répartition des médecins et des infirmiers nés à l'étranger dans quelques pays de l'OCDE par principales régions d'origine, 2000/01 et 2010/11



Notes : Les regroupements régionaux correspondent aux six régions de l'OMS (pour le détail des pays, voir <http://www.who.int/about/regions>), à l'exception des pays de l'OCDE. Les pays ayant adhéré à l'OCDE depuis 2000 sont compris dans la catégorie OCDE en 2000/01 et en 2010/11. Inclut les pays pour lesquels des données sont disponibles pour 2000/01 et 2010/11 (voir tableaux 3.1 et 3.2), à l'exception de l'Allemagne. En 2010/11, les données du Mexique sont manquantes.

Source : DIOC 2000/01 et 2010/11.

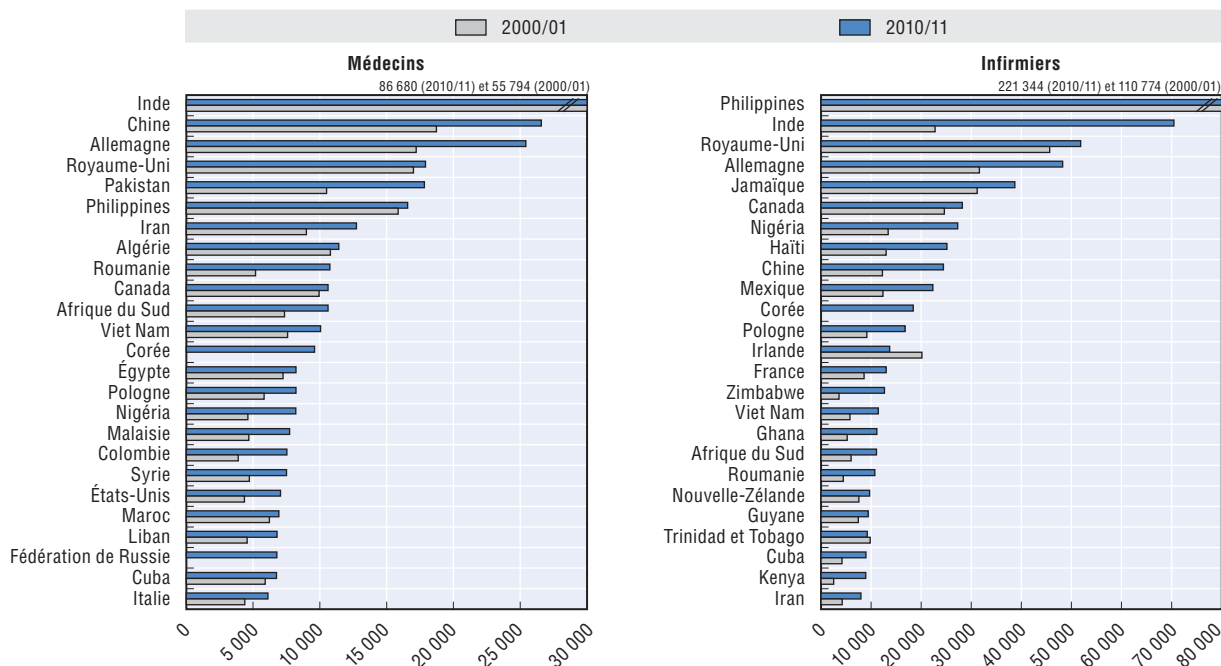
StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933264595>

tasmanien et en Amérique du Nord. La seconde région d'origine la plus importante est l'Asie du Sud-Est pour les médecins et le Pacifique occidental pour le personnel infirmier. L'augmentation du nombre de médecins expatriés entre 2000/01 et 2010/11 s'est répercutée de façon relativement uniforme sur ces différentes régions. Pour les infirmiers, la hausse de l'émigration est toutefois moins homogène selon les régions d'origine.

Le classement des 25 principaux pays d'origine (graphique 3.16) permet de mettre en évidence les principaux pays d'origine. Par exemple, dans la région Asie du Sud-Est, l'augmentation observée tient quasi exclusivement à la contribution des médecins nés en Inde. La Roumanie se distingue également des autres pays européens par une plus grande émigration. Dans les régions Méditerranée orientale et Pacifique occidental, c'est respectivement la part des médecins nés au Pakistan et en Chine et celle des infirmiers philippins qui jouent un rôle prépondérant. L'Allemagne et le Royaume-Uni sont quant à eux les premiers pays d'origine au sein des pays de l'OCDE. Dans la région Afrique, l'émigration s'est principalement effectuée à partir de l'Afrique du Sud et du Nigéria, alors que dans la région des Amériques, la Colombie et le Pérou pour les médecins et les îles des Caraïbes pour les infirmiers sont les principaux pays d'origine.

L'Inde et les Philippines dominent toutefois de manière spectaculaire les migrations internationales de médecins d'une part, et de personnel infirmier, d'autre part. Ces deux pays étaient déjà les deux principaux pays d'origine en 2000/01 mais leur importance a crû considérablement au cours des dix dernières années.

Parmi les pays figurant dans ce classement, la plupart présentaient déjà des valeurs élevées en 2000/01. Le nombre de médecins et d'infirmiers nés au Royaume-Uni et au Canada ou de médecins nés en Algérie et en Égypte a peu évolué. La présence de ces pays

Graphique 3.16. **Médecins et infirmiers nés à l'étranger dans les pays de l'OCDE (25 principaux pays d'origine), 2000/01 et 2010/11**

Notes : Inclut les pays pour lesquels des données sont disponibles pour 2000/01 et 2010/11 (voir tableaux 3.1et 3.2), à l'exception de l'Allemagne. En 2010/11, les données du Mexique sont manquantes.

Source : DIOC 2000/01 et 2010/11.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933264600>

dans ce classement reflète donc plutôt une immigration ancienne. Parmi les nouveaux entrants, on compte notamment la Colombie pour les médecins et le Zimbabwe, le Viet Nam, le Ghana et le Kenya pour les infirmiers. L'Inde, la Chine, l'Allemagne, le Pakistan ou la Roumanie pour les médecins, et les Philippines, l'Inde, l'Allemagne, le Nigéria ainsi que la Chine pour le personnel infirmier constituent les pays pour lesquels l'augmentation de l'émigration a été la plus importante au cours de la dernière décennie. Les médecins roumains passent par exemple de la 18^e à la 9^e place et les infirmiers indiens de la sixième à la seconde place.

À eux seuls, les sept premiers pays d'origine contribuent à près de la moitié de l'augmentation observée pour ce qui est du nombre de médecins nés à l'étranger. Pour les infirmiers, près de la moitié de l'émigration provient des quatre premiers pays d'origine. La tendance de certains pays à se spécialiser dans la formation de migrants internationaux est un trait constitutif essentiel des migrations internationales des personnels de santé.

En raison des changements opérés dans la méthode de classification, les données des pays de l'ex-URSS, de l'ex-Yougoslavie ou de l'ex-Tchécoslovaquie pour 2010/11 ne peuvent être comparées individuellement avec celles de 2000/01. Il est néanmoins possible de suivre les tendances de ces pays pris ensemble. L'émigration de personnel infirmier à partir de l'ex-URSS a été particulièrement importante, passant de 10 000 personnels expatriés en 2000/01 à près de 40 000 en 2010/11. L'ex-URSS serait ainsi virtuellement le quatrième pays d'émigration pour les infirmiers durant cette décennie. Pour les pays composant l'ex-Yougoslavie, le nombre d'infirmiers expatriés est passé de 13 000 en 2000/01 à 22 000 en 2010/11. L'émigration de médecins à partir de ces trois groupes de pays a été plus contenue. En ex-Tchécoslovaquie, une baisse du nombre de médecins expatriés est même enregistrée.

Alors que la majorité des pays ont vu le nombre de leurs expatriés augmenter entre 2000/01 et 2010/11, la baisse du nombre d'infirmiers nés en Irlande paraît singulière. Cette baisse concerne en fait uniquement l'immigration vers le Royaume-Uni où le nombre d'infirmiers nés en Irlande a presque diminué de moitié, passant de plus de 14 000 individus en 2000/01 à près de 8 000 en 2010/11. Cette tendance appliquée aux professionnels de la santé reflète un phénomène plus général qui a conduit l'Irlande, traditionnellement pays d'émigration, à devenir un pays d'immigration important à la fin des années 90 (Aiken et al., 2004).

En tant que premier pays de destination, les États-Unis emploient environ 60 % des médecins nés en Inde et au Pakistan et jusqu'à près de 70 % et 90 % des médecins nés en Chine et aux Philippines. Le Royaume-Uni est le second pays de destination des médecins indiens et pakistanais avec environ un tiers des médecins expatriés. Les médecins nés en Chine se sont également dirigés vers l'Australie (10 %) et le Canada (9 %).

Les médecins nés en Allemagne se sont pour leur part principalement dirigés vers la Suisse et dans une moindre mesure, vers l'Autriche. La part des médecins allemands employés en Suisse est passée de 12 % en 2000/01 à 30 % en 2010/11. Quant aux médecins nés en Roumanie, ceux-ci se répartissent notamment entre les États-Unis (30 %) et la France (16 %) où l'immigration est plus récente.

Bien que le personnel infirmier né au Philippines se trouve principalement aux États-Unis (72 %), le Royaume-Uni (13 %), le Canada (7 %) et l'Australie (3 %) accueillent également des effectifs importants. Les infirmiers indiens se répartissent également entre de nombreux pays, parmi lesquels les États-Unis (42 %) et le Royaume-Uni (28 %), mais aussi l'Australie (9 %), la Nouvelle-Zélande (7 %) et l'Irlande (7 %). Les infirmiers nés au Royaume-Uni se sont pour leur part principalement installés en Australie (40 %) et aux États-Unis (27 %). Les infirmiers allemands se trouvent principalement aux États-Unis (37 %) et en Suisse (22 %). Ici également, une augmentation de la part d'infirmiers allemands vers la Suisse peut être observée, mais dans des proportions moindres que pour les médecins. Les États-Unis emploient la quasi-totalité des infirmiers nés au Mexique (97 %) et la majorité des infirmiers nés à Haïti (87 %) et au Nigéria (70 %). Le Canada est la seconde destination pour les infirmiers nés à Haïti (11 %) et le Royaume-Uni pour ceux nés au Nigéria (24 %).

Dans une certaine mesure, les pays et régions de provenance des professionnels de santé expatriés reflètent des effets de proximité géographique ainsi que les migrations historiques vers les pays de l'OCDE. L'évolution récente de la composition par pays d'origine des médecins et infirmiers expatriés révèle toutefois l'importance des migrations à partir d'un nombre restreint de pays. Les pays anglo-saxons et en particulier les États-Unis constituent des destinations privilégiées des professionnels de santé se formant en vue d'intégrer le marché international. Parmi les pays de l'OCDE, l'Allemagne se distingue en étant simultanément un important pays d'immigration et d'émigration.

Les taux d'expatriation : contexte et ampleur de la migration dans les pays d'origine


Le tableau 3.6 résume les grandes tendances en matière d'expatriation et le tableau 3.A1.1 présente les taux d'émigration par pays et région d'origine. Autour de 2000/01, les valeurs de tendance centrale indiquaient une plus forte émigration pour les médecins que pour le personnel infirmier. Autour de 2010/11, les deux groupes professionnels présentent des taux d'expatriation plus élevés et similaires. En 2010/11, environ 5 % des médecins et des infirmiers dans le monde ont migré vers un pays de l'OCDE pour y exercer

Tableau 3.6. **Évolution des taux d'expatriation des médecins et infirmiers vers les pays de l'OCDE, 2000/01 et 2010/11**

	Médecins		Infirmiers	
	2000/01	2010/11	2000/01	2010/11
Taux d'expatriation global	5.3	5.9	4.5	5.7
Taux d'expatriation moyen	19.5	21.8	16.6	21.8
Taux d'expatriation médian	13.0	13.6	6.4	10.4

Notes : Le taux d'expatriation moyen correspond à la moyenne des taux d'expatriation de chaque pays vers un pays de l'OCDE (et ne tient donc pas compte du poids démographique de chaque pays), alors que le taux d'expatriation global indique la part de personnels de santé expatriés se trouvant dans un pays de l'OCDE par rapport à l'ensemble des médecins et infirmiers des pays recensés. Les pays dont le nombre d'expatriés infirmiers est en dessous de 10 (5 pour les médecins) ou dont le nombre de résidents est inférieur à 50 pour les infirmiers (10 pour les médecins) dans le pays d'origine n'ont pas été inclus dans les calculs. Les taux d'expatriation ne sont calculés que pour les pays pour lesquels des données remontant au plus tard à 2005 sont disponibles. 149 pays d'origine ont donc été retenus pour les médecins et 141 pour les infirmiers. Les données concernant les taux d'expatriation en 2000/01 des infirmiers nés au Brésil, en Inde et en Afrique du Sud (OCDE, 2007) ont été mises à jour sur la base de nouvelles données concernant le nombre d'infirmiers travaillant dans ces pays en 2000/01. Les taux d'expatriation révisés sont : le Brésil : 1.5 %, l'Inde : 2.9 % et l'Afrique du Sud : 12.6 %.

Sources : OCDE (2007), DIOC 2010/11, EFT 2009-12 et Observatoire mondial de la Santé (OMS).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933264396>

leur activité. Le taux d'émigration le plus élevé pour les médecins concerne le continent Africain (13.9%) et pour les infirmiers l'Amérique latine (15.7%).

Le taux d'expatriation moyen est plus élevé que le taux global car les taux d'émigration les plus élevés sont observés pour les pays les moins peuplés et notamment les pays insulaires. L'augmentation des taux d'expatriation, notamment pour le taux médian, a été plus forte pour le personnel infirmier que pour les médecins. Pour les médecins, l'augmentation de l'expatriation se concentre plus sur un nombre restreint de pays alors que pour les infirmiers, on observe plutôt une augmentation de l'ensemble des taux d'expatriation nationaux.

Concernant les taux d'expatriation nationaux, pour plusieurs pays africains, les données de 2000/01 ne rendaient pas encore pleinement compte de l'intensification du recrutement international qui s'est amorcée à la fin des années 90 et qui s'est poursuivie au début des années 2000. Les taux d'expatriation calculés en 2010/11 en fournissent une meilleure mesure. Par exemple, le taux d'expatriation des infirmiers est passé de 12.6 % en 2000/01 à 16.5 % en 2010/11 en Afrique du Sud, de 10 % à 17 % au Nigéria et de 28 % à 43 % au Zimbabwe. Pour les deux principaux pays africains sources de médecins, l'Afrique du Sud et le Nigéria, les taux d'expatriation ont augmenté mais pas de façon aussi marquée que pour les infirmiers (de 17 % à 22 % pour l'Afrique du Sud et de 11.7 % à 12.3 % pour le Nigéria).

Dans certains cas, les changements observés dans les taux d'expatriation ne tiennent pas tant à une augmentation ou à une diminution des flux migratoires qu'à une variation des effectifs nationaux. Par exemple, le taux d'expatriation des médecins pour l'Angola est passé de 63 % à 34 % alors que le nombre de médecins expatriés est resté stable. Cela reflète une forte augmentation du nombre enregistré par l'OMS de médecins travaillant en Angola au cours de la dernière décennie. Pour le Nigéria, le nombre de médecins expatriés a presque doublé en dix ans (d'environ 4 600 à 8 200 individus), alors que le taux d'expatriation est resté stable aux alentours de 12 %. Cela s'explique également par la croissance des effectifs nationaux. Quant à l'augmentation du taux d'expatriation des médecins au Zimbabwe (de 2 % à 56 %), elle est largement imputable à la réduction de plus de moitié du nombre de médecins résidents recensés.

Pour les pays d'Europe centrale et orientale, une hausse des taux d'expatriation peut être observée pour les infirmiers en Roumanie (de 4.9 % en 2000/01 à 8.6 % en 2010/11), en Bulgarie (de 2.6 % à 4.4 %), en Pologne (de 4.6 % à 7.7 %) ou en Hongrie (de 2.4 % à 4.3 %). Le taux d'expatriation des médecins a également augmenté dans ces pays mais dans une moindre mesure. Par ailleurs, d'importantes variations dans les effectifs nationaux en personnels de santé de ces pays ont également été relevées, lesquelles influencent les taux d'expatriation.

En Inde et aux Philippines, en dépit d'une forte augmentation du nombre de professionnels de santé expatriés, les taux d'expatriation sont restés relativement constants. Par exemple, le nombre de médecins indiens expatriés est passé de près de 56 000 en 2000/01 à environ 87 000 en 2010/11, mais les taux d'expatriation correspondants ne se sont accrus que d'environ un demi-point de pourcentage à 8.6 %⁶. En Chine, le nombre d'infirmiers expatriés a doublé en dix ans (passant d'environ 12 200 à 24 400), mais le taux d'expatriation s'est maintenu à seulement 1 %. Des tendances similaires apparaissent au Pakistan pour les médecins ou au Viet Nam pour le personnel infirmier.

Comme en 2000/01, les taux d'expatriation pour certaines îles des Caraïbes s'avèrent particulièrement élevés (entre 60 et 95 %). Par exemple, le Guyana affiche un taux d'expatriation de 84.6 % de ses médecins. Toutefois, seul un très faible nombre de ces médecins semblent en fait avoir été formés au Guyana. Le phénomène de « fuite des cerveaux » n'y serait donc pas aussi important que ne le laisse supposer le taux d'expatriation. Cette observation concerne également, dans une moindre mesure, la Jamaïque. Pour le personnel infirmier, les taux d'expatriation calculés pour plusieurs îles des Caraïbes atteignent également des valeurs extrêmes.

On peut toutefois observer que dans certains cas (Trinité et Tobago, Barbade, Grenade), le nombre d'infirmiers expatriés dans un pays de l'OCDE a en fait diminué entre 2000/01 et 2010/11. Pour ces pays, les taux d'expatriation seraient donc plutôt le reflet de migrations anciennes. Le Guyana et la Jamaïque, où le taux d'expatriation des infirmiers atteint 96 % et 93 %, ont toutefois vu une part importante de leurs ressources humaines émigrer au cours de la dernière décennie. Afin de pallier ses besoins de main-d'œuvre, la Jamaïque recourrait elle-même au recrutement international, notamment au Ghana, au Nigéria ainsi qu'au Guyana (Lofters, 2012), alors que le Guyana aurait conduit des campagnes de recrutement en Inde (Anderson, 2010).

Le tableau 3.7 présente les taux d'expatriation des médecins et infirmiers par niveau de revenu des pays d'origine. De manière générale, plus le niveau de revenu est bas, plus les taux d'expatriation sont élevés. Cette tendance est particulièrement forte pour les infirmiers dont le taux d'expatriation global atteint 16 % dans les économies à faible revenu. Pour les médecins, les taux d'expatriation sont toutefois moins liés au niveau de revenu, particulièrement au sein des pays à revenu moyen et supérieur.

Ces résultats, qui reflètent non seulement la propension à émigrer des professionnels de santé pour différents groupes de pays, mais également les différences dans les effectifs nationaux, soulèvent la question de la relation entre émigration et pénurie en personnels de santé dans les pays d'origine.

Conséquences de l'émigration sur les systèmes de santé des pays d'origine


En 2006, l'OMS avait estimé à 2.4 millions le nombre de personnels de santé manquant au sein de 57 pays considérés comme étant en pénurie critique (les pays se trouvant en-deçà du seuil de 22.8 professionnels de la santé (médecins, infirmiers et sages-femmes)

Tableau 3.7. **Taux d'expatriation des médecins et infirmiers par niveau de revenu des pays d'origine, 2010/11**

	Taux d'expatriation moyen	Taux d'expatriation global	Taux d'expatriation médian
Médecins			
Économies à faible revenu	32.7	12.4	26.1
Économies à revenu moyen inférieur	19.6	3.2	11.3
Économies à revenu moyen supérieur	17.0	4.5	11.1
Économies à revenu supérieur	10.9	3.8	6.5
Infirmiers			
Économies à faible revenu	26.0	16.0	17.3
Économies à revenu moyen inférieur	19.3	6.0	11.0
Économies à revenu moyen supérieur	16.2	4.3	7.1
Économies à revenu supérieur	10.5	3.1	4.8

Notes : Le taux d'expatriation moyen correspond à la moyenne des taux d'expatriation de chaque pays au sein d'un groupe de pays (et ne tient donc pas compte du poids démographique de chaque pays) alors que le taux d'expatriation global indique la part de personnels de santé expatriés par rapport à l'ensemble des médecins et infirmiers des pays recensés au sein d'un groupe de pays. Les pays dont le nombre d'expatriés infirmiers est en dessous de 10 (5 pour les médecins) ou dont le nombre de résidents est inférieur à 50 pour les infirmiers (10 pour les médecins) dans le pays d'origine n'ont pas été inclus dans la sélection. Seuls les pays pour lesquels des données concernant le nombre de personnels de santé résidents remontent au plus loin à 2005 ont été retenus. Voir la classification des pays en fonction de leur revenu par la Banque mondiale : <http://data.worldbank.org/about/country-classifications/country-and-lending-groups>.

Source : DIOC 2010/11.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933264401>

pour 10 000 habitants et où le taux de couverture des accouchements par des accoucheurs qualifiés est inférieur à 80 %). Le manque de personnels de santé atteignait alors 4.2 millions si on prenait en compte les pénuries estimées dans les autres pays (OMS, 2006). Autour de 2010/11, 54 pays, pour la majorité africains (31 pays), font face à des pénuries critiques et le manque est estimé à moins de 2 millions de personnels de santé dans ces pays. Cette baisse de la pénurie critique s'explique en grand partie par les progrès enregistrés en Inde. En Afrique et dans les Amériques, l'écart entre le nombre de personnels de santé disponibles et le nombre de personnels de santé nécessaires s'est toutefois accru. L'OMS estime par ailleurs à 7.2 millions le nombre de personnels de santé nécessaires afin de permettre une couverture sanitaire universelle (OMS, 2013).

Il est alors possible d'évaluer l'importance de l'émigration à partir de ces pays pour lesquels la densité de personnels de santé est considérée comme trop faible et de voir dans quelle mesure ces mouvements contribuent aux pénuries observées (tableau 3.8).

La stabilisation de la pénurie en personnels de santé dans les pays se trouvant en situation de pénurie critique (la croissance des ressources humaines en santé a été au moins aussi rapide que celle de la population), conjuguée à l'accroissement du nombre de personnels de santé migrant à partir de ces pays, tend à conférer aux migrations un rôle plus important dans l'explication des pénuries critiques. Celles-ci représentent en effet 20 % de la pénurie critique estimée en 2010/11 contre 9 % en 2000/01. Sur la décennie précédente l'adoption du Code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé (OMS, 2010) le nombre de médecins et d'infirmières originaires de pays en pénurie critique, et ayant émigré dans un pays de l'OCDE a crû de près de 84% alors que le nombre total de professionnels de la santé immigrés augmentait de 60 %.

Tableau 3.8. **Pénuries critiques estimées de médecins, d'infirmiers et de sages-femmes, par région OMS, 2000/01 et 2010/11**

Région OMS	Nombre de pays			Pays avec pénurie critique				Médecins et infirmiers nés à l'étranger dans les pays de l'OCDE, par région d'origine			
	Total	Avec pénurie critique		Effectif total		Pénurie critique estimée		Effectifs		Pourcentage de la pénurie critique estimée	
		2000/01	2010/11	2000/01	2010/11	2000/01	2010/11	2000/01	2010/11	2000/01	2010/11
Afrique	46	36	31	464 865	579 748	817 992	941 505	61 212	124 824	7	13
Amériques	35	5	5	82 647	59 695	37 886	49 376	26 917	36 689	71	74
Asie du Sud-Est	11	6	7	1 763 637	2 318 101	1 164 001	661 267	90 216	177 018	8	27
Europe	52	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Méditerranée orientale	21	7	6	278 412	344 050	306 031	263 394	29 926	45 703	10	17
Pacifique occidental	27	3	5	20 991	26 443	32 560	38 269	3 577	5 732	11	15
Total des pays en pénurie critique	57	54		2 610 552	3 328 037	2 358 470	1 953 810	211 848	389 966	9	20

Source : OCDE (2007), DIOC 2010/11 et EFT 2009-12, Observatoire mondial de la santé (OMS).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933264414>

Le nombre de professionnels de santé nés dans un pays africain en situation de pénurie critique et travaillant dans un pays de l'OCDE a doublé entre 2000/01 et 2010/11, alors que la pénurie critique dans ces pays s'accroissait plus modestement. En conséquence, alors que les migrations ne représentaient que 7 % de la pénurie estimée en 2000/01, ce pourcentage atteint ainsi 13 % en 2010/11. Les conditions diffèrent toutefois passablement d'un pays à l'autre. L'Éthiopie est le pays d'Afrique où la pénurie critique est la plus importante avec un déficit de 175 000 personnels de santé mais on ne recense que 6 000 médecins et infirmiers expatriés. Au Nigéria, les personnels émigrés représentent par contre plus de 40 % de la pénurie critique (36 000 expatriés et 81 000 personnels de santé manquants).

Pour la région des Amériques, le pourcentage élevé de la pénurie estimée que représentent les personnels de santé migrants tient notamment à la forte émigration des infirmiers à partir des Caraïbes. L'Asie du Sud-Est est la région où la pénurie estimée est la plus forte en valeur absolue. Les manques sont particulièrement importants au Bangladesh et en Indonésie (respectivement 260 000 et 240 000 personnels manquants), mais l'émigration se fait principalement à partir de l'Inde (159 000 médecins et infirmiers émigrés). Dans la région Méditerranée orientale, la sortie de l'Irak de la catégorie des pays en pénurie critique entraîne une baisse de la pénurie estimée. Avec l'augmentation des migrations de personnels de santé à partir de cette région, due en grande partie à l'émigration de médecins nés au Pakistan, les médecins et infirmiers immigrés dans un pays de l'OCDE représentent 17 % de la pénurie estimée en 2010/11. Le Cambodge, la RDP Lao et la Papouasie Nouvelle-Guinée sont les pays où les manques en personnels de santé sont les plus importants dans la région Pacifique occidental. Dans cette région également, les migrations représentent une part plus importante de la pénurie en 2010/11 par rapport à 2000/01.

Les effets des migrations internationales des personnels de santé sur les systèmes de santé des pays d'origine pris individuellement sont particulièrement complexes à évaluer, notamment en raison du manque de données et des difficultés à établir le sens de la causalité. D'un côté, ces migrations peuvent être comprises comme un symptôme, plutôt qu'un déterminant, des problèmes rencontrés par ces systèmes de santé. En effet, l'existence d'une pénurie ne signifie pas nécessairement qu'il n'existe pas suffisamment de personnel avec les compétences et qualifications nécessaires, mais peut aussi traduire

le refus de ce personnel de travailler dans les conditions existantes (Buchan et Aiken, 2008). D'un autre côté, l'émigration de personnels de santé peut effectivement s'avérer problématique lorsque le volume des flux est important, qu'elle concerne des compétences rares ou qu'elle se produise à partir de régions déjà en sous-dotations (Wismar et al., 2011). L'impact de la mobilité dépend des circonstances particulières qui prévalent dans chaque pays, y compris l'ampleur des besoins et des déséquilibres dans la distribution géographique et par spécialité des compétences. Les migrations peuvent avoir un impact plus ou moins important mais n'apparaissent généralement pas comme l'élément décisif, même dans les cas les plus critiques.

Les conséquences de l'émigration des personnels de santé sont particulièrement bien documentées dans les pays d'Europe centrale et orientale où les effets se concentrent, semble-t-il, sur certaines spécialités médicales. En Pologne, les anesthésistes et certains groupes de chirurgiens spécialisés seraient plus à même d'émigrer que les autres catégories de médecins. Entre 2004 et 2014, environ 18 % ont manifesté l'intention d'émigrer en sollicitant un certificat de qualifications professionnelles permettant de travailler dans un autre pays de l'UE. À titre de comparaison, ce chiffre n'est que de 7 % pour l'ensemble des médecins. En Hongrie et en République slovaque également, les intentions de migrer relevées en 2009 étaient plus élevées chez les anesthésistes et les médecins spécialistes en soins intensifs, suivis par les spécialistes en médecine générale et en chirurgie (Eke et al., 2011 ; Beňušová et al., 2011). Dans ces pays, les spécialités médicales pour lesquelles les intentions d'émigrer sont les plus élevées sont également celles les plus affectées par une pénurie (Kautsch and Czabanowska, 2011 ; Eke et al., 2011 ; Beňušová et al., 2011), exacerbant les problèmes d'accès aux soins fournis par ces spécialistes.

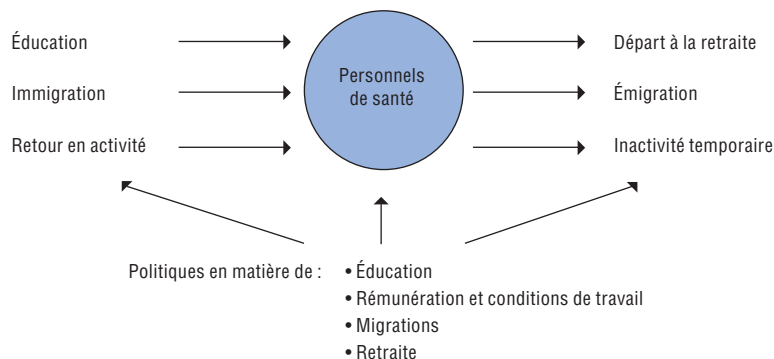
L'émigration, même d'un nombre limité de spécialistes, peut lourdement affecter les prestations de soins de santé, particulièrement dans les zones rurales manquant de personnels de santé (Eke et al., 2011 ; Galan et al., 2011). En Roumanie, les hôpitaux périphériques ou de plus petite taille éprouvent des difficultés à recruter et à fidéliser le personnel médical et soignant (Galan et al., 2013). En Bulgarie, le manque de spécialistes oblige les patients des zones rurales à parcourir de plus longues distances afin d'accéder aux services de ces médecins. Certains cabinets peinent à recruter des médecins généralistes et l'ensemble du pays souffre d'une pénurie de personnel infirmier. En Roumanie et en Bulgarie, l'émigration tend à accentuer ces problèmes.

Impact des politiques de santé et des politiques migratoires sur la migration internationale des personnels de santé

Le développement des migrations internationales des professionnels de santé est à mettre en relation avec les autres éléments constituant ces ressources : principalement l'entrée sur le marché du travail de nouveaux diplômés pour les flux entrants et les départs à la retraite, ainsi que les sorties temporaires ou définitives de la profession, pour les flux sortants (graphique 3.17). Ces différents flux entrants et sortants sont en particulier régis par les politiques en matière de formation et par les politiques migratoires et sont également influencés par les contextes économiques et institutionnels.

Les principaux moyens pour agir sur l'offre de médecins ou d'infirmiers sont de modifier la capacité de formation et la durée moyenne de vie active – notamment en améliorant la rétention. Ces politiques sont toutefois coûteuses et dans le cas de la formation, produisent des effets seulement avec un certain retard. Dans ces conditions, le recrutement de personnels à l'étranger apparaît parfois comme un pis-aller, notamment pour pallier les besoins les plus

Graphique 3.17. Flux d'entrée et de sortie et effectifs de personnel de santé



Source : OCDE (2008).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933264610>

urgents. Les politiques modifiant le traitement ou les conditions de travail des personnels peuvent par ailleurs affecter les incitations à émigrer ou à revenir. D'un point de vue général, il est clair que les politiques de gestion des ressources humaines en santé, qu'elles concernent la demande ou l'offre, sont susceptibles d'affecter les tendances migratoires.

Certains changements institutionnels peuvent aussi modifier les conditions d'équilibre entre l'offre et la demande au niveau national et/ou international. Pour les pays de l'UE/AELE, l'élargissement de l'UE aux nouveaux États membres en 2004 et en 2007, et l'instauration progressive de la libre circulation des travailleurs à partir de ces pays a eu un impact important sur les mouvements migratoires. En parallèle, l'adoption du Code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé (OMS, 2010) ambitionnait de modifier les conditions de recrutement des professionnels de la santé afin de renforcer et de mieux partager les bénéfices attendus des migrations internationales.

Les migrations internationales des personnels de santé sont également susceptibles d'être affectées par le contexte économique. Dans certains pays, la crise économique de 2007/08 a limité les capacités de financement du système de santé et entraîné des réductions d'effectifs dans le secteur de la santé et une détérioration des conditions de travail. Inversement, la dégradation du contexte économique peut favoriser un retour en emploi des personnes qui s'étaient retirées du marché du travail, notamment du personnel infirmier, ou inciter certaines personnes à repousser leur départ à la retraite. Selon les pays, la combinaison de ces différents effets de la crise économique peut entraîner une émigration des personnels de santé et/ou diminuer ou augmenter les besoins en termes de recrutements internationaux.

Les politiques migratoires définissent les règles et conditions dans lesquelles il est possible de recruter à l'étranger. Ces dernières années, la plupart des pays ont apporté des changements dans ce domaine, notamment pour certaines catégories de travailleurs qualifiés, parmi lesquels on compte bien souvent les professionnels de la santé. Ces derniers n'ont pas été sans effet sur l'ampleur et la composition des flux. Les politiques de reconnaissance des diplômes et des qualifications professionnelles acquises à l'étranger influencent également les flux migratoires en établissant les conditions selon lesquelles les professions de santé peuvent être exercées dans le pays de destination.

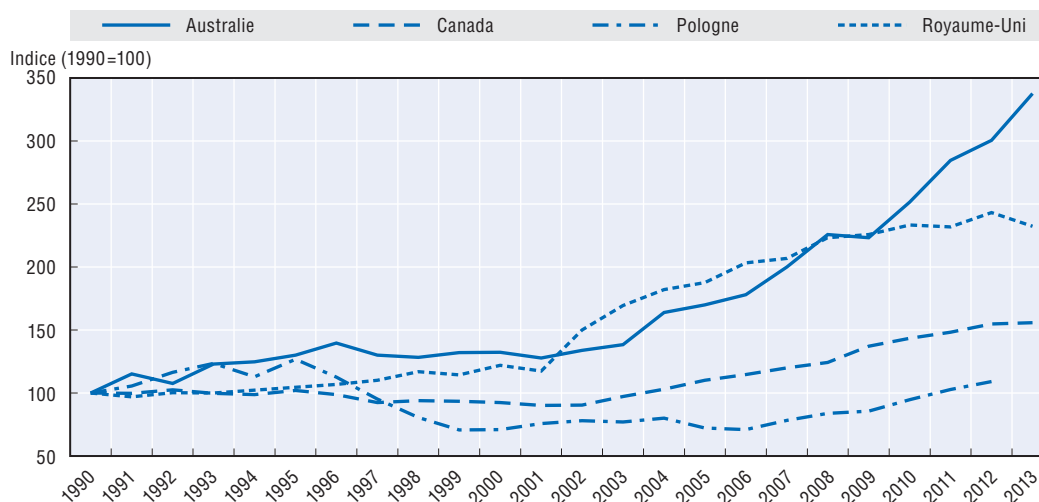
Cette section passe en revue les principales politiques dans le domaine de la santé et des migrations qui ont pu avoir un impact sur les migrations internationales des personnels de santé au cours de ces dernières années et analyse leurs effets dans les pays de l'OCDE.

Les politiques d'éducation et de formation et la planification des effectifs : quels effets sur les migrations internationales des professionnels de la santé ?

Les politiques concernant l'éducation et la formation des médecins, infirmiers et autres professionnels de santé sont, dans la plupart des pays, les outils les plus importants pour ajuster l'offre de ressources humaines dans le domaine de la santé aux besoins. L'objectif de former suffisamment de personnels de santé pour limiter la dépendance vis-à-vis de l'immigration constitue d'ailleurs l'un des principes essentiels du Code de pratique mondiale de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé. Alors que la plupart des pays de l'OCDE contrôlent, d'une manière ou d'une autre, le nombre d'étudiants formés dans les écoles de médecine et d'infirmiers, notamment au moyen d'un *numerus clausus*, de nombreux pays ont augmenté les admissions dans ces programmes depuis 2000, que ce soit pour répondre aux besoins croissants de services de santé ou pour diminuer leur dépendance envers l'étranger.

Une intensification de la formation s'observe particulièrement au Royaume-Uni, en Australie, au Canada, aux Pays-Bas ou au Portugal, tant pour les infirmiers que pour les médecins (graphiques 3.18 et 3.19). En France, en Suisse et en Italie, le nombre de diplômés dans le domaine infirmier a connu une forte croissance entre 2000 et 2013, alors que la formation de médecins est restée plus stable. À l'inverse, la Finlande a presque doublé le nombre de diplômés en médecine durant cette période, conservant un nombre de diplômés en soins infirmiers constant. La Corée a aussi connu une augmentation massive du nombre de diplômés en soins infirmiers, avec plus de 46 000 diplômés en 2012 contre environ 30 000 en 2006 (*Statistiques de l'OCDE sur la santé*, 2013). Enfin, en Espagne, la baisse observée en 2012 est liée au fait que la durée de formation est passée depuis 2011 de trois à quatre ans.

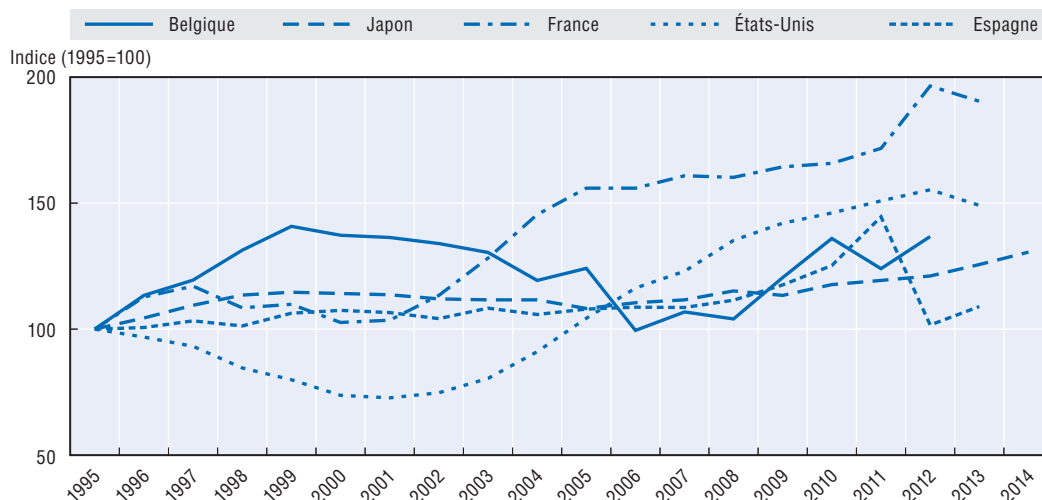
Graphique 3.18. **Évolution du nombre de diplômés en médecine pour quatre pays de l'OCDE, 1990 à 2013**



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2013.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933264629>

Graphique 3.19. Évolution du nombre de diplômés en études d'infirmier pour quatre pays de l'OCDE, 1995 à 2014



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2013 et NCLEX Exam Stats (NCSBN).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933264635>

Compte tenu des délais de formation des médecins, et dans une moindre mesure des infirmiers, (trois à cinq ans pour les infirmiers et dix à huit ans pour les médecins), le nombre de nouveaux diplômés reflète les décisions prises en matière de formation plusieurs années auparavant. En 2012, de nombreux pays de l'OCDE ont affirmé avoir augmenté les taux d'admission dans les facultés de médecine ainsi que pour le personnel infirmier au cours des cinq dernières années et ce, malgré la crise économique de 2007/08 (tableau 3.9). Dans la plupart des pays, le nombre de diplômés devrait donc continuer d'augmenter dans les années à venir.

L'interdépendance entre la formation nationale et le recrutement international est particulièrement manifeste aux États-Unis pour ce qui concerne le personnel infirmier (graphique 3.20)⁷. En effet, le nombre d'infirmiers ayant réussi l'examen permettant la certification a plus que doublé en dix ans, passant de moins de 70 000 en 2001 à près de 150 000 en 2012. Dans le même temps, le nombre d'infirmiers formés à l'étranger et réussissant cet examen a chuté pour passer d'environ 23 000 en 2007 à un peu plus de 5 000 en 2012. Un phénomène similaire, bien que moins prononcé, caractérise l'évolution des flux de médecins aux États-Unis (graphique 3.21). À partir de 2007, le nombre de diplômés dans le pays a augmenté alors même que les nouveaux enregistrements de médecins formés à l'étranger diminuaient.

Au Royaume-Uni (graphique 3.22), l'augmentation du nombre de diplômés en médecine, amorcée à la fin des années 2000, a atténué le besoin de recruter à l'étranger. La forte baisse des entrées de médecins formés à l'étranger, enregistrée à partir de 2008, s'explique toutefois aussi par des changements drastiques dans la politique migratoire ainsi que par la chute brutale de la croissance des dépenses de santé et du recrutement de personnels de santé, y compris de médecins. La composition par pays d'origine des médecins formés à l'étranger au Royaume-Uni a aussi évolué fortement au cours des dernières années, avec une part croissante de médecins formés dans les pays de l'Union européenne.

De la même manière, l'évolution des recrutements internationaux de personnel infirmier peut s'expliquer par des inflexions de la politique de gestion et de développement

Tableau 3.9. **Changements dans le *numerus clausus* entre 2007 et 2012**

	Admission d'étudiants en médecine	Admission d'étudiants en soins infirmiers
Australie	Hausse	Hausse
Allemagne	Stable	Stable
Autriche	Stable	Pas de réponse
Belgique	Hausse	Stable
Canada	Hausse	Hausse
Chili	Hausse	Hausse
Corée	Stable	Hausse
Danemark	Hausse	Hausse
Espagne	Hausse	Hausse
Estonie	Pas de réponse	Hausse
États-Unis	Hausse	Hausse
Finlande	Hausse	Hausse
France	Hausse	Stable
Grèce	Stable	Stable
Hongrie	Stable	Stable
Irlande	Hausse	Baisse
Islande	Stable	Stable
Israël	Hausse	Hausse
Italie	Hausse	Stable
Japon	Hausse	Hausse
Luxembourg	Stable	Stable
Mexique	Stable	Hausse
Norvège	Hausse	Hausse
Nouvelle-Zélande	Hausse	Stable
Pays-Bas ¹	Hausse	Pas de réponse
Portugal	Stable	Hausse
République tchèque	Stable	Stable
Royaume-Uni ²	Stable	Baisse
Slovénie	Hausse	Hausse
Suède	Hausse	Hausse
Suisse	Hausse	Hausse

1. Aux Pays-Bas, il a été recommandé dans le rapport de l'ACMMP (Advisory Council on Medical Manpower Planning) de 2013 que le nombre de places de formation post-graduée soit diminué et ramené au niveau d'avant 2010, afin d'éviter que ne survienne un surplus de médecins, en lien avec la poursuite plus importante que prévu des flux de médecins formés à l'étranger (ACMMP, 2013).

2. En Angleterre, le nombre de places de formation pour les infirmiers et sages-femmes devrait augmenter de 6 %, soit près de 1 900 places supplémentaires pour l'année 2014/15. Pas de réponse pour les autres pays de l'OCDE.

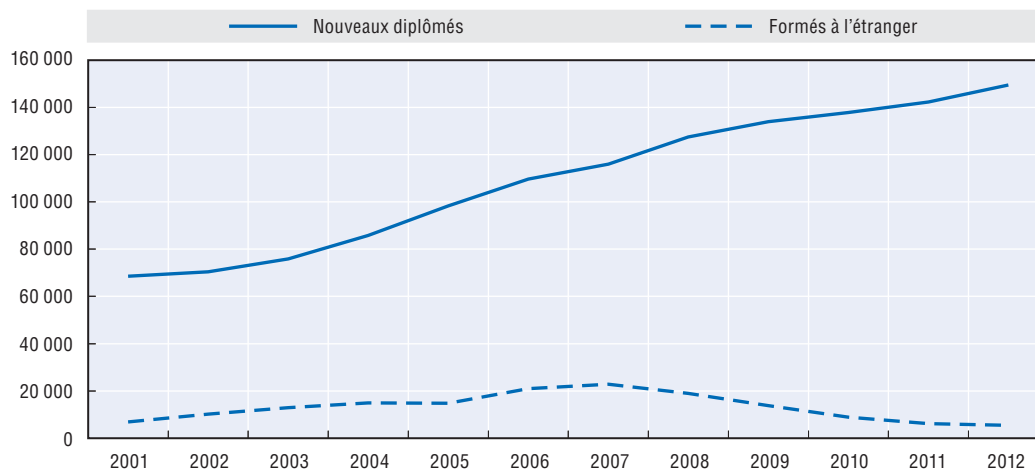
Source : OECD Health System Characteristics Survey 2012/13 ; Buchan et Secombe (2013) pour les données sur les infirmiers au Royaume-Uni.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933264428>

des ressources humaines. En Irlande, par exemple, lors de l'année académique 2002/03, le baccalauréat en sciences infirmières (*BSN Degree*) a remplacé le diplôme d'infirmier, prolongeant d'une année la durée des études. En 2005, l'Irlande n'a donc produit aucun infirmier⁸. Comme le montre le graphique 3.23, ce déficit fut alors comblé par le recrutement de personnel étranger. L'Irlande est le seul pays de l'OCDE, avec le Royaume-Uni, à avoir réduit le nombre d'étudiants dans les écoles d'infirmiers au cours des dernières années. Il en résulte une légère baisse du nombre d'enregistrements d'infirmiers formés en Irlande à partir de 2011.

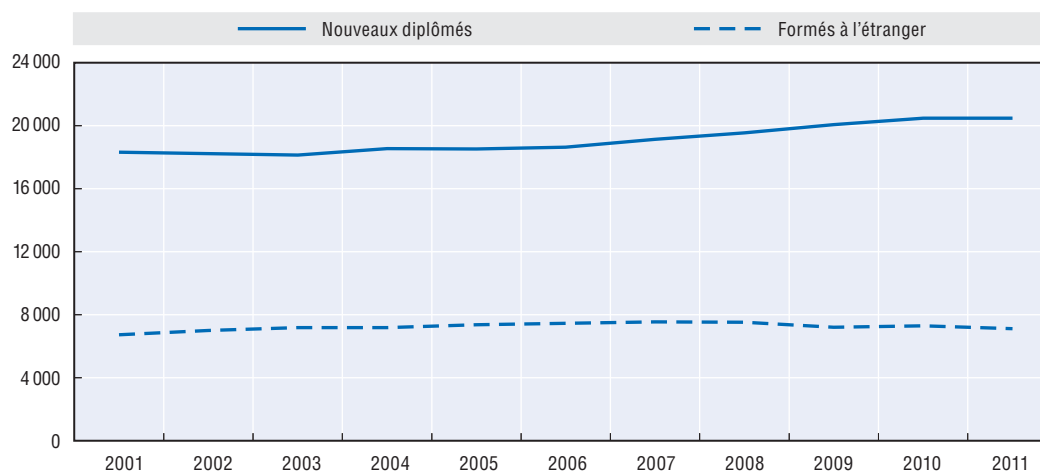
Dans les pays où le pourcentage de personnels formés à l'étranger est relativement bas, les effets sur l'immigration des changements dans la formation sont moins marqués. Dans le cas du Canada, par exemple, l'augmentation du nombre de diplômés n'a eu qu'un impact modéré sur l'immigration (graphique 3.24).

Le nombre de places disponibles dans les systèmes de formation ne constitue cependant pas le seul déterminant des effectifs. Pour les médecins, plusieurs pays restreignent en effet non seulement l'entrée en formation, mais également l'accès à la formation post-graduée

Graphique 3.20. **Évolution du nombre d'infirmiers diplômés et d'infirmiers formés à l'étranger passant l'examen d'infirmier diplômé, États-Unis, 2001-12**

Source : *The U.S. Nursing Workforce : Trends in Supply and Education*, Health Resources, Services Administration (HRSA), 2013.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933264644>

Graphique 3.21. **Évolution du nombre de nouveaux diplômés en médecine et des nouveaux enregistrements de médecins formés à l'étranger, États-Unis, 2001-11**

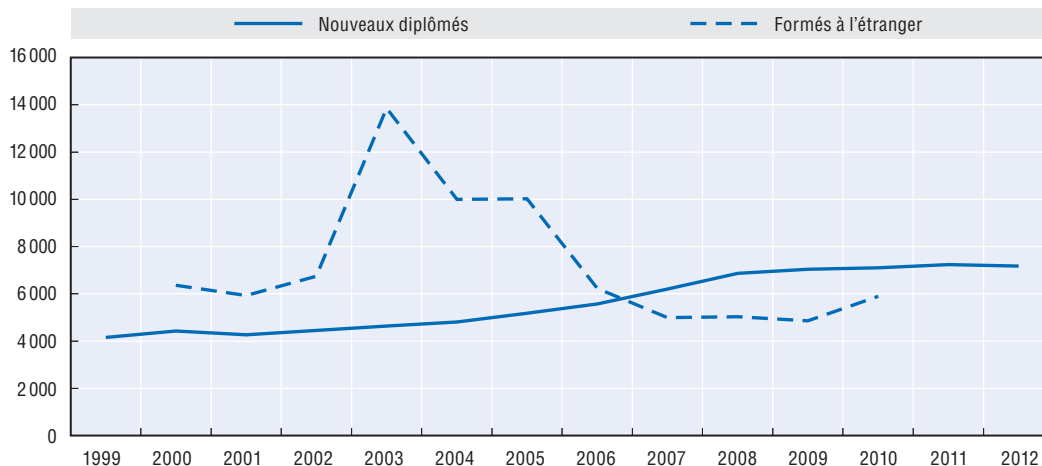
Note : Le nombre de nouveaux diplômés en médecine comprend les diplômés en médecine allopathique ainsi que les diplômés en médecine ostéopathe, alors que les entrées de médecins formés à l'étranger ne comprennent que les médecins allopathiques.

Source : American Medical Associations, National Centre for Health Statistics.


StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933264659>

(tableau 3.10). Pour les quelques pays qui ne définissent pas explicitement de tels « quotas » (Chili, République tchèque), les contraintes budgétaires ou les contraintes en matière de capacité d'accueil dans les universités limitent *de facto* le nombre d'étudiants formés. Ces limitations peuvent restreindre les opportunités pour les diplômés internationaux, voire inciter les diplômés nationaux à émigrer afin d'élargir leurs perspectives.

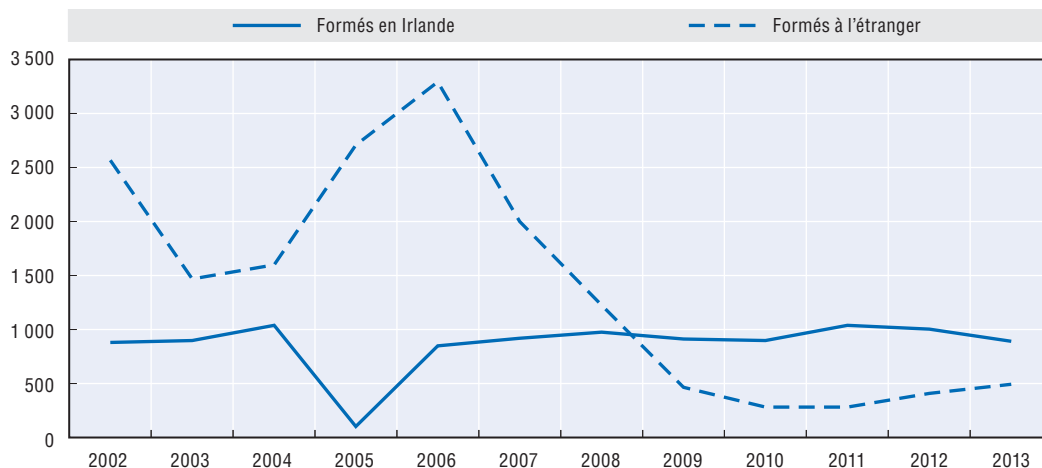
Graphique 3.22. **Évolution du nombre de nouveaux diplômés en médecine et des nouveaux enregistrements de médecins formés à l'étranger, Royaume-Uni, 1999-2012**



Source : Blacklock et al. 2012, UK Graduate Output 1991/92 to 2012/13, Health and Social Care Information Centre.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933264662>

Graphique 3.23. **Évolution du nombre de nouveaux enregistrements d'infirmiers formés dans le pays et à l'étranger, Irlande, 2002-13**



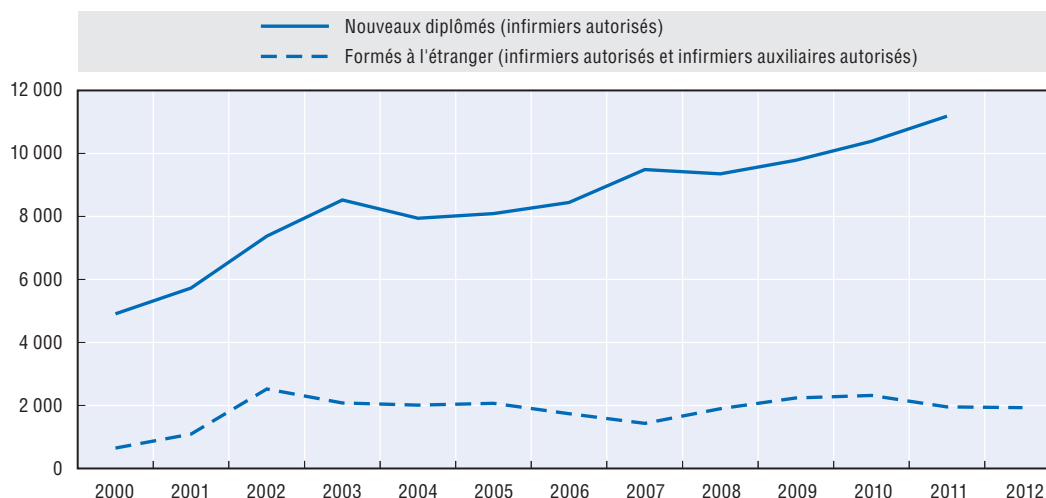
Note : Le nombre de nouveaux enregistrements d'infirmiers formés en Irlande ne correspond pas nécessairement au nombre de nouveaux diplômés, dont une partie peut chercher à émigrer directement après l'obtention du diplôme.

Source : Irish Nursing Board, An Board Altranais.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933264676>

Effets de l'élargissement de l'Union européenne sur les migrations internationales des personnels de santé

La libre circulation des personnes et des travailleurs fait partie intégrante de la construction européenne au moins depuis la signature du Traité de Rome en 1957. En 2004, huit des dix nouveaux pays⁹ ayant adhéré à l'Union européenne ont été soumis à des restrictions et seuls trois pays de destination ont décidé de ne pas appliquer la période de transition prévue par les traités et de libéraliser immédiatement l'accès à leur marché du travail : l'Irlande, la Suède et le Royaume-Uni. L'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, la France, le Luxembourg et le Danemark ont maintenu des restrictions mais ont simplifié

Graphique 3.24. **Évolution du nombre de nouveaux diplômés et des entrées d'infirmiers formés à l'étranger, Canada, 2000-12**

Note : Le nombre total d'infirmiers diplômés au Canada (infirmiers autorisés et infirmiers auxiliaires autorisés) atteignait près de 19 000 personnes en 2012.

Source : Canadian Nurses Association and Canadian Associations of Schools of Nursing, Canadian Institute for Health Information, *Nursing Database*.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933264689>

Tableau 3.10. **Limitation des admissions pour la formation médicale, 26 pays de l'OCDE, 2012**

Admissions non limitées	Limitation de l'accès aux études de médecine	Limitation de l'accès aux études de médecine et à la formation spécialisée
Chili	Australie	Belgique
République tchèque	Allemagne	Canada
	Autriche	Corée
	Finlande	Danmark
	Grèce	Espagne
	Irlande	États-Unis ¹
	Israël	France
	Japon	Pays-Bas
	Norvège	Pologne
	Nouvelle-Zélande	Portugal
	Royaume-Uni	Slovénie
	Suède	
	Suisse	

1. Aux États-Unis, le gouvernement fédéral n'intervient pas sur les décisions liées au nombre d'étudiants admis mais les facultés de médecine limitent volontairement le nombre de places de formation (Cooper, 2008).

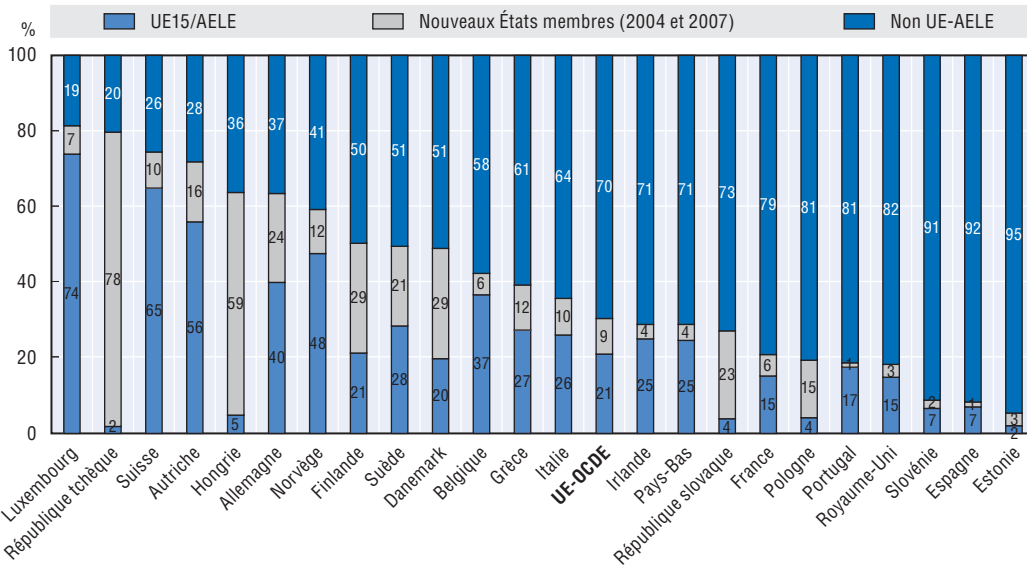
Source : OECD Health System Characteristics Survey 2012/13.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933264439>

leur régime d'accès dans certains cas. Le 1^{er} juillet 2007, la Roumanie et la Bulgarie ont adhéré à leur tour à l'Union européenne. Cette fois, seules la Suède et la Finlande ont prit le parti de ne pas appliquer de période transitoire. La Grèce, l'Espagne et le Portugal ont pour leur part ouvert l'accès à leur marché du travail à ces pays en 2009.

Les graphiques 3.25 et 3.26 présentent la composition par origine des médecins et des infirmiers nés à l'étranger. Dans la plupart des pays européens membres de l'OCDE, la part de personnels de santé provenant de pays hors de l'UE/AELE est devenue prépondérante. De manière générale, cette situation reflète les liens historiques, coloniaux et linguistiques

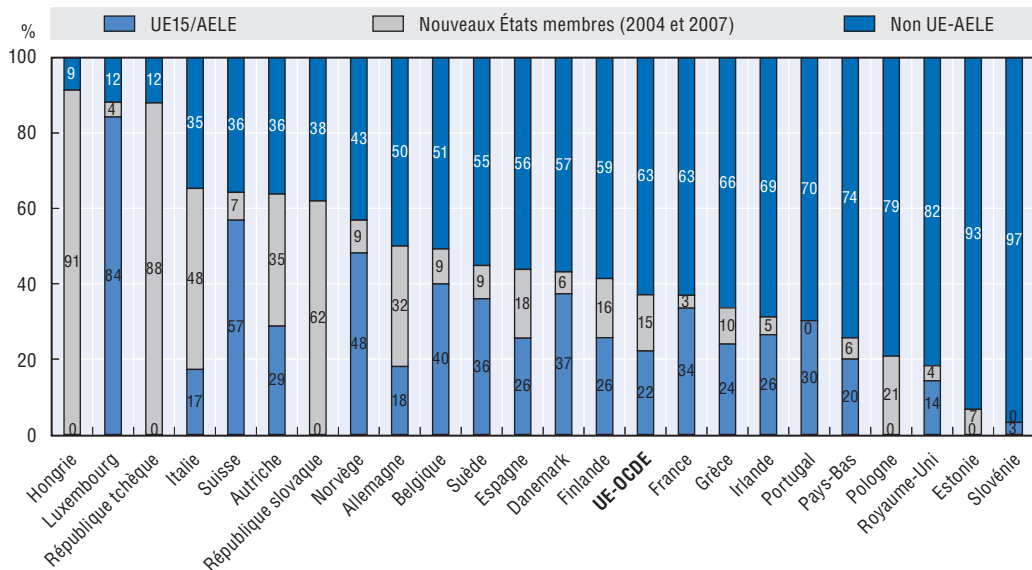
Graphique 3.25. Part des médecins nés dans un pays de l'UE/AELE parmi l'ensemble des médecins nés à l'étranger dans les pays européens de l'OCDE, 2010/11



Note : Seuls les pourcentages supérieurs à 2 % sont indiqués.
Source : DIOC 2010/11, EFT 2009-12.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933264690>

Graphique 3.26. Part des infirmiers nés dans un pays de l'UE/AELE parmi l'ensemble des infirmiers nés à l'étranger dans les pays européens de l'OCDE, 2010/11



Note : Seuls les pourcentages supérieurs à 2 % sont indiqués.
Source : DIOC 2010/11, EFT 2009-12.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933264707>

ainsi que les effets de proximité géographique. Par exemple, les médecins étrangers exerçant en Slove­nie proviennent principalement de la Fédération de Russie ainsi que d'autres pays de l'ex-URSS. Pour le Portugal, ce sont les ressortissants de pays africains lusophones, tels que l'Angola ou le Mozambique, qui représentent les principaux groupes

de médecins étrangers, alors qu'en Espagne, on trouve principalement des médecins venant d'Amérique du Sud (Colombie, Cuba, Argentine, Pérou). Dans d'autres pays, cette présence de ressortissants hors UE/AELE est en partie le reflet de pratiques de recrutement international propres au domaine de la santé.

Pour les personnels de santé nés dans les pays ayant rejoint l'UE en 2004 et 2007, la répartition géographique est également fortement influencée par les liens historiques et linguistiques même si de nouveaux canaux migratoires ont émergés. En Allemagne et dans les pays nordiques, les ressortissants polonais constituent une importante part de ces effectifs. Les personnels de santé nés en Roumanie sont par contre plus nombreux en Belgique, en Grèce, en Italie et en France. En Autriche, les médecins proviennent plutôt de Roumanie alors que les infirmiers sont beaucoup plus nombreux à provenir de Pologne. La présence massive en Italie et en Espagne de personnels infirmiers nés en Roumanie peut encore être relevée.

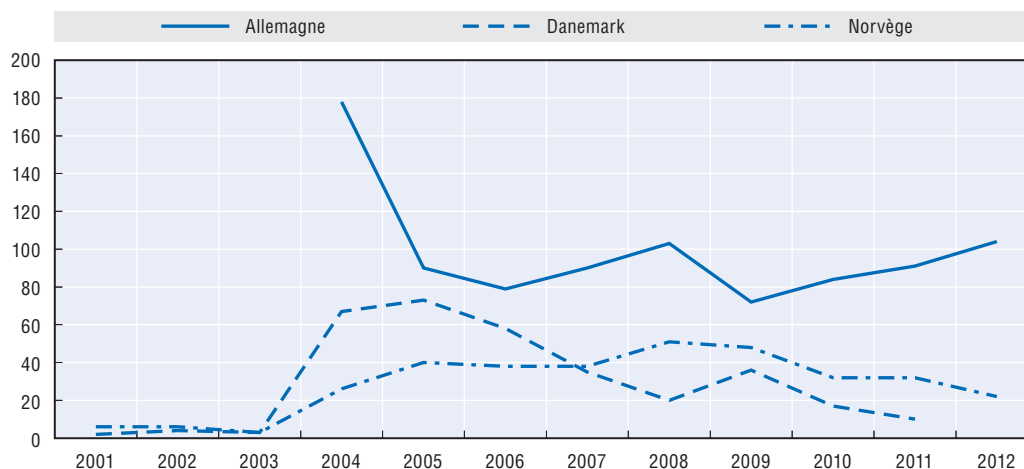
Avant l'adhésion des dix nouveaux pays membres en 2004, des craintes avaient été exprimées quant à un afflux massif de personnels de santé en provenance de ces pays. Ces craintes étaient notamment fondées sur les résultats d'enquêtes concernant les intentions de migrer des personnels de santé avant l'élargissement. Par exemple, plus d'un tiers des personnels de santé polonais et plus de la moitié des personnels de santé estoniens indiquaient avoir l'intention d'émigrer à des fins d'emploi (Vörk et al., 2004). Même si, en 2012, les professions de médecin et d'infirmier étaient considérées comme les plus mobiles au sein de l'UE, avec respectivement plus de 62 000 et 57 000 décisions prises sur les demandes de qualification en vue d'un établissement permanent¹⁰, l'ampleur des flux migratoires enregistrés reste somme toute modeste.

Pour les médecins polonais par exemple (graphique 3.27), on observe effectivement un pic en 2004, particulièrement marqué en Allemagne, dans le nombre d'enregistrements. Ce nombre (moins de 200) restait toutefois marginal par rapport au nombre total de praticiens en Pologne (plus de 80 000). De plus, dès 2005, les admissions ont chuté brutalement. Elles demeurent très faibles, en dépit d'une légère augmentation à partir de 2009, date à partir de laquelle l'Allemagne a ouvert son marché du travail aux personnes titulaires d'un diplôme universitaire. Les chiffres présentés pour le Danemark et la Norvège retracent une histoire similaire.


Depuis 2010, on observe par ailleurs des flux de retour non négligeables de médecins polonais. Cette tendance s'expliquerait pour partie par la hausse substantielle du niveau de revenu des médecins suite aux grèves de 2006/07 et par l'augmentation du financement du système de santé en Pologne. Cette baisse de l'engouement pour l'immigration est également visible au travers de l'évolution baissière du nombre de demandes de reconnaissances de qualification.

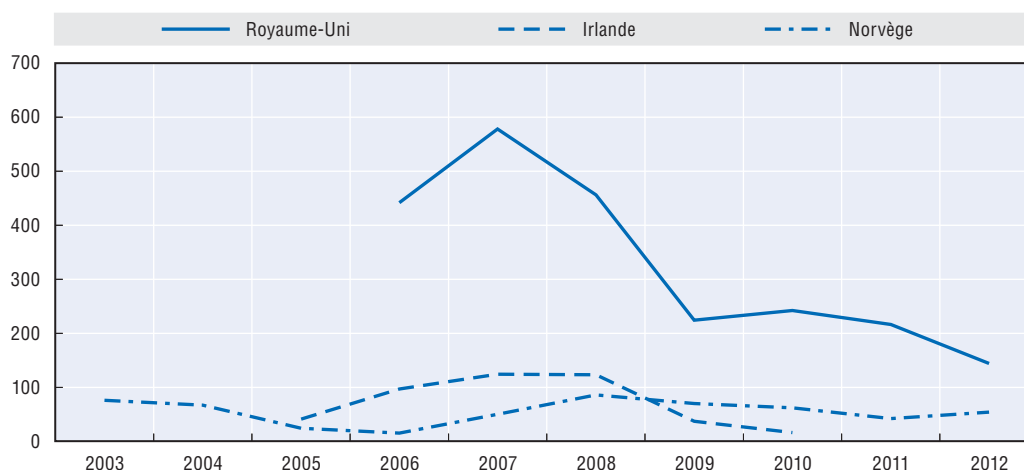
Pour le personnel infirmier (graphique 3.28), les informations disponibles indiquent qu'il n'y a pas eu en 2004 d'afflux soudain d'infirmiers polonais dans les pays d'Europe occidentale comme le Royaume-Uni, l'Irlande ou la Norvège. Au Royaume-Uni et en Irlande, les flux auraient plutôt été guidés par les besoins du marché du travail, particulièrement accrus autour de 2007 mais qui se sont rapidement taris. Par ailleurs, l'Allemagne a conclu en 2005 des accords bilatéraux pour le recrutement d'aides-infirmiers avec plusieurs pays d'Europe centrale et orientale¹¹, dont la Pologne, la Roumanie et la Croatie.

La Roumanie constitue un autre pays d'origine important pour les professionnels de la santé. L'Italie et, dans une moindre mesure, la France ont en effet connu une forte

Graphique 3.27. **Évolution du nombre de nouveaux enregistrements de médecins formés en Pologne dans trois pays de l'OCDE, 2001-12**


Source : Registres professionnels (voir tableau 3.5).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933264715>

Graphique 3.28. **Évolution du nombre de nouveaux enregistrements d'infirmiers formés en Pologne dans trois pays de l'OCDE, 2003-12**

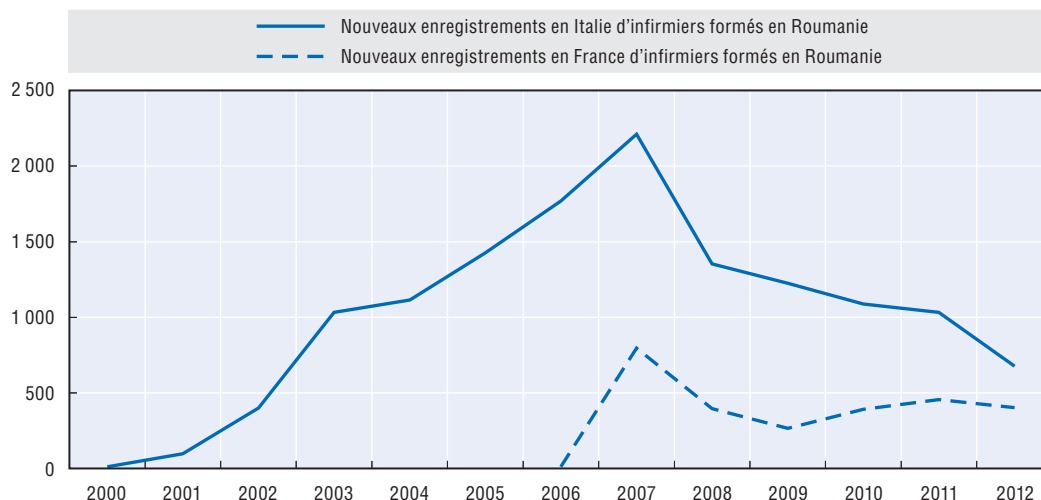
Notes : Les données de 2006 à 2008 pour le Royaume-Uni correspondent au calendrier de l'exercice financier, les données de 2009 à 2012 correspondent à l'année civile. Pour le Royaume-Uni, les données ne sont disponibles que pour la période 2006/12 et, pour l'Irlande, les données ne sont disponibles que pour la période 2005/10.

Source : Registres professionnels (voir tableau 3.5).


StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933264724>

augmentation des recrutements de professionnels de santé roumains depuis dix ans (graphique 3.29). Dans le cas de la France, un important flux continu de médecins formés en Roumanie à partir de 2007, date à laquelle la reconnaissance des diplômes de médecins formés en Roumanie a été facilitée¹². En Italie, l'immigration d'infirmiers formés en Roumanie a été particulièrement importante dans les années 2000. Ce flux s'est amorcé autour de 2002, atteignant son apogée en 2007, lors de l'adhésion de la Roumanie à l'UE. L'Italie a limité l'accès à son marché du travail aux ressortissants roumains et bulgares mais ces restrictions n'ont pas concerné le personnel infirmier puisque dès 2002, en réponse à une pénurie, les infirmiers étrangers ont été exemptés des quotas d'admission annuels (Chaloff, 2008).

Graphique 3.29. Évolution du nombre de nouveaux enregistrements en Italie et en France de personnels de santé formés en Roumanie, 2000-12 et 2006-12



Source : Registres professionnels (voir tableau 3.5).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933264738>

Depuis le 1^{er} janvier 2014, les dispositions transitoires appliquées à l'égard des travailleurs roumains et bulgares ont pris fin dans l'ensemble des pays de l'UE, permettant à ces personnels d'exercer toute activité économique ou de séjourner dans un pays afin d'y rechercher un emploi. Il paraît toutefois peu probable que cette levée génère d'importants mouvements de personnels de santé, ceux-ci ayant plutôt bénéficié d'un accès facilité aux marchés du travail des pays de l'UE15/AELE, de Chypre^{1,2} et de Malte, même dans les pays ayant appliqué des restrictions.

L'impact des politiques de restrictions budgétaires suite à la crise économique sur l'emploi et les salaires dans le secteur de la santé et sur les flux migratoires

De manière générale, l'emploi dans le domaine sanitaire et social tend à être moins sensible aux fluctuations conjoncturelles que l'emploi dans d'autres secteurs de l'économie (Morgan et Astolfi, 2013). Ainsi, le nombre total de médecins et d'infirmiers a continué d'augmenter au cours de la dernière décennie dans la plupart des pays de l'OCDE et si un effet de la récession peut être observé, c'est plutôt par le ralentissement du rythme de cette augmentation ou par une stagnation des effectifs.

Les mesures d'austérité, notamment en Europe, ont touché les personnels de santé de façon plus ou moins directe dans les pays les plus affectés par la crise. Quelques pays ont toutefois procédé à une réduction des effectifs de santé. En Grèce, le personnel temporaire a été supprimé et seule une personne sur cinq partant à la retraite a été remplacée (Mladovsky et al., 2012). En Irlande, un Moratorium sur le recrutement a été introduit en mars 2009 visant également une réduction des services de santé. Entre décembre 2008 et 2010, une baisse de 4.2 % du nombre d'infirmiers était enregistrée, soit une diminution de 1 600 emplois (équivalent pleins temps) (Thomas et al., 2013). En Islande, environ 700 personnes ont perdu leur emploi à l'hôpital universitaire national entre 2007 et 2010, soit 10 % de l'effectif total (Mladovsky et al., 2012).

Les mesures ciblant les conditions salariales et d'emploi ont toutefois été plus répandues. Les salaires des personnels de santé ont par exemple été réduits, en Grèce, en Irlande et en Espagne¹³ ou gelés (en terme nominal ou en terme réel) en France, en

Angleterre, au Portugal et en Slovénie (Mladovsky et al., 2012). Enfin, on peut mentionner les coupes budgétaires ayant eu pour effet de diminuer le nombre de places de formation durant les années de crise économique, particulièrement pour ce qui concerne le personnel infirmier. C'est ce qui a été observé au Royaume-Uni (Buchan et Seccombe, 2013), où 2 500 places de formation ont été supprimées entre 2009 et 2012, soit une baisse de 12 % (Lintern, 2012)¹⁴. En Irlande, le nombre de places de formation pour les infirmiers aurait pour sa part baissé d'environ 17 % en raison de la crise économique (Mc Sharry et al., 2009).

D'un côté, dans la mesure où la demande de personnels de santé tend à stagner ou à croître moins rapidement, la demande de personnels étrangers devrait *a priori* baisser et les flux migratoires diminuer. De plus, on considère généralement que les périodes de crise économique favorisent le retour à l'emploi, notamment des infirmiers qui avaient quitté leur poste précédemment (pour compenser des pertes de revenu des ménages), une meilleure fidélisation ainsi qu'une augmentation du temps de travail du personnel soignant. Pour les médecins, c'est plutôt le recul de l'âge de la retraite qui a été observé au cours des dernières années, lié soit aux conséquences de la crise économique ou aux réformes des régimes de retraite (DREES, 2013 ; Pong, 2011 ; van der Windt, 2013). Ces comportements participent donc également à la diminution de la demande en personnels de santé étrangers.

Mais d'un autre côté, les mesures d'austérité prises dans les pays durement touchés par la crise peuvent aussi contribuer à augmenter les incitations à émigrer. En effet, en détériorant les conditions de travail, en limitant les opportunités d'emploi ou en accentuant les écarts salariaux internationaux, ces mesures peuvent générer une insatisfaction poussant les personnels de santé à chercher un emploi à l'étranger.

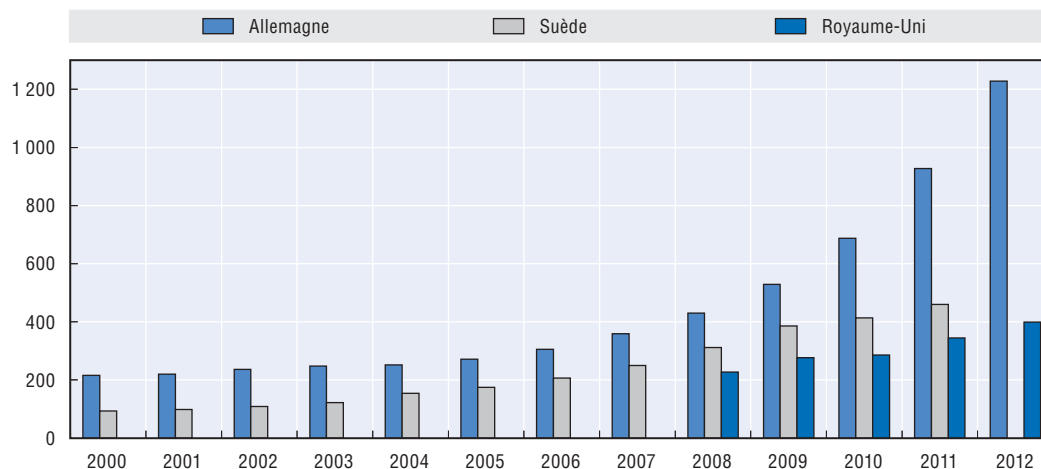
L'effet de la crise sur les migrations des professionnels de la santé en Europe

Dans le cas européen, les conséquences de la crise économique ne peuvent pas être complètement dissociées des effets de l'élargissement de l'UE discutés dans la section précédente, surtout en ce qui concerne la Roumanie et la Bulgarie qui ont adhéré à l'UE en 2007. Le graphique 3.30 rend compte de l'évolution du nombre de médecins provenant de Hongrie en Allemagne, en Suède ainsi qu'au Royaume-Uni, trois principaux pays de destination pour ces médecins. Il apparaît premièrement que l'émigration de médecins hongrois est postérieure à l'élargissement et s'accélère à partir de 2008, particulièrement vers l'Allemagne. Outre les effets de la crise économique sur le système de santé hongrois, cette tendance peut également en partie s'expliquer par les mesures de transitions mises en place par l'Allemagne entre 2004 et 2011. Pour la République slovaque et la République tchèque, deux pays ayant également rejoint l'UE en 2004, les données des registres professionnels allemands et britanniques révèlent des tendances similaires.

La Grèce et l'Italie, deux pays d'Europe touchés de façon particulièrement dure par la crise économique, ont connu une augmentation sensible de l'émigration de leurs médecins depuis 2008 à destination d'autres pays européens comme l'Allemagne et le Royaume-Uni (graphiques 3.31 et 3.32). Il est à noter que les densités médicales qu'affichent la Grèce et l'Italie figurent toutefois toujours parmi les plus élevées des pays de l'OCDE (6.1 et 4.1 médecins pour 1 000 habitants en 2011 pour une moyenne de 3.2 au sein de l'OCDE) et que l'émigration de médecins à partir de ces pays était préexistante à la crise économique.

L'Allemagne apparaît comme le premier pays de destination des médecins nés en Grèce et en Italie. Le nombre de médecins de nationalité grecque y a augmenté d'environ 50 % entre 2008 et 2012, passant d'un peu plus de 1 700 à près de 2 600. Les médecins

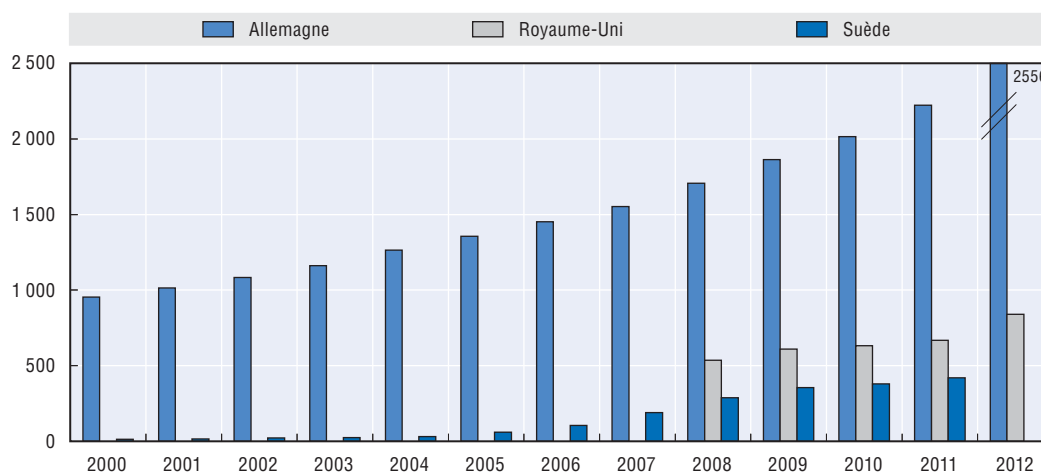
Graphique 3.30. Évolution du nombre de médecins formés en Hongrie dans trois pays de l'OCDE, par pays de destination, 2000-12



Notes : Les données de l'Allemagne indiquent le nombre de médecins de nationalité hongroise. En Suède, les données ne sont disponibles que jusqu'en 2011 et au Royaume-Uni, ne sont disponibles que pour la période 2008/12.
Source : Registres professionnels (voir tableau 3.5).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933264743>

Graphique 3.31. Évolution du nombre de médecins formés en Grèce dans trois pays de l'OCDE, 2000-12



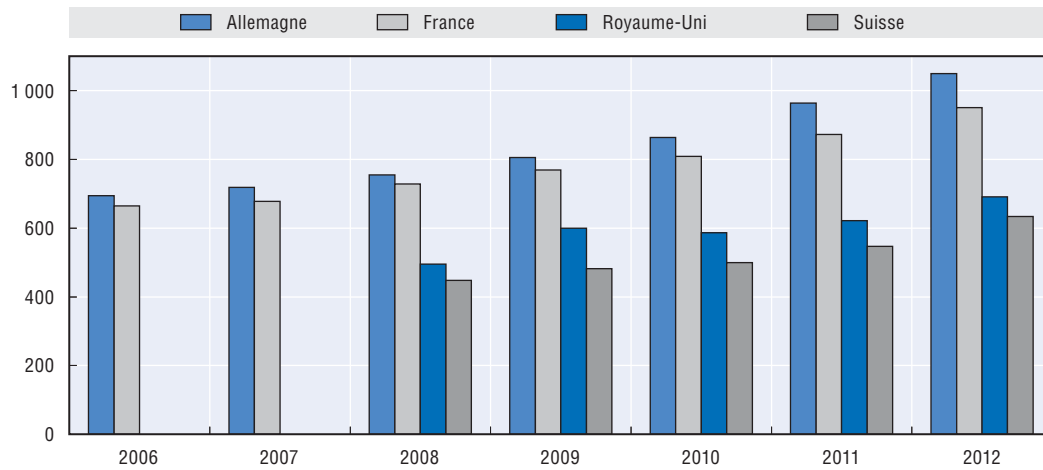
Notes : Les données de l'Allemagne indiquent le nombre de médecins de nationalité grecque. Pour le Royaume-Uni, les données ne sont disponibles que pour la période 2008/12.

Source : Registres professionnels (voir tableau 3.5).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933264754>

formés en Italie se sont également dirigés vers la France, le Royaume-Uni ou la Suisse. Dans le même temps, de nombreux médecins allemands ont eux-mêmes émigré vers des pays tiers. En Suisse, notamment, près de 1 500 médecins supplémentaires formés en Allemagne sont apparus sur le registre professionnel entre 2008 et 2012. L'immigration de médecins provenant de pays en crise vers l'Allemagne a donc pu permettre de compenser l'émigration du personnel allemand.

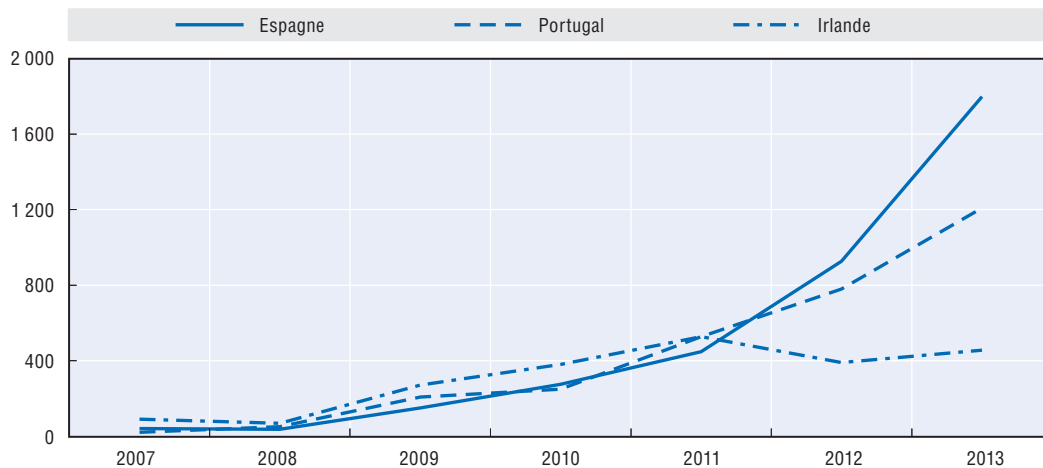
Une forte augmentation de l'émigration de personnel infirmier est visible à partir de l'Espagne, du Portugal et de l'Irlande. Le Royaume-Uni constitue la première destination (graphique 3.33). À partir de 2009, le nombre d'inscriptions d'infirmiers formés dans ces

Graphique 3.32. **Évolution du nombre de médecins formés en Italie dans 4 pays de l'OCDE, 2006-12**

Notes : Les données de l'Allemagne indiquent le nombre de médecins de nationalité italienne. Pour le Royaume-Uni et la Suisse, les données ne sont disponibles que pour la période 2008/12.

Source : Registres professionnels (voir tableau 3.5).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933264769>

Graphique 3.33. **Évolution du nombre de nouveaux enregistrements d'infirmiers formés à l'étranger au Royaume-Uni, 2007-13**

Source : Registre professionnel (voir tableau 3.5).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933264771>

trois pays sur le registre professionnel britannique correspond à environ 90 % (entre 85 % et 95 %) du nombre de demandes de reconnaissance des qualifications adressées au Royaume-Uni. Cela signifie que la majorité des personnels aspirant à émigrer au Royaume-Uni ont trouvé un emploi et ont pu mener à bien leur projet migratoire.

Il est à noter que dans le cas de l'Irlande, également, l'émigration de personnel infirmier à la fin des années 2000 s'est en fait principalement orientée vers l'Australie. En 2008, l'ordre professionnel des infirmiers en Irlande a reçu près de 5 000 demandes de vérification des compétences de la part de l'Australie. Le nombre de demandes a ensuite diminué progressivement¹⁵. Une part importante de ces mouvements semble toutefois imputable à des personnes initialement formées en Inde et aux Philippines. Ces mobilités secondaires peuvent s'expliquer par la détérioration des conditions d'emploi en Irlande,

par l'idée selon laquelle l'Irlande constituerait une étape transitoire en vue d'accéder à une destination finale, principalement l'Australie mais aussi les États-Unis ou le Canada, ou par une insatisfaction concernant les conditions liées aux droits de séjour ou au regroupement familial (Humphries et al., 2009). Ces résultats suggèrent que dans plusieurs pays, la crise économique a eu un impact négatif sur les conditions de travail et de vie des personnels de santé et que ceux-ci ont été incités à émigrer. Dans certains cas, la mobilité internationale a pu constituer un mécanisme permettant de soulager les surplus sur les marchés du travail nationaux en redistribuant les personnels de santé vers les pays offrant des opportunités professionnelles. Dans d'autre cas, un effet domino selon lequel l'immigration de personnels de santé permet de compenser l'émigration des personnels nationaux ou étrangers a également été observé.

Encadré 3.3. Effets des difficultés économiques sur les migrations internationales des personnels de santé, l'expérience passée et récente des autres pays de l'OCDE

Certains pays du sud de l'Europe et d'Europe centrale et orientale ont été durement touchés par la crise économique de 2007/08. Les expériences passées et présentes de pays non européens de l'OCDE fournissent d'autres exemples de la manière dont les flux migratoires de personnels de santé réagissent en temps de difficultés économiques accrues et dont l'émigration et l'immigration des personnels de santé affectent les ressources disponibles.

Le Canada a été confronté à de sévères difficultés économiques au cours des années 90. Les coupes budgétaires opérées dans le domaine de la santé ont eu un impact particulièrement fort sur l'emploi de personnel infirmier et dans une moindre mesure, sur l'emploi de médecins. La diminution des opportunités professionnelles au Canada, conjuguée à une demande soutenue aux États-Unis, a conduit à une importante émigration des professionnels de santé vers ce pays. Au cours des années 90, environ 32 000 visas TN* ont été délivrés à des infirmiers autorisés et plus de 27 000 ont emprunté la voie de l'immigration permanente aux États-Unis (Dumont et al., 2008). Quant aux médecins, environ 12 % de ceux ayant achevé leur formation post-graduée en 1990 se trouvaient à l'étranger dix ans plus tard (AFMC, 2009). Cette période a également été marquée par une très faible immigration de personnels de santé au Canada. Ces tendances se sont inversées au début des années 2000 et, en 2004, le nombre de médecins revenant de l'étranger a été pour la première fois plus important que le nombre de médecins quittant le pays (Dumont et al., 2008). Les efforts en termes de formation de professionnels de santé et l'immigration se sont accrues parallèlement. Entre 2000 et 2012, le nombre de nouveaux enregistrements de médecins formés à l'étranger est passé de 1 100 à 2 700 et la part des effectifs représentée par ces diplômés internationaux est passée de 21 % à 24 %. Les flux d'infirmiers formés à l'étranger ont été plus fluctuants passant de 650 nouveaux enregistrements en 2000 à environ 1 900 en 2012 avec un pic à 2 500 en 2002.

La Nouvelle-Zélande a longtemps été simultanément un important pays d'émigration et d'immigration des personnels de santé. Compte tenu de l'espace des accords trans-tasmaniens et de l'attraction exercée par le voisin australien, les mouvements migratoires à partir de la Nouvelle-Zélande sont également susceptibles d'être très sensibles aux changements dans les conditions économiques entre les deux pays. Pour autant, la Nouvelle-Zélande semble avoir été en mesure d'atténuer les effets de ces variations par le biais d'un ensemble de politiques actives. En 2000/01, le taux d'expatriation des médecins était de 17.4 % et celui des infirmiers de 19.5 % (OCDE, 2007). Ces pourcentages étaient, après ceux de l'Irlande, les plus élevés au sein de la zone OCDE. La majorité de ces personnels émigraient vers l'Australie et un plus faible nombre vers le Royaume-Uni, ainsi que les États-Unis et le Canada. Dans le même temps, la Nouvelle-Zélande affichait le pourcentage de médecins étrangers le plus élevé des pays de l'OCDE et figurait également en haut de la liste concernant la part d'infirmiers étrangers (respectivement 46.9 % et 23.2 %). En 2010/11, il apparaît que le nombre de médecins néo-zélandais expatriés est resté stable par rapport à 2000/01. Les médecins et infirmiers expatriés sont plus nombreux en Australie mais leur nombre aurait diminué dans les autres pays. Par ailleurs, les taux de fidélisation des diplômés en médecine sont restés plutôt constant au cours des 15 dernières années avec environ 84 % de rétention deux

Encadré 3.3. Effets des difficultés économiques sur les migrations internationales des personnels de santé, l'expérience passée et récente des autres pays de l'OCDE (suite)

ans après l'obtention du diplôme et entre 61 % et 70 % de rétention après huit à quatorze ans. En comparaison, 72 % des infirmiers diplômés en Nouvelle-Zélande en 2006 étaient toujours en exercice en 2012. Ces sorties du marché de l'emploi néo-zélandais ne sont pas forcément permanentes, puisque 85 % d'entre eux continuaient de renouveler chaque année leur certificat d'exercice (Nursing Council of New Zealand, 2013). Ces résultats reflètent notamment le fait qu'une part des diplômés effectuent leur internat à l'étranger et reviennent quelques années plus tard (MCNZ, 2012) et, de manière générale, suggèrent que l'émigration des professionnels de santé néo-zélandais serait en partie un phénomène temporaire. Ce renversement de tendance peut notamment s'expliquer par les initiatives mises en place afin d'améliorer la fidélisation des personnels de santé en Nouvelle-Zélande (OCDE, 2008). Par exemple, un programme d'engagement volontaire a été instauré en 2009 afin d'encourager les diplômés à travailler dans des spécialités ou dans des régions difficiles à doter en procurant des paiements incitatifs lorsque certaines modalités sont validées (New Zealand Ministry of Health, 2012). Dans le même temps, la Nouvelle-Zélande est restée un important pays d'immigration, la part de médecins formés à l'étranger étant passée de 34 % à 40 % entre 2000 et 2012. De nombreux migrants viennent également en Nouvelle-Zélande pour une durée limitée puisque seul un tiers des médecins migrants sont retenus trois ans après leur enregistrement (MCNZ, 2012).

Israël a bénéficié d'un fort afflux de médecins et d'infirmiers étrangers venant principalement de l'ex-Union soviétique à la fin des années 80 et au début des années 90. Au début des années 2000, les médecins formés dans des pays de l'ex-URSS représentaient plus d'un tiers de l'ensemble des effectifs de médecins.

Or cette force de travail vieillit (Israël a la part la plus importante de médecins âgés de plus de 55 ans parmi les pays de l'OCDE), et le nombre de diplômés en médecine par habitant demeure le plus bas des pays de l'OCDE. Israël a récemment augmenté les admissions d'étudiants mais il est difficile de prédire si l'intensification de la formation suffira à combler les manques (OCDE, 2012). Certaines spécialités médicales et le domaine des soins infirmiers souffrent déjà de manques prononcés (IMA, 2011 ; Nirel et al., 2012) et les difficultés rencontrées par les personnels de santé seraient encore exacerbées par le contexte de crise économique, en témoignent notamment les grèves des personnels de santé qui ont eu lieu en 2011. Dans ce contexte, il est rapporté qu'un nombre croissant de professionnels de santé quitteraient le pays. Par exemple, au cours des années 2000, 20 % des anesthésistes auraient émigré aux États-Unis, au Canada, ou vers d'autres pays (IMA, 2011). Cette émigration concerne vraisemblablement surtout les émigrés, l'émigration des professionnels de santé nés en Israël n'ayant presque pas augmenté entre 2000/01 et 2010/11. Alors que l'immigration de médecins et d'infirmiers vers Israël n'a cessé de diminuer au cours des années 2000, la question de la planification des personnels de santé en Israël demeure fondamentale.

* Le visa TN (Trade NAFTA) est un statut spécial de non-immigration créé dans le cadre de l'Accord de libre-échange nord-américain de 1994. Les visas TN nécessitent un renouvellement annuel. Les valeurs indiquées ne devraient donc pas être interprétées comme représentant un nombre d'individus.

Les politiques migratoires et d'intégration dans les principaux pays de destination

Cette section s'intéresse aux politiques migratoires ainsi qu'aux politiques et pratiques de reconnaissance des diplômes et des qualifications. Ces deux domaines politiques sont indissociables en ce sens qu'ensemble, ils agissent de façon sélective sur l'immigration et l'emploi effectif de personnels de santé étrangers. Seuls les principaux pays de destination des personnels de santé migrants sont passés en revue.

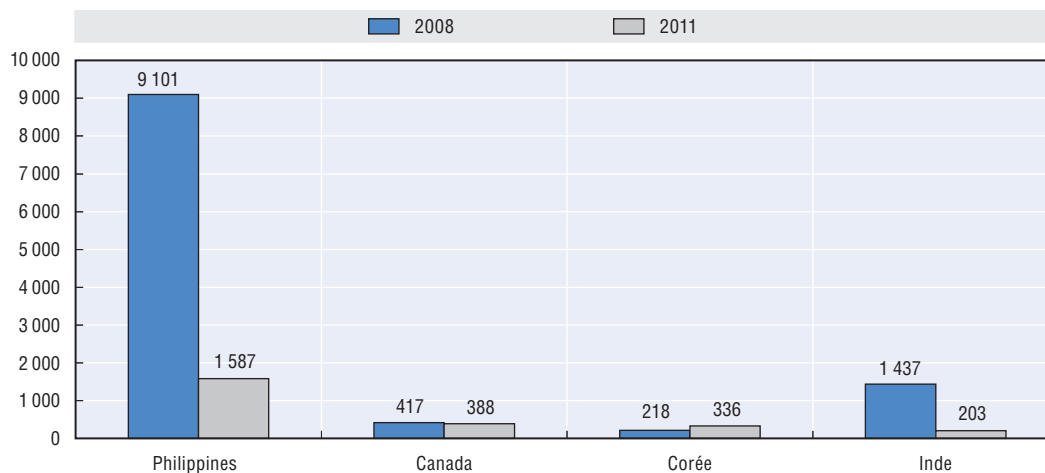
États-Unis

Aux États-Unis, les années 2000 ont été marquées par de nombreux débats et changements législatifs concernant les conditions d'entrée du personnel infirmier. En 1999, le Congrès américain a passé une loi fédérale, le *Nursing Relief for Disadvantaged Areas Act*,


créant un visa H-1C destiné spécifiquement au personnel infirmier prêt à immigrer vers des zones peu desservies. Les conditions d'octroi strictes liées à ce visa en ont néanmoins fortement limité son utilisation. Par exemple, seulement 110 visas H-1C ont été délivrés en 2008 (US Department of Homeland Security, 2008) et seulement 7 en 2013. Depuis 2003, le personnel infirmier étranger peut également solliciter un visa H-1B qui est le visa de travail pour les personnes qualifiées. Ce visa est toutefois réservé aux infirmiers titulaires d'un *Bachelor* en sciences infirmières et engagés dans une profession spécialisée. Seuls 136 visas de ce type ont été délivrés à des infirmiers en 2008 (US Department of Homeland Security, 2008) mais les chiffres plus récents seraient beaucoup plus élevés.

La majorité des infirmiers entrant aux États-Unis utilisent plutôt la voie de l'immigration permanente. Généralement, pour qu'une personne puisse être admise comme immigré permanent à des fins d'emploi, l'employeur doit faire la démonstration qu'aucun travailleur domestique qualifié, motivé et capable n'est disponible sur le marché. Les infirmiers, tout comme les kinésithérapeutes, figurent toutefois sur la liste *Schedule A*, signifiant que l'existence d'une pénurie a déjà été établie par le *Secretary of Labor*. En 2005, 50 000 visas ont néanmoins pu être utilisés pour des travailleurs de la catégorie *Schedule A*. Plus récemment, c'est en raison des quotas d'immigration par pays que le temps d'attente pour le traitement des demandes de visa a augmenté. Pour les Philippines et l'Inde, deux importants pays d'origine des personnels infirmiers, le temps de traitement était en mars 2014 de respectivement sept et dix ans (US Department of State, 2014). Le graphique 3.34 illustre cette forte baisse des entrées pour les ressortissants de ces deux pays entre 2008 et 2011.

Graphique 3.34. Nombre d'infirmiers formés à l'étranger réussissant l'examen d'infirmier diplômé aux États-Unis, 2008 et 2011



Sources : Nurse Licensee Volume et NCLEX Examination Statistics.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933264786>

À l'inverse, la mise en œuvre du *Patient Protection and Affordable Care Act (ACA)*, lequel étend sensiblement la couverture médicale, devrait faire croître la demande en personnel infirmier dans les années à venir. Le *Bureau of Statistics* prévoit que l'emploi de personnel infirmier pourrait augmenter de 19 % entre 2012 et 2022, soit 526 800 infirmiers supplémentaires sur cette période auxquels s'ajouteraient 525 800 postes à remplacer (Bureau of Labor Statistics, 2014). Étant donné que la formation de personnel infirmier s'est accrue aux États-Unis ces dernières années, ces besoins pourraient en partie être comblés

par le personnel formé nationalement mais les besoins de recrutement à l'étranger sont également susceptibles de s'accroître à l'avenir.

Pour les médecins ayant suivi leur formation à l'étranger, les voies d'entrée légales aux États-Unis sont relativement circonscrites. En premier lieu, tout médecin formé à l'étranger est tenu d'effectuer sa formation clinique aux États-Unis afin de s'inscrire sur le registre professionnel. Les médecins étrangers peuvent solliciter un visa d'échange et de visiteur (*exchange visitor*) J-1 qui est sponsorisé par l'*Educational Commission For Foreign Medical Graduates* (ECFMG). Durant l'année académique 2010/11, l'ECFMG a par exemple sponsorisé plus de 7 500 médecins à des fins de formation clinique dans un programme de résidence américain (ECFMG, 2012)¹⁶. En outre, 2 400 visas H-1B ont été délivrés à des médecins en 2014 (U.S. Department of Homeland Security, 2015). Au terme de leur formation clinique, les médecins disposant d'un visa J-1 sont normalement tenus de quitter le territoire américain et d'attendre deux ans avant de pouvoir faire une demande de changement de statut d'immigration. Une autre possibilité est de participer au programme *Conrad 30 Waiver*, lequel permet à chaque État de sponsoriser jusqu'à 30 médecins étrangers par an à la condition que ceux-ci exercent durant trois ans dans une région en sous-dotation. Avec environ 1 000 dispenses accordées en 2010, cet instrument serait devenu un moyen essentiel de recrutement pour les régions sous-dotées (Nyapati, 2012). Il est à noter qu'il est demandé au médecin étranger sollicitant une exemption de présenter une lettre de non-objection du gouvernement de son pays d'origine dans le cas où celui-ci aurait financé son programme d'échange (US Citizenship and Immigration Services, 2013). Cette condition indique une prise en considération du contexte spécifique au pays d'origine du médecin migrant et des inquiétudes liées à la « fuite des cerveaux ».

Les discussions liées à la réforme de la politique migratoire aux États-Unis ont également porté sur les dispositions ayant trait à l'entrée de médecins étrangers aux États-Unis. Cet intérêt est notamment lié à l'entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2013 de l'ACA et à la demande accrue en personnel médical qui pourrait en découler.

Canada

Pour ce qui concerne l'immigration permanente au Canada, il n'existe aucune voie d'entrée spéciale pour les médecins et les infirmières, et ils ne reçoivent pas de points de bonus dans le Programme fédéral des travailleurs qualifiés, qui leur est néanmoins ouvert. Presque toutes les provinces canadiennes ont mis en place un programme permettant de recevoir des candidats à l'immigration permanente (*Provincial Nominee Programs*)¹⁷. Ces programmes ont connu un succès grandissant ces dernières années et on a comptabilisé environ 41 000 entrées (accompagnants compris) en 2012. En 2013, toutes les provinces définissaient les médecins comme une profession stratégique pour leur programme (Atanackovic et Bourgeault, 2013). Dans le nouveau système d'entrée Express, les médecins et les infirmières doivent avoir des qualifications reconnues pour être admissibles. Dans le cas des provinces qui participent au Programme d'entrée Express (par exemple, la Colombie Britannique), un parrainage ou une offre d'emploi émanant d'une autorité de la santé publique est nécessaire pour les médecins et les infirmières, ainsi qu'un enregistrement au niveau provincial.

Pour les médecins, il est en premier lieu nécessaire de disposer d'un diplôme de médecine considéré comme acceptable par la *Foundation for Advancement of International Medical Education and Research*, de fournir la preuve de ses compétences linguistiques en anglais ou en français et de réussir l'examen d'évaluation du Conseil médical du Canada. Cet examen peut être passé

dans 80 pays et coûte 1 700 CAD. Les médecins inscrits en tant que spécialistes dans leur pays doivent néanmoins accomplir leur formation post-graduée au Canada. Selon le pays de formation de ces médecins ainsi qu'en fonction de la province traitant la demande, seule une partie ou l'ensemble de la formation post-graduée doit être réalisée. Au Canada, la pratique de la médecine est réglementée au niveau de chaque province ou territoire. Les conditions d'accréditation, y compris les frais d'inscription, varient donc sensiblement d'une province à l'autre. Récemment, la Fédération de l'Ordre des Médecins du Canada (FOMC) a développé une norme nationale qui devrait à terme faciliter la mobilité.

Afin de trouver une place de formation au Canada, un médecin formé à l'étranger peut postuler au programme national de jumelage des résidents ou participer à l'un des programmes dédiés aux médecins étrangers mis en place par les provinces. La plupart des provinces ont également prévu des autorisations d'exercice provisoires permettant à des médecins n'ayant pas accompli toutes les démarches de reconnaissance des qualifications de néanmoins travailler au Canada. Pour certaines provinces éprouvant de plus grandes difficultés à attirer et à retenir des médecins, la part des médecins au bénéfice d'une autorisation provisoire a pu atteindre en 2003 près de 30 % de l'ensemble des médecins enregistrés (Dumont et al., 2008).

Pour les infirmiers souhaitant exercer au Canada, il est notamment nécessaire d'être enregistré dans son pays de formation, de disposer d'une expérience professionnelle et de démontrer ses compétences linguistiques. Les candidats doivent ensuite passer un examen, lequel ne peut pas être passé depuis l'étranger. Si toutes les autres conditions sont réunies, il est possible de travailler avec une autorisation temporaire en attendant de passer l'examen. Plusieurs provinces ont également développé des programmes de formation d'appoint visant à conseiller les infirmiers formés à l'étranger, à leur fournir une expérience professionnelle ou à les préparer à l'examen.

Les démarches de reconnaissance des qualifications professionnelles des personnels de santé au Canada sont reconnues comme particulièrement complexes. Les programmes d'appoint mis en place visent à remédier à ces difficultés mais il est encore trop tôt pour qu'un bilan puisse être tiré quant à l'efficacité de ces mesures. De manière générale, il est considéré comme préférable, lorsque cela est possible, que les démarches de reconnaissance des qualifications soient entreprises avant de migrer vers le Canada (Atanackovic et Bourgeault, 2013).

Par ailleurs, le Québec et la France ont signé en 2008 une Entente en matière de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles. Les arrangements de reconnaissance mutuelle (ARM) conclus en vertu de l'Entente visent 81 professions en France et au Québec, dont les médecins et les infirmiers. Pour les médecins admissibles selon l'ARM propre à cette profession, les démarches de reconnaissance sont simplifiées et certains frais peuvent être pris en charge par le service Recrutement Santé Québec. Les données concernant les entrées d'infirmiers formés à l'étranger au Canada attestent de l'effet de ces différentes mesures : en 2011, près de 200 infirmiers français sont arrivés au Canada contre 67 l'année précédente. Depuis l'entrée en vigueur de l'ARM pour la profession d'infirmier en 2011 jusqu'au 31 décembre 2014, 799 infirmiers français ont obtenu leur permis d'exercice québécois par ce parcours simplifié. Notons que le chapitre sur la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles du projet d'Accord économique et commercial global entre le Canada et l'Union européenne (AECG) est fortement inspiré de l'Entente Québec-France.

Australie

En Australie, les infirmiers qualifiés et les médecins figurent sur la liste des professions qualifiées (*skilled occupation list*) ainsi que sur la liste consolidée des professions qualifiées (*consolidated skilled occupation list*) définie par les gouvernements régionaux. Ces deux types de professionnels sont donc éligibles pour les programmes de migration temporaire et permanente. Entre 2005/06 et 2009/10, plus de 31 000 permis temporaires (*Temporary Work (skilled) visa (subclass 457)*) ont été délivrés à des infirmiers (15 960 permis) et médecins (15 490 permis) étrangers. Et entre 2004/05 et 2009/10, près de 16 000 permis permanents (*General Skilled Migration category migrants*) furent remis, principalement à des infirmiers (8 230) mais aussi à des médecins (2 330 permis) ainsi qu'à des pharmaciens (2 080 permis). À la fin de l'année 2013, la condition d'examiner préalablement le marché du travail national a été introduite pour les demandes de permis temporaire. En 2013/14, le nombre de visas temporaires délivrés à des médecins ou des infirmiers a baissé à 4 115 (comparé à une moyenne annuelle d'environ 6 300 entre 2004/05 et 2009/10) indiquant que les restrictions ont eu un impact. Parallèlement les migrations permanentes étaient en augmentation de plus de 25 % entre 2005-09 et 2010-14.

En raison de leur niveau de qualification, les médecins et infirmiers qualifiés sont exemptés de cette procédure. Pour les autres personnels de santé, il est néanmoins possible que ce changement législatif favorise l'immigration permanente, une option particulièrement intéressante pour les gouvernements et employeurs étant donné la possibilité de conditionner l'octroi d'un permis à la prise d'emploi sur des sites sous-desservis (Hawthorne, 2011).

Ces dernières années, plusieurs mesures ont contribué à favoriser l'immigration vers l'Australie de médecins provenant de pays anglo-saxons. En 2007, les médecins enregistrés auprès des ordres professionnels du Royaume-Uni, du Canada, des États-Unis, de Nouvelle-Zélande et d'Irlande se sont vus exemptés de passer l'examen du *Australian Medical Council*. De plus, à partir du 1^{er} juillet 2014, les frais liés aux procédures d'évaluation des qualifications seront abolis pour ces médecins. Par ailleurs, depuis 2010, les conditions de passage de l'examen d'anglais professionnel se sont durcies, entraînant une baisse du taux de passage de cet examen. En tant que prérequis pour l'enregistrement comme médecin ou infirmier en Australie, ce test constitue une importante barrière à l'immigration pour les personnels de santé non anglophones. La bonne maîtrise de la langue anglaise a également été valorisée lors de la révision du programme de migration qualifiée en 2011.

Nouvelle-Zélande

En Nouvelle-Zélande, la plupart des professions en soins infirmiers ont été retirées de la liste des pénuries permanentes en professions qualifiées (*Long term skilled shortage list*) en 2013, rendant plus difficile l'accès au *work to residence Visa*, un permis de travail d'une durée de deux ans permettant ensuite de faire une demande de visa permanent. Il est toujours possible pour les infirmiers qualifiés (*registered nurses*) de faire une demande de visa de résident en tant que migrants qualifiés, même si ceux-ci ne bénéficient pas de points supplémentaires. En 2014, les infirmiers en santé mentale ont été ajoutés à la liste des pénuries immédiates en professions qualifiées (*Immediate Skill Shortage List*), ce qui signifie que pour cette profession, un test préalable du marché du travail n'est pas nécessaire pour obtenir un visa de travail temporaire. Toutes les autres professions en soins infirmiers sont normalement soumises à un test du marché du travail, à moins que l'offre d'emploi ne provienne d'un employeur accrédité. La plupart des spécialisations médicales figurent sur la liste des pénuries immédiates.

Parallèlement, les conditions pour l'enregistrement des infirmiers formés à l'étranger ont été révisées en 2013. Pour ces derniers, il est désormais nécessaire d'être enregistré auprès d'un organisme de réglementation compétent à l'étranger, que la formation suivie corresponde à une licence de trois ans et de disposer d'au moins deux ans d'expérience professionnelle. De plus, il peut être demandé à tout infirmier formé à l'étranger de suivre un programme d'évaluation des compétences. Ce programme dure en général six à huit semaines, comprend une partie théorique ainsi qu'une partie clinique et est payant pour les participants.

Pour les médecins, des conditions différentes régissent la reconnaissance des qualifications étrangères selon que celles-ci ont été obtenues au Royaume-Uni ou en Irlande (*Competent Authority Pathway*), que les candidats sont enregistrés en tant que médecin dans l'un des 22 pays catalogués (*Comparable Health System Pathway*) ou qu'ils correspondent à tout autre cas. Dans ce dernier cas, il est possible de passer l'examen clinique NZREX permettant d'obtenir un enregistrement provisoire. En 2014, le *Medical Council of New Zealand* a limité les possibilités de passer l'examen NZREX à trois sessions pour cette année. La décision de réduire les places d'examen a été prise en réponse à la demande croissante pour des places de stage, aux difficultés rencontrées par les diplômés néo-zélandais pour trouver une place de résident ainsi qu'aux pénuries reconnues de places de formation pour certaines spécialités.

Japon

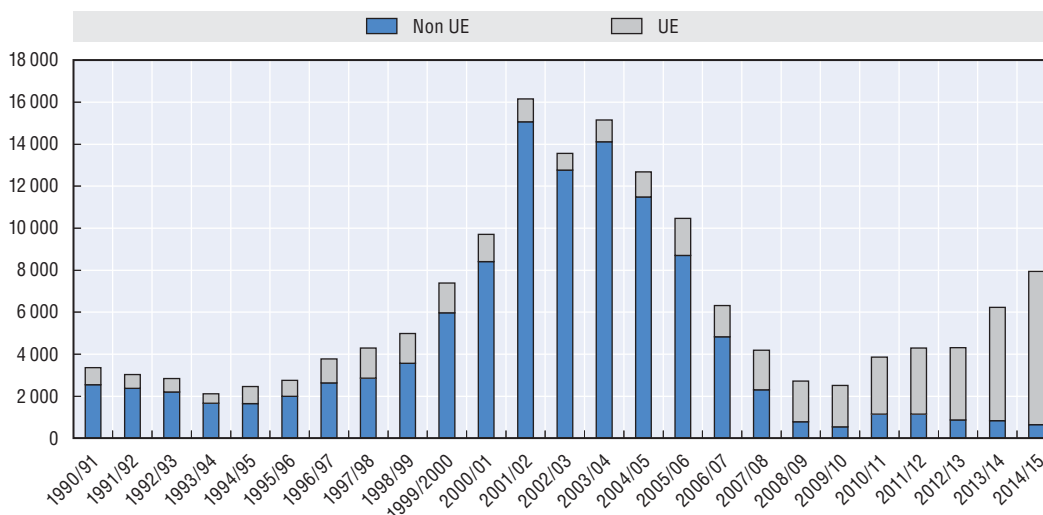
Dans le cadre d'accords économiques conclus avec l'Indonésie et les Philippines, le Japon a rendu possible le recrutement de candidats à la profession d'infirmier dans ces pays à partir de respectivement 2008 et 2009. Deux années d'expérience professionnelle sont requises (trois pour les ressortissants des Philippines) afin de participer au programme. Les candidats indonésiens qui sont entrés au Japon depuis 2011 reçoivent une formation linguistique avant leur arrivée. Ces candidats ont trois ans pour réussir l'examen professionnel et ont la possibilité de se présenter plusieurs fois. Ils exercent pendant ce temps comme infirmiers assistants. Les premières années, le bilan de la mise en œuvre de ces accords était relativement mitigé. Entre 2009 et 2012, seuls 51 infirmiers indonésiens sur les 363 venus au Japon ont réussi l'examen professionnel national et le taux de passage en 2011 n'était que de 4 % (sur 400 candidats, seuls 16 ont réussi l'examen). Afin d'améliorer le taux de réussite, des mesures d'accompagnement ont été mises en place pour faciliter l'apprentissage de la langue et perfectionner les compétences en communication. De plus, le test linguistique a été simplifié (Salaverria, 2013). Les candidats étrangers bénéficient également d'un traitement particulier lors de l'examen professionnel national puisqu'ils disposent notamment d'un guide aux caractères chinois et de temps supplémentaire pour passer l'examen. En 2012, le taux de passage est ainsi passé à 11 % et s'est maintenu entre 10 et 11 % en 2013 et en 2014. Un accord a également été signé avec le Viet Nam en 2009. Il est cette fois prévu que des cours de langue financés par le gouvernement japonais sur le budget de l'aide au développement soient délivrés durant une année et que le test linguistique soit conduit avant le départ (Wakisaka, 2012).

Parallèlement, le nombre d'infirmiers étrangers obtenant une licence d'infirmier au Japon hors du cadre des accords économiques a connu une croissance rapide ces dernières années, passant d'une quinzaine en 2006 à plus de 80 en 2010. Selon Asato (2012), il s'agit principalement d'infirmiers chinois, pour lesquels l'acquisition de la langue japonaise est plus aisée que pour les infirmiers indonésiens ou philippins.


Royaume-Uni

Au Royaume-Uni, de nombreux changements législatifs ont marqué le recrutement de personnels de santé extra-européens. Les médecins ont été retirés de la liste des professions en pénurie en 2005 et les infirmiers de soins généraux (*general nurses*) en 2006, obligeant dès lors les employeurs à prioriser le recrutement de personnel de l'UE/AELE. Dès 2006, les médecins non européens occupant une place de formation furent de plus requis de posséder un permis de travail. Cette mesure affecta particulièrement les ressortissants indiens et pakistanais (Blacklock et al., 2012). En 2008, le Royaume-Uni a introduit une politique d'immigration reposant sur un système à points. Dans un premier temps, ce régime a permis aux médecins étrangers de venir au Royaume-Uni sans offre d'emploi préalable, une possibilité révoquée lors de la révision de 2010. Lors de l'introduction de ce nouveau système, les infirmiers en soins généraux figuraient sur la liste des métiers en pénurie, l'une des voies d'entrée selon la catégorie 2 du système à points. Cette profession fut alors celle qui compta le plus d'entrées parmi celles figurant sur la liste des métiers en pénurie. Cette liste s'est ensuite réduite à quelques spécialisations des soins infirmiers et, en 2014, seuls les infirmiers en néonatalogie y figurent encore. En 2011/12, 1 200 infirmiers ont néanmoins été admis dans la catégorie 2 moyennant un test du marché du travail. Les effets de ces différentes mesures peuvent être observés au graphique 3.35, rendant compte des inscriptions d'infirmiers et de sages-femmes n'ayant pas été formés au Royaume-Uni sur le registre professionnel britannique. On constate un net déclin du nombre d'enregistrements entre 2003/04 et 2009/10, notamment lié à la hausse de la formation, ainsi qu'une substitution progressive au profit du personnel européen.

Graphique 3.35. **Admissions sur le registre des infirmiers au Royaume-Uni, pays membres et non-membres de l'Union européenne, 1990/91-2014/15**



Source : Buchan, J., 2015.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933264790>

Depuis le 18 juin 2014, les médecins formés au sein de l'EEE seront tenus de démontrer leurs compétences linguistiques afin de voir leurs qualifications reconnues. Cette nouvelle exigence est rendue possible par la révision de la Directive de l'UE sur les qualifications professionnelles (2013/55/EU). Le niveau de compétence linguistique pour tous les

médecins formés à l'étranger (UE et non UE), passera de 7 à 7.5 selon le *International English Language Testing System* (IELTS). D'autres mesures sont à l'étude concernant l'évaluation des compétences linguistiques des médecins déjà enregistrés au Royaume-Uni. Celles-ci comprennent notamment la création d'une nouvelle catégorie sur le registre professionnel dans laquelle pourraient être rétrogradés les médecins ne disposant pas d'un niveau d'anglais suffisant.

En 2005, le *Nursing and Midwifery Council* (NMC) a mis en place le *Overseas Nurses Programme* (ONP), un cours d'orientation obligatoire pour le personnel infirmier souhaitant exercer au Royaume-Uni. En raison du nombre limité de places, de longues listes d'attente sont apparues. En 2007, le niveau d'anglais requis est passé de 6.5 à 7 selon le IELTS. En 2013, le NMC a entrepris une consultation en vue d'une réforme des programmes pour infirmiers étrangers. La nouvelle formule devrait comprendre un examen théorique en ligne ainsi qu'une évaluation pratique au moyen d'un examen clinique objectif structuré, et éventuellement une période de pratique sous surveillance.

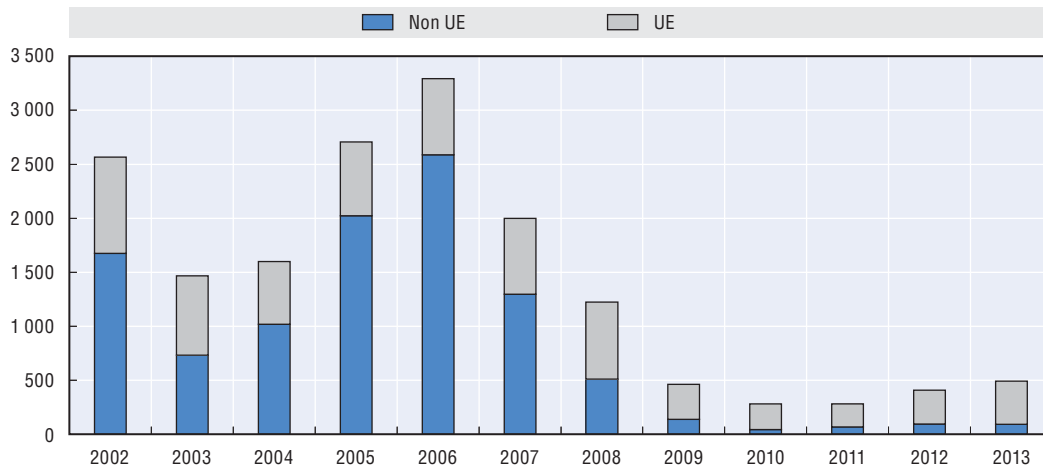
Encadré 3.4. **Vers une politique commune d'immigration vis-à-vis des ressortissants d'États tiers : la Carte bleue européenne**

En 2009, le Conseil européen a adopté la Directive 2009/50/CE visant à faciliter les conditions d'entrée et de travail des ressortissants de pays tiers hautement qualifiés en créant une Carte bleue européenne. Afin d'obtenir une telle carte, il est nécessaire d'avoir accompli un programme d'enseignement supérieur et de disposer de plusieurs années d'expérience professionnelle. Même si la directive indique que le seuil de rémunération devrait être 1.5 fois supérieur au salaire moyen, le salaire de référence varie d'un État à l'autre avec pour conséquence que le seuil appliqué se situe entre 90 % et 160 % du salaire annuel brut moyen (OCDE, 2013d). Il est prévu que les États puissent encore diminuer le seuil de rémunération pour certaines professions marquées par une pénurie de main-d'œuvre. Si le personnel infirmier ne semble pas correspondre aux critères fixés pour l'obtention d'une Carte bleue européenne, les médecins ressortissants d'États tiers devraient pouvoir bénéficier de ce permis. L'Allemagne fut l'un des derniers pays à avoir pleinement intégré la directive de l'UE. Un revenu annuel brut minimal de 46 400 EUR a été défini comme condition d'accès à la Carte bleue, mais pour les médecins et d'autres professions en manque, la limite a été baissée à 36 192 EUR. L'ensemble des États membres de l'UE a adopté la Carte bleue européenne à l'exception du Danemark, du Royaume-Uni et de l'Irlande. Par ailleurs, la directive ne prévient pas les États de mettre en place par leurs lois nationales d'autres voies d'entrées pour les ressortissants extra-européens.


Irlande

En Irlande, entre 2000 et 2006, un visa de travail (*Working Visa and Work Autorisation Scheme*) a été mis en place pour notamment permettre le recrutement de personnel infirmier et médical de pays tiers. En 2007, une carte verte (*Green Card*) fut introduite pour faciliter l'entrée de personnels qualifiés avec un salaire annuel à 60 000 EUR. Une liste de professions hautement qualifiées en tension comprenant les médecins et infirmiers offrait un autre canal de recrutement avec un seuil salarial plus modeste (30 000 EUR). De plus, depuis 2010, les *non-consultant hospital doctors* non européens inscrits à la Division générale du registre médical ne sont plus tenus de posséder un permis de travail. L'Irlande a donc plutôt facilité la migration de personnels de santé au cours des années 2000. La forte baisse des entrées de personnel infirmier extra-européen à partir de 2008 (graphique 3.36) s'explique donc à la fois par les restrictions budgétaires appliquées au domaine de la santé et par l'évolution récente des politiques migratoires. De la même manière, les entrées de médecins européens ont diminué à partir de 2007, mais bien moins que celles des ressortissants de pays tiers.

Graphique 3.36. **Admissions sur le registre des infirmiers en Irlande de personnels provenant de pays membres et non-membres de l'UE, 2002-13**



Source : Registre professionnel (voir tableau 3.5).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933264808>

Encadré 3.5. **Politiques et pratiques de reconnaissance des diplômes au sein de l'UE**

La Directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles est entrée en vigueur en octobre 2007. Cette directive consolide notamment les directives sectorielles couvrant les professions d'infirmier et de médecin (voir notamment les Directives 77/452/CEE et 75/362/CEE) et établit un régime de reconnaissance des qualifications professionnelles. Elle permet la reconnaissance automatique des diplômes ayant été délivrés après une date de référence déterminée. Les diplômes délivrés avant la date de référence peuvent être reconnus sur la base des droits acquis. Le titulaire du diplôme doit alors être en mesure de certifier d'une expérience professionnelle de trois années consécutives au cours des cinq années précédentes. Pour les spécialités médicales non comprises dans le système automatique ou pour les citoyens de l'UE ayant effectué leur formation dans un pays tiers, la directive prévoit une reconnaissance basée sur le système général. Après examen de la formation ainsi que de l'expérience professionnelle du candidat, le pays d'accueil peut décider de reconnaître la qualification, de refuser la reconnaissance ou d'imposer des mesures supplémentaires préalablement à la reconnaissance (un test d'aptitude ou un stage d'adaptation d'une durée maximale de trois ans). Il est possible que certains États membres appliquent également ce régime pour le traitement des demandes de reconnaissance des ressortissants d'États tiers.

Par ailleurs, des conditions simplifiées sont prévues afin de faciliter la migration temporaire à des fins de prestations de services, le caractère temporaire étant apprécié au cas par cas. Les personnels de santé peuvent alors se contenter d'introduire une déclaration si le pays d'accueil a choisi de l'exiger. En 2010, la plupart des pays faisaient part d'un intérêt modéré pour cette procédure, mais néanmoins croissant dans certains pays.

En novembre 2013, le Parlement européen a adopté la Directive 2013/55/UE sur la modernisation de la Directive 2005/36/CE. Il est notamment prévu d'introduire une carte professionnelle européenne visant à faciliter la libre circulation des professionnels dans l'UE et à simplifier la procédure administrative de reconnaissance des qualifications avec l'émission par le pays d'origine d'un certificat électronique qui serait ensuite validé par l'État d'accueil. De plus, un système d'alerte devrait être mis en place afin de prévenir qu'un professionnel de la santé condamné pour crime ou soumis à des sanctions disciplinaires ne s'établisse dans un autre État membre. La carte professionnelle devrait être introduite en 2016 pour un nombre limité de professions dont pourraient faire partie les médecins et les infirmiers.

Encadré 3.5. Politiques et pratiques de reconnaissance des diplômes au sein de l'UE (suite)

La révision de la Directive 2005/36/CE a également visé à clarifier les exigences linguistiques en lien avec la reconnaissance des diplômes. Il est réaffirmé qu'en principe, la vérification des compétences linguistiques devrait suivre une procédure distincte de celle liée à la reconnaissance des qualifications. Or, de nombreuses organisations professionnelles ont exprimé des inquiétudes quant à la bonne maîtrise de la langue du pays d'accueil par les personnels de santé dont les qualifications sont reconnues (CE, 2011). Suite à la révision de la directive, les autorités compétentes ont désormais la possibilité, pour les professions ayant des implications en matière de santé, de procéder à des contrôles systématiques des compétences linguistiques.

France

En France, c'est la question des médecins formés hors de l'Espace économique européen (EEE) et travaillant dans les hôpitaux publics avec un statut d'étudiant ou de praticien adjoint contractuel qui a fait l'objet de révisions législatives. N'ayant pas suivi la procédure d'autorisation d'exercice, ces médecins ne sont autorisés à travailler en France que sous la supervision d'un médecin autorisé. Ce statut est généralement associé à des salaires plus bas ainsi qu'à de moins bonnes conditions de travail (Delamaire and Schweyer, 2011). Selon la loi du 1^{er} février 2012 (n° 2012-157), les médecins formés hors de l'EEE peuvent pratiquer jusqu'au 31 décembre 2016, date à partir de laquelle ils doivent avoir passé l'examen lié à la procédure d'autorisation d'exercice leur permettant de continuer de travailler en France. Le texte de loi assouplit également les conditions de passage de cet examen : la limitation à trois tentatives de passage est abrogée et les médecins ayant effectué deux mois de travail rémunéré entre août 2010 et décembre 2011 et disposant de trois années d'expérience professionnelle peuvent se présenter à un test d'aptitude mettant l'accent sur les compétences cliniques plutôt que sur les connaissances théoriques. S'ensuit une période de probation d'une année à l'issue de laquelle, sur avis d'un comité médical, le médecin peut obtenir son autorisation de pratique. Par ailleurs, un décret du 3 août 2010 retire aux hôpitaux la possibilité de recruter des médecins formés hors de l'UE comme étudiants, une pratique qui était de plus en plus réprouvée (Delamaire et Schweyer, 2011).

Suisse

En Suisse, la population a adopté le 9 février 2014 une initiative populaire visant à réintroduire un système de quota pour l'immigration, obligeant le gouvernement et le Parlement à introduire un nouveau système d'admission pour tous les ressortissants étrangers, qui restreint l'immigration par des limites quantitatives et des quotas. Actuellement, c'est encore le principe de libre circulation des personnes avec les États membres de l'UE qui prévaut, mais il est prévu que la Suisse fixe les modalités d'application et mette en œuvre cette nouvelle politique migratoire dans les trois ans. En raison de la forte dépendance des institutions de santé suisses envers le personnel étranger, principalement de pays frontaliers européens, certains acteurs de la santé ont exprimé des craintes de pénurie en cas de limitation de la main-d'œuvre étrangère (CDS, 2014).

Le Code de pratique mondial de l'OMS et le développement d'accords bilatéraux visant la formation et l'emploi des personnels de santé

Le Code de pratique de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé encourage les États membres à mettre en place des dispositifs bilatéraux, régionaux

ou multilatéraux pour promouvoir la coopération et la coordination internationales en matière de recrutement international (OMS, 2010). Il est notamment précisé que ces dispositifs devraient prendre en compte les besoins des pays en développement et des pays à économie en transition. Ces dernières années, plusieurs pays de l'OCDE ont mis en place de tels programmes ou ententes bilatérales pour le recrutement international des personnels de santé. Tous les accords passés en revue ici ne visent pas explicitement à mettre en œuvre le Code de pratique de l'OMS, certains précèdent d'ailleurs son adoption. Toutefois, en définissant clairement la procédure ainsi que les conditions de recrutement international, en ciblant des pays ou régions de recrutement ne souffrant pas de pénurie de personnel ou en favorisant l'intégration professionnelle et la reconnaissance des qualifications des personnels de santé, ces programmes tendent à promouvoir un recrutement éthique, dans la mesure où il bénéficierait tant aux pays d'origine qu'aux pays de destination, ainsi qu'aux migrants eux-mêmes. Un processus d'évaluation de cet instrument est en cours à l'OMS (encadré 3.6).

Encadré 3.6. Évaluation de l'utilité et de l'impact du code de l'OMS

En réponse à la décision du Conseil exécutif de l'OMS en janvier 2015, le Secrétariat de l'OMS a réuni un groupe consultatif d'experts (EAG) pour faciliter le processus relatif au premier examen de l'utilité et de l'efficacité du Code et de présenter les recommandations à l'Assemblée mondiale en Mai 2015.

Le Groupe comprenait des représentants des États membres, des organisations internationales et de la société civile ainsi que des experts à titre individuel connaissant l'élaboration, la négociation et la mise en œuvre du Code, ainsi que les questions relatives aux personnels de santé et aux systèmes de santé. Le Groupe a conclu que :

« Le Code de pratique mondial de l'OMS est grandement pertinent, notamment dans le contexte de la mobilité croissante des personnels aux niveaux régional et interrégional. Néanmoins, il faut soumettre ce Code à des examens périodiques afin de s'assurer qu'il demeure un cadre essentiel pour traiter les questions liées à la migration des personnels de santé aux niveaux régional et mondial, au développement des personnels de santé et à la pérennité des systèmes de santé.

Des éléments de preuve concernant l'efficacité de ce Code émergent dans certains pays. Ces éléments constituent une fondation solide pour élargir son application aux niveaux infranational, national, régional et mondial et mesurer son efficacité. Néanmoins, il faudrait remédier au manque de connaissance, de promotion et de diffusion du Code dans d'autres pays – comme le montre la réponse limitée apportée au premier cycle de notification.

Les activités visant à développer, renforcer et soutenir l'application du Code doivent être considérées comme un processus continu pour tous les États membres et autres parties prenantes. »

L'Allemagne a conclu un accord bilatéral avec le Viet Nam en 2012, comprenant un projet pilote de formation et de recrutement de personnel infirmier en soins gériatriques au Viet Nam, un pays notamment identifié sur la base de sa stratégie de formation pour le marché global de personnel infirmier. Le projet a été mandaté par le *German Federal Ministry of Economics and Technology* (BMW) et est mis en œuvre par la *Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit* (GIZ) en collaboration avec le *Vietnamese Ministry of Labour, Invalids and Social Affairs*. Une centaine de diplômés en soins infirmiers vietnamiens ont, dans un premier temps, été sélectionnés pour suivre une formation de six mois à la langue et à la culture allemande. Les participants sont ensuite partis en Allemagne à la fin de l'année 2013 pour y entamer une formation professionnelle de deux ans, accompagnée d'un programme d'intégration et de cours de langue. Ce projet pilote vise à servir de

référence pour le recrutement futur de personnel étranger qualifié dans le domaine des soins en Allemagne. Parallèlement, un projet de recrutement de personnel infirmier en Chine a également été lancé par l'Association des employeurs dans le domaine des soins (*Arbeitgeberverband Pflege*). Un diplôme de niveau *Bachelor*, une année d'expérience professionnelle et la participation à huit mois de formation linguistique et interculturelle sont les conditions de participation au programme. En attendant que soient reconnues leurs qualifications, ces infirmiers chinois travaillent comme aides-soignants. Il est prévu qu'en 2014, 150 personnels chinois viennent en Allemagne par cette voie.

Les autorités allemandes ont souhaité veiller à ce que, conformément aux principes du Code de pratique de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé, les pratiques de recrutement international ne portent pas préjudice aux pays d'origine. Lors de la révision en juillet 2013 de la liste des professions en pénurie en Allemagne, le recrutement de personnels de santé provenant des 57 pays identifiés par l'OMS en 2006 comme étant en situation de pénurie critique a donc été prohibé. Cette décision fut ensuite reconsidérée car, non seulement, elle interdisait le recrutement actif par un employeur ou par une agence privée, mais elle prévenait également les personnels de santé de chercher un emploi en Allemagne de leur propre initiative (recrutement dit passif). Cette disposition fut donc supprimée lorsque fut révisée l'Ordonnance pour l'emploi en octobre 2013, qui interdit le recrutement actif ainsi que le placement privé de personnels de santé provenant des 57 pays évoqués.

En Irlande, ce sont les postes de *non-consultant hospital doctors* (NCHP) qui sont particulièrement difficiles à pourvoir. En anticipation à une pénurie, le *Health Service Executive* (HSE) a mené en 2011 une campagne de recrutement en Inde ainsi qu'au Pakistan avec qui l'Irlande a conclu un accord bilatéral. En 2013, une nouvelle campagne de recrutement a été menée en Afrique du Sud et au Pakistan. Afin de permettre à ces médecins diplômés hors de l'UE de pratiquer en Irlande, le *Medical Practitioners Act* (MPA) a été révisé en 2011, de façon à créer des postes supervisés à champ d'activité limité. L'enregistrement dans la *Supervised Division* (SD) ne peut pas excéder deux ans. En 2012, on comptait 290 médecins indiens et pakistanais enregistrés en Irlande par cette voie. Ces campagnes de recrutement ont attiré une large attention médiatique en Irlande, notamment en raison des coûts engendrés et du fait que le test de compétence permettant l'enregistrement dans la SD n'était généralement conduit que plusieurs mois après que les médecins soient arrivés en Irlande (Ring, 2012). Alors que la première vague de recrutements arrivait au terme des deux ans d'enregistrement, le débat a également porté sur les conditions selon lesquelles les médecins recrutés pourraient être transférés sur la division générale du registre médical. En juillet 2013, afin de rationaliser les procédures de recrutement, une série d'exceptions à l'obligation de passer l'examen PRES ont été notifiées (Stationery Office, 2013).

En Finlande, deux expériences de recrutement international peuvent être mentionnées : le projet *DOKTOR – Promoting work-based immigration of doctors* qui fut conduit par l'*University of Eastern Finland* entre 2008 et 2011 et le programme *Mediko – Recruitment of Foreign Health and Social Care Professionals to Finland*, également lancé en 2008 et toujours en cours. Ces deux initiatives ont reçu des financements du Fonds social européen ainsi que des autorités publiques locales, régionales et nationales. Le projet DOKTOR s'est concentré sur le recrutement de médecins dans le nord-ouest de la Fédération de Russie. Ceux-ci ont, dans un premier temps, travaillé comme assistants tout en suivant un programme de formation comprenant notamment des cours de finlandais ainsi qu'une aide à l'insertion professionnelle et sociale en Finlande. Ces personnes se sont ensuite présentées à

l'examen requis par l'autorité nationale de santé (Valvira) afin d'exercer la profession de médecin. Initialement coordonné par la municipalité de Kotka, le projet Mediko s'est ensuite étendu à l'ensemble de la Finlande. Depuis sa création, Mediko a fourni des conseils à environ 80 médecins, principalement russes, souhaitant exercer en Finlande. Mediko a également initié le recrutement de personnel infirmier en Espagne. Après une visite exploratoire en 2012, 2 000 infirmiers espagnols ont manifesté le souhait de migrer vers la Finlande. Plusieurs cours de langue ont été organisés dans différentes villes d'Espagne et depuis 2012, près de 150 personnes ont été recrutées par ce biais. Dans une perspective de recrutement à long terme, la participation à des cours intensifs de langue avant le départ est envisagée comme un moyen de s'assurer des motivations à migrer. Mediko promeut également la coopération institutionnelle entre établissements de formation finlandais, d'une part, et espagnols, russes et estoniens, d'autre part.

Les quelques exemples évoqués illustrent la multiplication des initiatives de recrutement international dans le domaine de la santé dans le cadre d'accords bilatéraux. Le rôle croissant joué depuis les années 2000 par les agences privées de recrutement international dans l'instigation de flux de personnels de santé a été souvent discuté (Maybud et Wiskow, 2006). Il apparaît ici que les acteurs publics, locaux ou nationaux, peuvent également porter de tels projets. Pour l'heure, les effectifs concernés restent toutefois limités et les personnels recrutés à travers les projets mis en place ne constituent généralement qu'une faible part de l'ensemble des ressources humaines dans le domaine de la santé. Ceux-ci peuvent toutefois jouer un rôle crucial s'ils sont orientés vers des postes particulièrement difficiles à pourvoir. Certains acteurs tablent sur l'idée qu'une filière de recrutement, une fois amorcée, est susceptible de fournir un nombre substantiel de candidats à l'immigration.

Une autre caractéristique de plusieurs des initiatives de recrutement présentées concerne l'absence de liens historiques, coloniaux et linguistiques qui jusqu'alors prévalaient entre pays d'origines et pays de destination. Les pays de recrutement sont de plus en plus ciblés en raison de leur stratégie de formation de personnels de santé pour le marché international. L'apprentissage de la langue du pays de destination devient alors un élément central des programmes de recrutement mis en place. Les expériences existantes suggèrent qu'une certaine maîtrise de la langue devrait être acquise avant que l'émigration ne se produise. La poursuite de la formation linguistique ainsi que l'existence d'un dispositif d'accompagnement dans le pays de destination favoriseraient également l'intégration professionnelle et sociale des personnels migrants de santé et ainsi, leur fidélisation sur le moyen et long termes.

Mobilité internationale des étudiants : une composante croissante des migrations internationales des personnels de santé

La mobilité internationale des étudiants est un phénomène qui n'est ni nouveau, ni spécifique au domaine de la santé. En 2001 déjà, l'OCDE pointait la part croissante de cette population au sein des étudiants inscrits dans les pays membres (OCDE, 2001). Pour les pays d'accueils, les bénéficiaires de cet apport comprennent notamment l'élargissement des sources de financement dans les systèmes éducatifs nationaux, en lien avec le paiement de droits de scolarité, ainsi que la contribution apportée à la consommation intérieure au cours du séjour. Il était toutefois avéré que les filières professionnalisées, comprenant notamment les études de médecine et en soins infirmiers, connaissaient un engouement moindre du fait des critères de sélection nationaux. Environ 10 ans plus tard, les

formations des professionnels de la santé sont de plus en plus internationalisées et le choix de partir étudier à l'étranger se présente comme une option attractive pour un nombre croissant d'étudiants, notamment pour ceux qui ne sont pas admis dans les programmes nationaux en raison du *numerus clausus* ou pour ceux qui cherchent des formations moins onéreuses en dehors de leur pays de résidence. Cette section se centre sur le cas des étudiants internationaux en médecine, un phénomène à la fois plus massif et plus facile à documenter.

Quelle est l'ampleur de ce phénomène ? Quelles sont les conditions qui en ont rendu possible le développement et les facteurs qui expliquent cet essor ? Quels sont les enjeux politiques pour les pays d'origine et de formation ? Cette dernière partie apporte des éléments de réponse à ces différentes questions.

Éléments de connaissances sur l'ampleur du phénomène

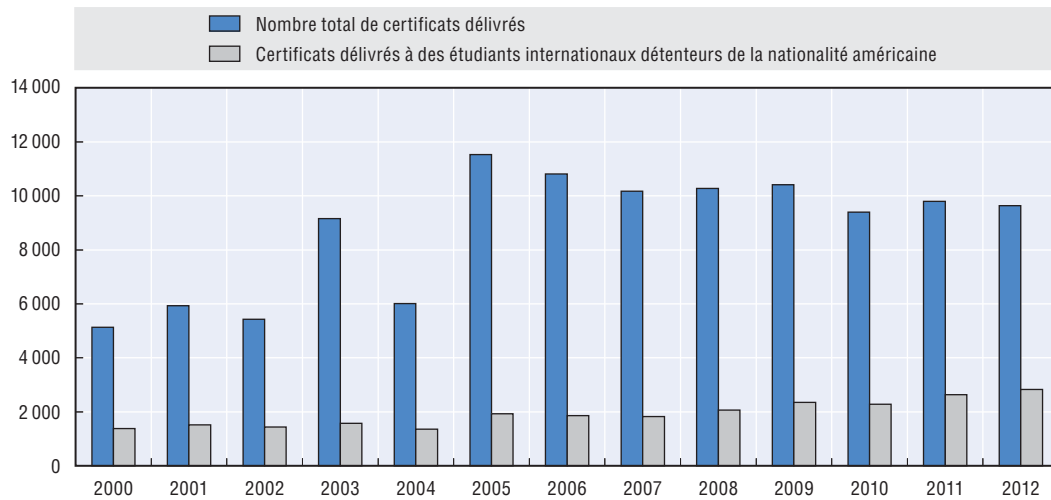
Malgré l'absence de données systématiques permettant d'évaluer le nombre d'individus étudiant la médecine à l'étranger, les informations disponibles pour quelques pays de l'OCDE confirment l'accroissement du phénomène.

Dans le cas des États-Unis, par exemple, on estime qu'en 2013, 43 % des 7 100 médecins formés à l'étranger qui se sont inscrits au registre de l'*American Medical Association* étaient des citoyens américains alors que, en 2000, ce pourcentage ne dépassait pas 23 %. Les médecins ayant obtenu leur diplôme à l'étranger et souhaitant entreprendre une spécialisation aux États-Unis doivent obtenir un certificat de l'*Educational Commission for Foreign Medical Graduates* (ECFMG), lequel est délivré à la condition que le candidat ait réussi les deux premières étapes de l'examen permettant de s'enregistrer comme médecin autorisé aux États-Unis. En 2000, le nombre de certificats délivrés à des ressortissants américains était d'environ 1 400. Depuis lors, ce nombre n'a cessé d'augmenter pour atteindre plus de 2 800 en 2012 (graphique 3.37). Ces dernières années, les médecins de nationalité américaine formés à l'étranger se sont en fait pour partie substitués aux médecins étrangers formés à l'étranger. La majorité des étudiants américains en médecine se forme dans les Caraïbes (Dominique, Grenade, Sint Maarten).

L'émigration d'étudiants en médecine canadiens a également connu un essor important ces dernières années. En 2005/06, le nombre de Canadiens étudiant la médecine hors du Canada ou des États-Unis était estimé à 1 500 (Banner, 2006). En 2010, on estime que ce nombre était alors de plus de 3 500 (CARMS, 2010). Plus de la moitié de ces étudiants sont dans les Caraïbes, mais l'Irlande et l'Australie sont également des destinations importantes.

En Australie, environ 150 étudiants internationaux recevaient, chaque année, leur diplôme de médecine au début des années 2000. La plupart d'entre eux avait obtenu une bourse de leur gouvernement pour poursuivre leurs études en Australie. En 2013, 500 étudiants internationaux ont obtenu leur diplôme en Australie, soit 20 % de l'ensemble des diplômés. La plupart envisageaient de rester en Australie afin d'y effectuer leur spécialisation (Hawthorne et Hamilton, 2010). Cette tendance est d'ailleurs amenée à se poursuivre dans les années à venir. Cette hausse s'est produite dans un contexte d'expansion rapide de la formation médicale en Australie. Au cours de la dernière décennie, neuf facultés de médecine ont ouvert leurs portes. Les étudiants internationaux ont été activement recrutés par les universités afin d'occuper ces nouvelles places disponibles. Ils ont également constitué un apport financier important puisqu'en moyenne, un étudiant étranger débourse 300 000 AUD pour six ans d'étude. Les principaux pays de provenance sont la Malaisie et Singapour.

Graphique 3.37. Étudiants internationaux en médecine dont la formation est reconnue aux États-Unis, nombre de certificats ECFMG délivrés, total des étudiants internationaux et étudiants internationaux américains, 2000-12



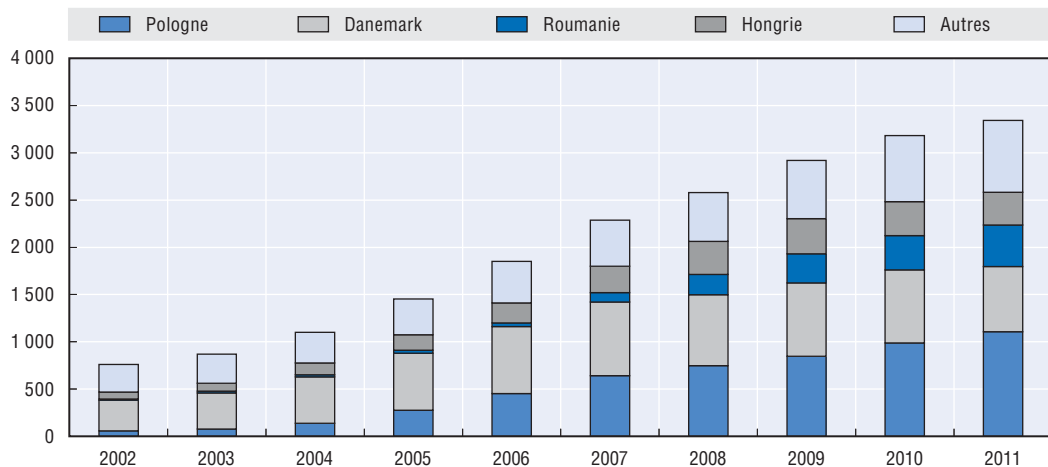
Notes : En raison de retards dans la communication des résultats d'examen, le nombre de certificats délivrés en 2002 et en 2004 est artificiellement diminué et le nombre de certificats délivrés en 2003 et en 2005 est artificiellement augmenté. En 2012, 41 % des 6 828 étudiants internationaux non-américains et 49 % des 4 279 étudiants internationaux américains participant au programme de jumelage des résidents ont réussi à obtenir une place.

Source : ECFMG Database, données au 10 janvier 2013.


StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933264815>

Le nombre de Suédois étudiant la médecine à l'étranger a également très fortement augmenté ces dernières années. En 2002, on comptabilisait environ 760 étudiants en cours de formation à l'étranger, alors que ce nombre atteint plus de 3 300 en 2011 (graphique 3.38). Traditionnellement, le Danemark était le principal pays de destination mais un nombre croissant d'étudiants suédois choisissent maintenant de se former en Pologne (un tiers des effectifs) ainsi que dans d'autres pays d'Europe centrale et orientale (plus de 900 de ces étudiants internationaux se trouveraient en Roumanie, en Hongrie ou en République tchèque)

Graphique 3.38. Évolution du nombre d'étudiants suédois suivant des études de médecine à l'étranger par pays de formation, 2002-11



Source : Socialstyrelsen, 2013.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933264828>

(Socialstyrelsen, 2013). Ces étudiants internationaux sont intégrés dans les projections réalisées par le gouvernement concernant l'offre de médecins en Suède et plusieurs comtés ont mis en place des programmes facilitant l'accès à des stages cliniques (Polkowski, 2013).

Le nombre de médecins portugais entamant leur spécialisation au Portugal après avoir étudié à l'étranger a quant à lui doublé entre 2011 (56) et 2013 (130). La plupart de ces médecins sont formés en Espagne, même si on a pu observer une diversification récente vers la République tchèque notamment¹⁸. En 2013, le nombre total de Portugais étudiant la médecine à l'étranger était estimé à 1 300 (Ribeiro et al., 2014).

Pour les étudiants français ne franchissant pas la barrière du *numerus clausus*, la Belgique est de longue date un pays de destination privilégié. Ces dernières années cependant, devant l'afflux d'étudiants français, les autorités belges ont commencé à introduire des restrictions et on a pu observer un nombre croissant d'étudiants français se tourner vers la Roumanie ainsi que vers d'autres pays d'Europe centrale et orientale afin d'y étudier la médecine. À l'été 2011, 700 Français étaient inscrits en médecine en Roumanie.

En Israël, environ 100 nouveaux médecins israéliens formés à l'étranger s'inscrivaient au registre professionnel chaque année entre 2000 et 2007. À partir de 2008, les retours d'étudiants internationaux ont été de plus en plus importants, atteignant près de 340 en 2012.

Les causes et conditions à l'internationalisation de la formation médicale

Au sein de l'UE, la mobilité étudiante est facilitée, voire encouragée par la Directive 2005/36/CE sur la reconnaissance des qualifications professionnelles ainsi que par le processus de Bologne. Le système européen de transfert et d'accumulation de crédits (ECTS) permet une reconnaissance des études réalisées à l'étranger et des diplômes acquis dans un autre pays de l'UE.

Au sein des pays membre de l'UE, le principal frein à la mobilité internationale d'étudiants en médecine est lié à la langue, notamment pour les non-anglophones. À Prague, une faculté de médecine commença à délivrer des enseignements en anglais dès 1992, notamment à des étudiants américains. Des cursus anglophones ont depuis été mis en places dans d'autres universités des pays d'Europe centrale et orientale, notamment en Pologne, en République slovaque, en Hongrie, en Roumanie et en Bulgarie (Mayberry, 2013). Les enseignements en français et en allemand se sont également développés dans les facultés de ces pays. Par exemple, en Roumanie, cinq facultés proposent des formations médicales en français. Par contre, les étudiants étrangers sont tenus d'apprendre le roumain au cours de leurs trois premières années d'étude, de façon à être ensuite en mesure de communiquer avec les patients¹⁹.

L'internationalisation des études de médecine a également été portée par des acteurs du secteur privé. Aux Philippines, cette situation est connue de longue date. Elle vise avant tout à former des professionnels de santé, principalement du personnel infirmier, aux standards internationaux pour le marché mondial. Des évolutions similaires ont pu être observées, notamment en Inde pour les médecins et en Chine pour les infirmiers.

Dans les Caraïbes, comme en Europe centrale, l'internationalisation s'est plutôt traduite par une augmentation de l'accueil d'étudiants étrangers ayant vocation à exercer à l'issue de leurs études dans leur pays d'origine. Les premières facultés de médecine offshore sont apparues dans les Caraïbes dans les années 70 mais leur nombre s'est multiplié ces dernières années. Parmi les 63 facultés de médecine, offshore ou non, recensées dans les Caraïbes en 2012, 38 étaient déjà établies avant 2000, 12 se sont

ouvertes entre 2000 et 2005 et 13 depuis 2006 (Van Zanten et Boulet, 2013). Afin de promouvoir la certification internationale de ces facultés, la *Caribbean Accreditation Authority for Education in Medicine and Other Health Professions* (CAAM-HP) a été mise sur pied en 2006. Il revient toutefois aux pays de destination de se prononcer quant à la reconnaissance des qualifications acquises dans les facultés certifiées par la CAAM-HP. Le Royaume-Uni, l'Irlande et l'Australie sont également des pays où la formation en médecine est assimilée à celle délivrée en Amérique du Nord (Watts et al., 2011).


Plusieurs études ont révélé que l'immigration des étudiants résultait en grande partie d'une demande insatisfaite en matière de formation médicale en raison du refus des candidatures dans le pays d'origine. Par exemple, en Suisse, on comptait en 2013 plus de 4 400 inscrits en première année de médecine humaine pour moins de 1 500 places disponibles en deuxième année. En France, plus de 55 000 personnes étaient inscrites en première année commune aux études de santé en 2012 pour environ 7 500 places en médecine en deuxième année. En 2012/13, les universités canadiennes ont reçu près de 16 000 candidatures (plusieurs candidatures par personne étant possibles) pour 1 800 places à pourvoir (AFMC, 2013). Une étude a révélé que pour plus des trois quarts des Canadiens étudiant la médecine à l'étranger en 2010, le choix de migrer était d'abord motivé par des contraintes de place au Canada (CARMS, 2010). En Israël, on estime à 2 000 le nombre de candidats pour 300 places de formation disponibles (De Haller, 2014). La situation est comparable dans de nombreux pays de l'OCDE.

Les facteurs économiques contribuent également à expliquer l'expansion des migrations d'étudiants en médecine. Du point de vue des universités, les étudiants internationaux qui s'acquittent des frais d'inscription totaux constituent une manne financière importante (tableau 3.11). Dans presque tous les pays européens²⁰, les étudiants internationaux des autres pays européens sont soumis au même régime que les étudiants nationaux pour ce qui concerne les frais de scolarité. C'est également le cas en Irlande,

Tableau 3.11. **Frais de scolarité pour la formation de médecins dans différents pays**

Lieu de formation	Frais de scolarité moyens (USD)	Étendue des frais de scolarité (USD)		Type d'étudiants
		Plus bas dans le pays	Plus haut dans le pays	
États-Unis (2008/09)	23 581	Universités publiques		Étudiants nationaux
	43 587	Universités publiques		Étudiants internationaux
	41 225	Universités privées		Étudiants nationaux
	42 519	Universités privées		Étudiants internationaux
Canada (2010/11)	9 355	2 922	18 992	Étudiants nationaux
	34 640	19 245	99 107	Étudiants internationaux
Royaume-Uni (2014)	15 131	15 131	15 131	Étudiants nationaux
	42 031			Étudiants internationaux
Irlande (2010)	Pas de frais de scolarité			Étudiants européens (2014)
	48 354	40 595	61 221	Étudiants non-européens
Australie (2010)	–		9 369	Étudiants nationaux (2014)
	41 105	18 345	64 442	Étudiants internationaux
Pologne (2010)	13 779	11 894	15 322	Étudiants internationaux
Roumanie (2014)		4 415	10 623	Étudiants internationaux
Caraïbes (2010)	24 865	8 755	60 425	Étudiants internationaux
Moyen Orient (2010)	25 571	14 678	37 134	Étudiants internationaux

Source : Adapté de CARMS 2010; MoHProf, 2012, AAMC (2013) et www.medicalstudyguide.com.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933264441>

mais seulement pour les étudiants européens ayant résidé au moins trois ans en Irlande lors des cinq dernières années. En France, en Allemagne, en Espagne et en Suisse, les frais de scolarités demandés sont les mêmes pour tous les étudiants (nationaux et internationaux, européens et non européens). En Finlande, en Islande et en Norvège, ni les étudiants nationaux, ni les étudiants internationaux ne paient de frais d'étude. Aux États-Unis, au Canada, en Australie, et en Nouvelle-Zélande, en revanche, des tarifs plus élevés sont demandés aux étudiants internationaux. On observe d'ailleurs une tendance à l'augmentation des frais de scolarité pour les étudiants internationaux, qui s'explique notamment par une plus grande autonomie de gestion des universités et par des restrictions budgétaires accrues, notamment en Europe (Weimer, 2013).

Selon les frais de scolarité appliqués dans le pays d'origine des étudiants en médecine et demandés dans les autres pays, la perspective d'étudier à l'étranger peut être rendue financièrement possible, voire attrayante. Il convient d'ailleurs de prendre en compte non seulement les frais de formation, mais également les dépenses de logement et de subsistance. Ces dernières seraient estimées à seulement 300 EUR par mois en Roumanie ou en Bulgarie, contre plus de 1 000 EUR par mois au Royaume-Uni ou en France (Medical Study Guide, 2014). Ainsi, les frais de formation qu'un étudiant étranger est amené à payer dans certains pays peuvent être compensés au moins partiellement par un coût de la vie plus bas. Toutefois, ce n'est pas nécessairement l'argument financier qui motive l'émigration à des fins d'étude. Il a par exemple été constaté que les étudiants en médecine américains à Grenade amassent plus de dettes que ceux étudiant aux États-Unis (Lorin, 2013) et parmi les Canadiens étudiant la médecine à l'étranger interrogés en 2010, seul 1.8 % mentionnaient des frais de formation plus bas comme motif d'expatriation (CARMS, 2010).

Enjeux liés à l'intégration des étudiants en médecine internationaux et à la planification des effectifs

Pour les étudiants en médecine ayant mené leur formation initiale à l'étranger, se pose ensuite la question du lieu de formation post-graduée, où sera effectuée la spécialisation médicale et à plus long terme, la question du pays d'exercice de la profession. Ces choix sont notamment déterminés par les aspirations personnelles mais également par les opportunités professionnelles et par les contraintes associées à la reconnaissance des qualifications.

Par exemple, plus de 90 % des Canadiens étudiant la médecine à l'étranger en 2010 déclaraient vouloir revenir au Canada afin d'y suivre leur formation post-graduée, des résultats similaires quel que soit le pays de formation (i.e. Caraïbes, Australie ou Irlande). De même, les personnes ayant suivi les cursus francophones ou germanophones dans les pays d'Europe centrale et orientale prévoient sans doute de revenir dans leur pays d'origine pour exercer. En Australie, en revanche, la plupart des étudiants, y compris les ressortissants de pays anglophones, expriment le souhait de rester, notamment pour compléter leurs études (Hawthorne et Hamilton, 2010).

Dans plusieurs pays de l'OCDE, il a cependant été fait état de difficultés à intégrer les étudiants internationaux dans les cursus de formation post-graduée. Malgré la création de plus de 1 000 nouveaux postes d'internat au cours de la dernière décennie, moins de 40 % des Canadiens formés à l'étrangers ont pu trouver une formation post-graduée au Canada en 2011 (52 % en 2008) (AFMC, 2012). Sachant que dans les Caraïbes, les facultés de médecine privées ne proposent pas de formation post-graduée, le taux de réussite pour les quelque 5 000 étudiants internationaux américains cherchant une place de formation

post-graduée aux États-Unis en 2013 était pour sa part de 53 % (contre 48 % pour les étudiants internationaux non citoyens des États-Unis) (NRMP, 2013). Dans la mesure où il est possible de renouveler sa candidature d'une année à l'autre, il est possible que l'accès à la formation post-graduée devienne rapidement un véritable goulot d'étranglement (Watts et al., 2011). Le choix de suivre une formation médicale à l'étranger avec la perspective de retourner ensuite dans son pays d'origine comporte donc souvent une part de risques pour les étudiants concernés. En Australie, quelque 160 étudiants internationaux ne sont pas parvenus à obtenir une place de stage²¹ (*internship*) en 2012. En réponse aux pressions des étudiants et des universités, le gouvernement fédéral et ceux des États ont créé 116 postes supplémentaires.

Les politiques migratoires régissant la prise d'emploi dans le pays de destination à l'issue des études conditionnent également le parcours des étudiants internationaux. La plupart des pays de l'OCDE permettent à ceux-ci de mener des recherches d'emploi après l'achèvement de leurs études. La durée autorisée peut être de six mois (Autriche), d'une année (Pologne, Nouvelle-Zélande, Irlande), de 18 mois (Australie, Allemagne), voire de trois ans (Canada) (OCDE, 2014).

Pour les pays cherchant à réguler leur démographie médicale en limitant l'accès à la formation, le retour des étudiants internationaux présente également le risque d'entraver les efforts de planification. En 2011, les autorités françaises ont d'ailleurs cherché à limiter ces retours en adoptant un décret selon lequel aucun étudiant européen ne pouvait se présenter à l'épreuve nationale (de classement) permettant d'accéder à une formation post-graduée s'il avait épuisé ses deux tentatives d'être admis en deuxième année de médecine en France. En janvier 2013, ce décret a été annulé au motif qu'il établissait un traitement différencié entre les étudiants en médecine ayant entamé leur formation à l'étranger et ceux ayant d'abord tenté leur chance en France.

Pour certains pays n'appliquant pas d'examen d'entrée, l'accueil d'un nombre important d'étudiants internationaux peut mettre le système de formation sous pression. Afin d'endiguer les flux d'étudiants étrangers (principalement allemands), l'Autriche a décidé en 2006 de réserver 75 % de ses places en faculté de médecine et de science dentaire aux personnes ayant obtenu leur baccalauréat en Autriche. En Belgique, le nombre d'étudiants étrangers (principalement français) entamant des études de médecine dans les universités francophones a presque triplé entre 2005/06 et 2010/11, passant d'environ 300 à 900 inscrits (CREF, 2014). Face à cet afflux, la Belgique a également instauré un quota en 2012 limitant l'inscription de non-résidents en faculté de médecine et de science dentaire à 30 % des nouvelles admissions. Un tel quota était déjà en vigueur en Belgique depuis 2007 pour la médecine vétérinaire et la kinésithérapie. Ces deux pays ont toutefois été saisis par la Commission européenne en 2007 pour enfreinte au principe de libre circulation. L'Autriche et la Belgique ont fait valoir le risque que représentait cette immigration en termes de santé publique, le retour dans leur pays des diplômés étrangers pouvant aboutir à une pénurie de personnel médical dans leur pays. La Commission européenne a alors gelé les procédures d'infraction engagées, le temps que ces deux États membres puissent rassembler des données établissant les menaces qui pèsent sur la pérennité de leurs systèmes de santé. En 2012, ce gel a été prorogé pour quatre ans.

En Irlande, alors que les admissions d'étudiants européens en médecine (comprenant les citoyens irlandais) ont longtemps été plafonnées à 305 inscriptions par année, la part d'étudiants extra-européens atteignait 60 % des admissions en 2003/04. Ceux-ci

constituaient alors une source de financement essentielle pour les facultés de médecine. Dans un contexte de capacités de formation clinique limitées, il a été considéré comme préférable d'attribuer les places disponibles en priorité aux étudiants européens plutôt qu'à des étudiants étrangers risquant de rentrer dans leur pays au terme de leurs études (DOHC, 2006). En 2006, il a donc été recommandé de substituer, en partie, les admissions d'étudiants européens à celles des non-européens. Entre 2006/07 et 2009/10, le nombre d'étudiants en médecine hors UE en Irlande était passé d'environ 2 900 à 2 500.

De nombreux enjeux sont liés à l'essor récent des migrations d'étudiants en médecine. Ce phénomène est promu par les universités qui y voient une source de financement, et qui est porté par les étudiants dont certains ne sont pas parvenus à intégrer une école de médecine dans leur pays d'origine et au sein des pays de l'UE/AELE, facilité par le principe de reconnaissance des diplômes. D'un côté, ces étudiants internationaux peuvent être considérés comme une ressource par leur pays d'origine (en Suède, par exemple) ou par leur pays de formation (en Australie, par exemple), permettant de diminuer les besoins en recrutement international. D'un autre côté, lorsqu'ils prévoient de revenir compléter leur formation et d'exercer dans leur pays d'origine, ces étudiants internationaux entrent en compétition avec les étudiants formés localement ainsi qu'avec les étudiants internationaux étrangers pour accéder aux places de formation post-graduée. Dans plusieurs pays, cette compétition est source de tensions croissantes et à l'origine de pressions pour augmenter le nombre de places de formation post-graduées, entraînant *in fine*, un accroissement du nombre de médecins cherchant à intégrer le marché du travail. De manière générale, le développement des migrations à des fins d'études en médecine tend à diminuer l'efficacité des mesures de planification des ressources médicales telles que le *numerus clausus* pour contrôler l'entrée de nouveaux diplômés en formation post-graduée, ou du moins, à rendre la détermination du *numerus clausus* plus complexe et incertaine.

Notes

Notes sur Chypre:

1. *Note de la Turquie* : Les informations figurant dans ce document qui font référence à « Chypre » concernent la partie méridionale de l'île. Il n'y a pas d'autorité unique représentant à la fois les Chypriotes turcs et grecs sur l'île. La Turquie reconnaît la République Turque de Chypre Nord (RTCN). Jusqu'à ce qu'une solution durable et équitable soit trouvée dans le cadre des Nations Unies, la Turquie maintiendra sa position sur la « question chypriote ».
2. *Note de tous les États de l'Union européenne membres de l'OCDE et de l'Union européenne* : La République de Chypre est reconnue par tous les membres des Nations Unies sauf la Turquie. Les informations figurant dans ce document concernent la zone sous le contrôle effectif du gouvernement de la République de Chypre.
1. Ce chapitre a été préparé par Clémence Merçay (Université de Neuchâtel), Jean-Christophe Dumont (OCDE) et Gaétan Lafortune (OCDE). Il a été réalisé en coopération avec l'OMS et avec le soutien des autorités suisses.
2. L'augmentation est également très marquée en Suisse et au Danemark, même si la comparaison temporelle est sujette à caution (voir note tableau 3.1).
3. En Finlande également, on observe un pourcentage beaucoup plus important de médecins formés à l'étranger (20 %) que de médecins nés à l'étranger (7 %). D'après Wismar et al. (2011) cela serait dû au fait que depuis 2000, la Finlande a émis un nombre important d'autorisations de pratique à des médecins étrangers qui n'ont pas forcément immigré en Finlande ou qui ne s'y sont pas installés.
4. Il est considéré que la statistique de la Fédération des médecins suisses (FMH) sous-estime d'environ 10-15 % les médecins-assistants et plus particulièrement les médecins-assistants provenant d'autres pays, qui séjournent parfois en Suisse pour une durée limitée (Jaccard Ruedin et al., 2010a).

5. On peut supposer que la part des effectifs des services d'aide et de soins à domicile formés à l'étranger est inférieure ou égale à la part de ces effectifs de nationalité étrangère.
6. Le taux d'expatriation pour les infirmiers philippins n'est pas indiqué car le nombre total d'infirmiers n'est disponible que pour 2004. À titre indicatif, sur la base des données de 2004, le taux de 38.6 % est obtenu, en comparaison à 46.5 % en 2000.
7. Voir le graphique 3.A1.1 pour l'ensemble des exemples de la relation entre formation de personnels de santé et recrutement international.
8. Cette révision du cursus s'explique d'ailleurs notamment par la concurrence induite avec le personnel formé à l'étranger, lequel disposait souvent d'un niveau de qualification théoriquement plus élevé (Arguillas et al., 2013).
9. Les huit nouveaux pays membres en questions étaient l'Estonie, la Hongrie, la Lituanie, la Lettonie, la Pologne, la République tchèque, la République slovaque et la Slovénie. Ces huit premiers pays constituent l'UE8.
10. Dans le domaine de la santé, on trouve ensuite les kinésithérapeutes/masseurs-kinésithérapeutes en 4^e place (19 635), les aides soignant en 6^e place (14 415), les dentistes en 8^e place (11 640), les pharmaciens en 11^e place (7 050), les psychologues en 14^e place (3 420) et les sages-femmes en 15^e place (3 410).
11. L'Allemagne a conclu de tels accords avec la Croatie, l'Ukraine, la Pologne, la Slovénie, la République tchèque, la République slovaque, la Bulgarie et la Roumanie (Dhillon et al., 2010).
12. Ces flux précèdent l'ajout en octobre 2012 des professions médicales et de soins à la liste des métiers en tension, pour lesquels le principe d'opposabilité de la situation de l'emploi au marché du travail ne s'appliquait pas.
13. En Grèce, des coupes salariales sont rapportées à partir de 2011 et le salaire des infirmiers aurait connu une réduction de 14 % par rapport à 2009. En Espagne, une réduction à court terme des salaires de l'ensemble des fonctionnaires (comprenant également le personnel de santé) a été décidée en 2010.
14. La tendance à la diminution des places de formation pour le personnel infirmier devrait toutefois être contrebalancée dès 2014-15 avec la création de 1 094 nouvelles places (HEE, 2013).
15. Ces demandes concernent l'ensemble des professions de soins comprises dans le registre du *Irish Nursing Board*, *An Bord Altranais*, y compris les sages-femmes.
16. Au sein du programme J1, le programme *Alien Physician Exchange* offre un nombre croissant de permis, de 1 500 en 2005 à 2 300 en 2013.
17. Le Québec, qui en vertu de l'entente avec le Canada a la responsabilité de sa politique d'immigration, et dispose de son propre programme de sélection des travailleurs qualifiés, a prévu une démarche simplifiée pour l'embauche de travailleurs dans des professions spécialisées, dont font notamment partie les médecins et les infirmiers.
18. À la faculté de médecine de Plenz, en République tchèque, les étudiants portugais constituent d'ailleurs la communauté étrangère la plus importante (Ribeiro et al., 2014).
19. Informations récoltées sur les sites internet : www.medicalstudyguide.com et etudier-en-roumanie.com.
20. Notamment en Autriche, en Belgique (communauté flamande), en République tchèque, au Danemark, en Estonie, en Finlande, en France, en Allemagne, en Italie, aux Pays-Bas, en Pologne, en République slovaque, en Espagne, en Suède et au Royaume-Uni.
21. L'internat correspond à l'année de formation obligatoire suivant le diplôme, nécessaire pour continuer à pratiquer en Australie et pour obtenir en enregistrement général.

Bibliographie

- AAMC (2013), « Medical Student Education: Debt, Costs, and Loan Repayment Fact Card », octobre, Association of American Colleges.
- ACMMP (2011), « The 2010 Recommendations for Medical Specialist Training », Capaciteitsorgaan, Utrecht.
- ACMMP (2014), « The 2013 Recommendations for Medical Specialist Training », Capaciteitsorgaan, Utrecht.
- Aiken, L.H., J. Buchan, J. Sochalski, B. Nichols et M. Powell (2004), *Health Affairs*, vol. 23(3), pp. 69-77.

- Aiken, L.H. et R. Cheung (2008), « Nurse Workforce Challenges in the United States: Implication for Policy », *OECD health Working Papers*, n° 35, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/236153608331>.
- Alber, J.L. et H.P. von Aarburg (2012), « Auxiliaires de santé migrants et "brain waste" II. Enquête qualitative portant sur les cantons de Genève, de Saint-Gall et du Valais », *Obsan Dossier 21*, Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- AFMC (2009), « Tracking Practise Entry Cohorts of Canadian Post-MD Education Programs », in Datapoint, *Presenting the Data Behind the Issue*, The Association of Faculties of Medicine of Canada.
- AFMC (2012), « International Medical Graduates and Canadian Studying Medicine Abroad », in Datapoint, *Presenting the Data Behind the Issues*, The Association of Faculties of Medicine of Canada.
- AFMC (2013), *Statistiques relatives à l'enseignement médical au Canada*, vol. 35, L'Association des facultés de médecine du Canada.
- Andreson, B.A. (2010), « Simply Not There: The impact of International Migration of Nurses and Midwives – Perspectives from Guyana », *Journal of Midwifery & Women's Health*, vol. 52(4), pp. 392-397.
- Arguillas, F.O., L.B. Williams et M.J.B. Arguillas (2013), « The Rise and Decline of Skilled Nurses-Migration to Ireland », présenté à la 27^e International Population Conference, 26-31 août, Bexco, Busan, Corée.
- Asato, W. (2012), « Nurses from Abroad and the Formation of a Dual Labor Market », *Southeast Asian Studies*, vol. 49(4), pp. 652-669.
- Atanackovic, J. et I.L. Bourgeault (2013), « Migration and Recruitment of Immigrant Care Workers in Canada », *Canada Public Policy*, vol. 39(2), pp. 335-350.
- Banner, S. (2006), « Analysis of the 2006 Survey of Canadians Studying Medicine and the Medical Schools Training Canadians Outside of Canada and the U.S. », *Report to Health Canada*.
- Beňušová et al. (2011), « Regaining Self-Sufficiency: Slovakia and the Challenges of Health Professionals Leaving the Country », in M. Wismar, C.B. Maier, I.A. Glinos, G. Dussault et J. Figueras (Éds.), « Health Professional Mobility and Health Systems: Evidence from 17 European Countries », *Observatory Studies Series 23*, Organisation mondiale de la santé, pour le compte de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé.
- Bettio, F., A. Simonazzi et P. Villa (2006), « Change in Care Regimes and Female Migration: The "Care Drain" in the Mediterranean », *Journal of European Social Policy*, vol. 16(3), pp. 271-85.
- Blacklock, C., C. Heneghan, D. Mant et A.M. Ward (2012), « Effect of UK Policy on Medical Migration: A Time Series Analysis of Physician Registration Data », *Human Resources for Health*, vol. 10(35).
- Buchan, J. (2015), *Health Worker Mobility and Migration: An Overview of HRH Strategic Issues in Context*, Papier présenté à la « Nurse Workforce Sustainability Workshop, International Council of Nurses Conference », Séoul, Corée, 20 Juin, International Centre on Nurse migration.
- Buchan, J. et L. Aiken (2008), « Solving Nursing Shortages: A Common Priority », *Journal of Clinical Nursing*, vol. 17(24), pp. 3262-3268.
- Buchan, J. et I. Seccombe (2012), « Overstretched. Under-Resourced. The UK Nursing Labour Market Review 2012 », Royal College of Nursing.
- Buchan, J. et I. Seccombe (2013), « The End of Growth? Analysing NHS Nurse Staffing », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 69(9), pp. 2123-2130.
- Buerhaus, P.I., D.I. Auerbach et D. Staiger (2009), « The Recent Surge In Nurse Employment: Causes and Implications », *Health Affairs*, vol. 28(4), pp. 657-68.
- Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor (2014), « Registered Nurses », *Occupational Outlook Handbook*, Édition 2014-15.
- Campbell, J., G. Dussault, J. Buchan, F. Pozo-Martin, M. Guerra Arias, C. Leone, A. Siyam et G. Cometto (2013), « A Universal Truth: No Health Without a Workforce », *Forum report*, third Global Forum on Human Resources for Health, Recife, Brésil, Genève, Global Health Workforce Alliance and World Health Organization.
- CARMS (2010), « Canadian Students Studying Medicine Abroad », Canadian Resident Matching Service.
- CDS (2014), *Les directeurs de la santé mettent en garde contre une pénurie de main-d'œuvre*, Communiqué de presse, Berne, Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, 20 février.

- CE (2011a), « Marché Intérieur : Notoriété, perceptions et impact », *Eurobaromètre spécial*, n° 363, Étude réalisée par TNS Opinion & Social à la demande de la Direction générale Marché intérieur et services, Commission européenne.
- CE (2011b), « Evaluation of the Professional Qualifications Directive 2005/36/EC. Experience Reports from National Authorities with Regards to Doctors », Commission européenne, Bruxelles.
- CE (2013), « Results of the Call for Expression of Interest in the Introduction of the European Professional Card », Directorate General Internal Market and Services, Commission européenne, Bruxelles.
- CE (2013-14), « National Student Fee and Support Systems », *Eurydice, Facts and Figures*, Commission européenne, Bruxelles.
- Chaloff, J. (2008), « Mismatches in the Formal Sector, Expansion of the Informal Sector: Immigration of Health Professionals to Italy », *OECD Health Working Papers*, n° 34, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/236168115106>.
- Citoyenneté et Immigration Canada (2013), « Faits et chiffres 2012 – Aperçu de l'immigration », données préliminaires pour 2013.
- Colombo, F. et al. (2011), « Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care », *OECD Health Policy Studies*, OECD Publishing.
- Cooper, R. (2008), « The US Physician Workforce: Where Do We Stand? », *OECD Health Working Papers*, n° 37, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/228550866304>.
- Costa, G. (2013), « Private Assistants in the Italian Care System: Facts and Policies », *Observatoire de la société britannique*, vol. 14, pp. 99-117.
- CREF (2014), « Statistiques sur les étudiants », Conseil des recteurs des universités francophones de Belgique.
- Delamaire, M.C. et F. Schweyer (2011), « Nationally Moderate, Locally Significant: France and Health Professional Mobility from Far and Near », in M. Wismar, C.B. Maier, I.A. Glinos, G. Dussault et J. Figueras (Éds.), « Health Professional Mobility and Health Systems: Evidence from 17 European Countries », *Observatory Studies Series 23*, World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Dhillon, I.S., M.E. Clark et R.H. Kapp (2010), « A Guidebook on Bilateral Agreements to Address Health Workers Migration », *Realizing Rights at the Aspen Institute*.
- DOHC (2006), « Medical Education in Ireland: A New Direction », *Report of the Working Group on Undergraduate Medical Education and Training* (the «Fottrell Report»), Department of Health and Children.
- DREES (2013), « Les médecins en France au 1^{er} janvier 2013 ».
- Dumont, J.C., P. Zurn, J. Church et C. Le Thi (2008), « International Mobility of Health Professionals and Health Workforce Management in Canada: Myths and Realities », *OECD Health Working Paper*, n° 40, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/228478636331>.
- Dussault, G. et J. Buchan (2014), « The Economic Crisis in the EU: Impact on Health Workforce Mobility », in J. Buchan, M. Wismar, I.A. Glinos et J. Bremner (Éds.), « Health Professional Mobility in a Changing Europe – New Dynamics, Mobile Individuals and Diverse Responses », *Observatory Studies Series 32*, World Health Organization.
- ECFMG (2012), « 2011 Annual Report », Educational Commission for Foreign Medical Graduates.
- Efendy, F., Qur'aniati N. Purwaningsih, A. Kurniati, E.J. Singka et C.M. Chen (2013), « Return Migration of Indonesian Nurses from Japan: Where Should they Go? », *Journal of Nursing Education and Practice*, vol. 3(8), pp. 154-159.
- Eke, E., E. Girasek et M. Szocska (2011), « From Melting Pot to Laboratory of Change in Central Europe: Hungary and Health Workforce Migration », in M. Wismar, C.B. Maier, I.A. Glinos, G. Dussault et J. Figueras (Éds.), « Health Professional Mobility and Health Systems: Evidence from 17 European Countries », *Observatory Studies Series 23*, World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- FÀS (2009), « A Quantitative Tool for Workforce Planning in Healthcare: Example Simulations », *Skills and Labour Market Research Unit*, Dublin.
- Fujisawa, R. et F. Colombo (2009), « The Long-Term Care Workforce and Strategies to Adapt Supply to a Growing Demand », *OECD Health Working Papers*, n° 44, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/225350638472>.
- Galan, A., V. Olsavszky et C. Vladescu (2011), « Emergent Challenge of Health Professional Emigration: Romania's Accession to the EU », in M. Wismar, C.B. Maier, I.A. Glinos, G. Dussault et J. Figueras

- (Éds.), «Health Professional Mobility and Health Systems: Evidence from 17 European Countries», *Observatory Studies Series 23*, World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Galan, A., V. Olsavszky et C. Vladescu (2013), « Working Across the Danube: Calarasi and Silistra Hospitals Sharing Doctors (Romania-Bulgaria) », in I.A. Glinos et M. Wismar (Éds.), «Hospitals and Borders: Seven Case Studies on Cross-Border Hospital Collaboration and Health System Interactions», *Observatory Studies Series 31*, World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- GIZ (2014), « Training Nurses from Viet Nam to Become Geriatric Nurses in Germany. Project Description », Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit.
- Global Health Workforce Alliance, WHO (2013), « A Universal Truth: No Health Without a Workforce ».
- Haklai, Z., Y. Applbaum, O. Tal, M. Aburbeh et N. Goldberger (2013), « Female Physicians: Trends and Likely Impacts on Healthcare in Israel », *Israel Journal of Health Policy Research*, vol. 2(37).
- Haller, J. (De) (2014), « Relève médicale : veut-on des diplômés, ou des médecins ? », *Bulletin des médecins suisses*, vol. 95(4), pp. 129-132.
- Hawthorne, L. et J. Hamilton (2010), « International Medical Students and Migration: The Missing Dimension in Australian Workforce Planning? », *Medical Journal of Australia*, vol. 193(5), pp. 262-265.
- Hawthorne, L. (2011), « Health Workforce Migration – Australia », basé sur : Hawthorne, L., *Competing for Skills – Migration Policy Trends in New Zealand and Australia Full Report*, Department of Labour, Government of New Zealand, Wellington ; et Hawthorne, L., *Australia-Canada Round Table on Foreign Qualification Recognition – Australia Background and Annex*, Public Policy Forum, Ottawa.
- HEE (2013), « Workforce Plan for England. Proposed Education and Training Commissions for 2014/2015 », Health Education England.
- Hooren, F. (von) (2010), « When Families Need Immigrants: The Exceptional Position of Migrant Domestic Workers and Care Assistants in Italian Immigration Policy », *Bulletin of Italian Politics*, vol. 2(2), pp. 21-38.
- HRSA (2013), « The U.S. Nursing Workforce: Trends in Supply and Education », Health Resources and Services Administration.
- Humphries, N., R. Brugha et H. McGee (2009), « “I Won’t Be Staying Here for Long”: A Qualitative Study on the Retention of Migrant Nurses in Ireland », *Human Resources for Health*, vol. 7(68).
- Humphries, N., E. Tyrell, S. McAleese, P. Bidwell, S. Thomas, C. Normand et R. Brugha (2013), « A Cycle of Brain Gain, Waste and Drain – A Qualitative Study of Non-EU Migrant Doctors in Ireland », *Human Resources for Health*, vol. 11(63).
- IMA (2011), « The Physician Shortage in Israel », *Israeli Medical Association*, mai.
- Jaccard Ruedin, H. et M. Widmer (2010a), « L’immigration du personnel de santé vers la Suisse », *Obsan rapport 39*, Neuchâtel, Observatoire Suisse de la santé.
- Jaccard Ruedin, H., F. Weaver, M. Roth et M. Widmer (2010b), « Personnels de santé en Suisse – État des lieux et perspectives jusqu’en 2020 », *Document de travail 35*, Neuchâtel, Observatoire Suisse de la santé.
- Kautsch, M. et K. Czabanowska (2011), « When the Grass Gets Greener at Home: Poland’s Changing Incentives for Health Professional Mobility », in M. Wismar, C.B. Maier, I.A. Glinos, G. Dussault et J. Figueras (Éds.), «Health Professional Mobility and Health Systems: Evidence from 17 European Countries», *Observatory Studies Series 23*, World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Leone, C., C. Conceição et G. Dussault (2013), « Trends of Cross-Border Mobility of Physicians and Nurses Between Portugal and Spain », *Human Resources for Health*, vol. 11(36).
- Lintern, S. (2012), « Exclusive: “Disaster” Warning Follows 12% Drop in Nurse Training Places », *Nursing Times*, 18 septembre.
- Lofters, A.K. (2012), « The “Brain Drain” of Health Care Workers: Causes, Solutions and the Example of Jamaica », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 103(5), pp 376-378.
- Lorin, J. (2013), « DeVry Lures Medical School Rejects as Taxpayers Fund Debt », *Bloomberg.com.*, 2011-09-11.
- Lutz, H. et E. Palenga-Möllnbeck (2010), « Care Work Migration in Germany: Semi-Compliance and Complicity », *Social Policy and Society*, vol. 9, pp. 419-430.

- McSharry, E., M. Shannon, G. Murray et A. Gallen (2009), « Response to the Issues Raised in the Green Paper on the European Workforce for Health ».
- Mayberry, J.F. (2013), « The Development of Medical Education in Eastern Europe During the 20th Century and the Emergence of “English parallel” Courses », *Scottish Medical Journal*, vol. 58(1), pp. 46-52.
- Maybud, S. et C. Wiskow (2006), « “Care trade”: The International Brokering of Health Care Professionals », in C. Kuptsch (Éd.), *Merchants of Labour*, International Institute for Labour Studies, Genève.
- MCNZ (2012), « The New Zealand Medical Workforce in 2012 ».
- Medical Study Guide (2014), www.medicalstudyguide.com.
- Mladovsky, P., D. Srivastava, J. Cylus, M. Karanikolos, T. Evetovits, S. Thomson et M. McKee (2012), « Health Policy Responses to the Financial Crisis in Europe », *European Observatory on Health Systems and Policies (Policy Summary 5)*, World Health Organization, Genève.
- Morgan, D. et R. Astolfi (2013), « Health Spending Growth at Zero: Which Countries, Which Sectors Are Most Affected? », *OECD Health Working Papers*, n° 60, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/5k4dd1st95xv-en>.
- New Zealand Ministry of Health (2012), *Annual Report for the Year Ended 30 June 2012 Including the Director-General of Health's Annual Report on the State of Public Health*, Ministry of Health, Wellington.
- Nirel, N., S. Riba, S. Reicher et O. Toren (2012), « Registered Nurses in Israel – Workforce Employment Characteristics and Projected Supply », *Israel Journal of Health Policy Research*, vol. 1(11).
- NRMP (2013), « Results and Data 2013 Main Residency Match », National Resident Matching Program.
- Nursing Council of New Zealand (2013), « The 2005/2006 Nursing Cohort Report. A Longitudinal Study of New Zealand and Internationally Qualified Nurses », Nursing Council of New Zealand, Wellington.
- Nyapati, R.R. (2012), « A Little More than Kin, and Less than Kind: U.S. Immigration Policy on International Medical Graduates », *American Medical Association Journal of Ethics*, vol. 14(4), pp. 329-337.
- OCDE (2001), « Tendances des migrations internationales. Système d'observation permanente des migrations, rapport annuel », Éditions OCDE, Paris, <http://www.oecd.org/fr/els/mig/46308187.pdf>.
- OCDE (2007), « Les personnels de santé immigrés dans les pays de l'OCDE », dans *Perspectives des migrations internationales*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/migr_outlook-2007-fr.
- OCDE (2008), « Les personnels de santé dans les pays de l'OCDE: Comment répondre à la crise imminente ? », *Études de l'OCDE sur les politiques de santé*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264050792-fr>.
- OCDE (2012), *OECD Reviews of Health Care Quality: Israel 2012: Raising Standards*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264029941-en>.
- OCDE (2013a), *Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013*, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr>.
- OCDE (2013b), *Panorama de la santé 2013: les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-fr.
- OCDE (2013c), *Health Workforce Trends and Priorities in OECD Countries*, DELSA/HEA(2013)4.
- OCDE (2013d), *Perspectives des migrations internationales 2013*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/migr_outlook-2013-fr.
- OCDE (2014), *Perspectives des migrations internationales 2014*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/migr_outlook-2014-fr.
- OMS (2010), « Soixante-troisième Assemblée mondiale de la Santé. Point 11.5 de l'ordre du jour, Code de pratique de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé, WHA63.16 », 21 mai.
- OMS (2013), *A Universal Truth: No Health Without a Workforce*, Organisation mondiale de la santé, Genève.
- Ono, T., G. Lafortune et M. Schoenstein (2013), « Health Workforce Planning in OECD Countries. A Review of 26 Projection Models from 18 Countries », *OECD Health Working Papers*, n° 62, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/5k44t787zcuwb-en>.
- Özden, Ç. et D. Phillips (2014), « What Really Is Brain Drain? Location of Birth, Education and Migration Dynamics of African Doctors », non publié.
- Pasquinelli, S. et G. Rusmini (2013), « Il punto sulle badanti », in *Network Non Autosufficienza (ed.), L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – Rapporto 2013*, Rimini, Maggioli.

- Polkowski, R. (2013), « Swedish Medical Students Abroad: A Case of Return Migration Policy-Making », University of Gothenburg.
- Pong, R.W. (2011), « Putting Up the Stethoscope for Good? », *CIHI*, available at www.cihi.ca.
- Ribeiro, J.S., C. Conceição, J. Pereira, C. Leone, P. Mendonc, M. Temido, C. Pacheco Vieira et G. Dussault (2014), « Health Professionals Moving To... And From Portugal », *Health Policy*, vol. 114, pp. 97-108.
- Ring, E. (2012), « 20% of Indian, Pakistani Doctors Brought to Ireland Fail Clinical Exams », *Irish Examiner*, 11 janvier.
- Salaverria, L.B. (2013), « PH Nurses in Tokyo Also Hurdle Gap in Language », *Philippines Daily Inquirer*, 14 octobre.
- Schilliger, S. (2013), « Transnationale Care-Arbeit: Osteuropäische Pendelmigrantinnen in Privathaushalten von Pflegebedürftigen », *Who cares*.
- Socialstyrelsen (2013), « Nationella Planeringsstödet 2013 – Tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård », *Socialstyrelsen*, article n° 2013-1-18.
- Spencer, S., I. Martin, I.L. Bourgeault et E. O'Shea (2010), « The Role of Migrant Care Workers in Ageing Societies: Report on Research Findings in the United Kingdom, Ireland, Canada and the United States », *Migration Research Series*, n° 41, International Organization for Migration, Genève.
- Stationery Office (2013), « Rules Specifying Examinations and Criteria for Registration in the Supervised Division Pursuant to the Medical Practitioners (amendment) Act 2011 », *Statutory Instruments*, n° 208.
- Stordeur, S. et C. Léonard (2010), « Challenges in Physician Supply Planning: The Case of Belgium », *Human Resources for Health*, vol. 8(28).
- The Ministry of Health of the Slovak Republic (2009, 2010, 2011), For Action 2.2 of the Operational Programme Education 2010/ 2011/ 2012, European Programmes and Projects Directorate, Newsletter, <http://opv.health-sf.sk/vydane-publikacie>.
- Thomas, S., C. Keegan, S. Barry, R. Layte, M. Jowett et C. Normand (2013), « A Framework for Assessing Health System Resilience in an Economic Crisis: Ireland as a Test Case », *BMC Health Services Research*, vol. 13(450).
- U.S. Citizenship and Immigration Services (2013), « Conrad 30 Waiver Program », Official Website of the Department of Homeland Security.
- U.S. Department of Homeland Security (2008), « Improving the Processing of "Schedule A" Nurse Visas », *Recommendation from the CIS Ombudsman to the Director, USCIS*, 5 décembre.
- U.S. Department of Homeland Security (2015), « Characteristics of H1B Specialty Occupation Workers », *Fiscal Year 2014 Annual Report to the Congress*, 1 octobre 2013-30 septembre 2014, U.S. Citizenship and Immigration Services.
- U.S. Department of State (2014), *Visa Bulletin for April 2014*, n° 67(9), Washington, DC.
- Vörk, A., E. Kallaste et M. Priinits (2004), « Migration Intentions of Health Care Professionals: The Case of Estonia ».
- Wakisaka, N. (2012), « Le recrutement des infirmiers étrangers : une réforme s'impose », *Nippon.com*, 11 juillet.
- Watts, E., J.C. Davies et D. Metcalfe (2011), « The Canadian International Medical Graduate Bottleneck: A New Problem for New Doctors », *Canadian Medical Education Journal*, vol. 2(2), pp. 86-90.
- Weimer, LM. (2013), « Tuition Fees for International Students in Finland: A Case Study Analysis of Collective Action and Social Change », University of Georgia in Partial.
- Windt, W. (Van der) (2013), *Note on the Exit of Medical Specialists* (Noticie Uitstroom medisch specialisten), Kiwa Prismant, Amsterdam.
- Wismar, M., C.B. Maier, I.A. Glinos, G. Dussault et J. Figueras (2011), *Health Professional Mobility and Health Systems: Evidence from 17 European Countries*, *Observatory Studies Series 23*, Organisation mondiale de la Santé, pour le compte de l'Observatoire européen des Systèmes et Politiques de santé.
- Zanten, M. (Van) et J. Boulet (2013), « Medical Education in the Caribbean: Quantifying the Contribution of Caribbean-Educated Physicians to the Primary Care Workforce in the United States », *Academic Medicine*, vol. 88(2), pp. 276-281.

ANNEXE 3.A1

Tableaux et graphiques supplémentaires

Tableau 3.A1.1. Taux d'expatriation pour les médecins et les infirmiers, 2010/11

Médecins			Infirmiers		
Région de naissance	Nombre de personnes travaillant dans les pays de l'OCDE	Taux d'expatriation vers les pays de l'OCDE	Région de naissance	Nombre de personnes travaillant dans les pays de l'OCDE	Taux d'expatriation vers les pays de l'OCDE
OCDE	143 100	4.1	OCDE	282 778	2.8
UE28	115 740	6.3	UE28	209 307	4.9
Afrique	75 116	13.9	Afrique	137 633	12.6
Afrique australe		21.7	Afrique australe		14.2
Afrique centrale		53.9	Afrique centrale		22.5
Afrique occidentale		16.3	Afrique occidentale		22.3
Afrique orientale		31.4	Afrique orientale		20.5
Afrique septentrionale		66.6	Afrique septentrionale		3.7
Amériques	74 275	4.4	Amériques	206 089	4.2
Amérique centrale		2.4	Amérique centrale		10.0
Amérique du Sud		18.7	Amérique du Sud		7.5
Amérique du Nord		2.0	Amérique du Nord		0.9
Caraïbes		12.9	Caraïbes		34.1
Asie	242 718	5.1	Asie	391 776	5.4
Asie centrale		0.3	Asie centrale		0.3
Asie du Sud-Est		9.8	Asie du Sud-Est		5.1
Asie méridionale		9.5	Asie méridionale		5.8
Asie occidentale		8.7	Asie occidentale		2.6
Asie orientale		1.6	Asie orientale		1.4
Europe	135 579	4.7	Europe	230 690	3.8
Europe méridionale		3.6	Europe méridionale		3.6
Europe occidentale		5.7	Europe occidentale		3.8
Europe orientale		3.4	Europe orientale		2.5
Europe septentrionale		9.1	Europe septentrionale		8.2
Océanie	3 546	3.9	Océanie	21 167	7.0
Australie et Nouvelle-Zélande		0.5	Australie et Nouvelle-Zélande		5.5
Mélanésie, Micronésie et Polynésie		41.5	Mélanésie, Micronésie et Polynésie		43.0

Tableau 3.A1.1. **Taux d'expatriation pour les médecins et les infirmiers, 2010/11 (suite)**

Médecins			Infirmiers		
Région de naissance	Nombre de personnes travaillant dans les pays de l'OCDE	Taux d'expatriation vers les pays de l'OCDE	Région de naissance	Nombre de personnes travaillant dans les pays de l'OCDE	Taux d'expatriation vers les pays de l'OCDE
Afghanistan	1 240	14.1	Afghanistan	1 715	9.0
Afrique du Sud	10 607	21.9	Afrique du Sud	11 090	16.5
Albanie	564	13.6	Albanie	1 345	9.5
Algérie	11 423	21.8	Algérie	7 112	11.0
Allemagne	25 460	7.5	Allemagne	48 249	5.0
Andorre	13	5.1			
Angola	1 539	34.2	Angola	931	3.1
			Antigua et Barbuda	685	74.6
Arabie Saoudite	819	3.8	Arabie Saoudite	1 219	1.9
Argentine	5 717	4.5	Argentine	2 152	12.9
Arménie	412	4.8	Arménie	1 084	7.2
Australie	1 243	1.7	Australie	6 097	2.6
Autriche	1 057	2.5	Autriche	2 049	3.0
Azerbaïdjan	165	0.5	Azerbaïdjan	345	0.6
Bahamas	5	0.5	Bahamas	628	31.1
Bahrein	409	25.3	Bahrein	21	0.7
Bangladesh	2 759	4.9	Bangladesh	1 500	5.3
Barbade	215	30.5	Barbade	2 997	69.6
Bélarus	1 212	3.3	Bélarus	985	1.0
Belgique	2 702	7.7	Belgique	6 814	4.2
			Belize	1 227	69.9
Bénin	289	34.8			
Bolivie	610	11.3	Bolivie	912	8.3
Bosnie-Herzégovine	1 826	21.5			
Botswana	51	7.9	Botswana	44	0.9
Brésil	3 450	8.9	Brésil	4 297	1.5
Brunei	292	32.4	Brunei	105	3.8
Bulgarie	3 145	10.0	Bulgarie	1 447	4.4
Burkina Faso	89	11.1			
Burundi	269	57.3	Burundi	946	41.4
Cabo Verde	193	53.6	Cabo Verde	853	76.8
Cambodge	753	18.2	Cambodge	1 634	16.1
Cameroun	2 174	61.8	Cameroun	6 108	44.5
Canada	10 619	11.2	Canada	28 229	8.1
Chili	1 430	7.6	Chili	2 278	75.2
Chine (République populaire de)	26 583	1.3	Chine (République populaire de)	24 440	1.1
Chypre ^{1, 2}	1 714	40.2	Chypre ^{1, 2}	654	14.3
Colombie	7 535	9.5	Colombie	6 409	17.5
Comores	34	22.8			
Congo (République du)	2 202	84.6	Congo (République du)	4 566	61.5
République démocratique du Congo	1 579	21.3	République démocratique du Congo	2 155	7.0
Corée du Sud	9 604	8.7			
			Costa Rica	843	18.4
Côte d'Ivoire	388	12.4	Côte d'Ivoire	865	11.0
Croatie	836	6.3	Croatie	3 589	13.1
Cuba	6 749	8.1	Cuba	8 969	8.0
Danemark	878	4.4	Danemark	2 091	2.4
Djibouti	9	4.6	Djibouti	970	68.9

Tableau 3.A1.1. **Taux d'expatriation pour les médecins et les infirmiers, 2010/11 (suite)**

Médecins			Infirmiers		
Région de naissance	Nombre de personnes travaillant dans les pays de l'OCDE	Taux d'expatriation vers les pays de l'OCDE	Région de naissance	Nombre de personnes travaillant dans les pays de l'OCDE	Taux d'expatriation vers les pays de l'OCDE
Dominique	8	6.1			
Égypte	8 218	3.5	Égypte	1 561	0.6
Émirats Arabes Unis	151	1.6	Émirats Arabes Unis	59	0.3
Équateur	1 631	6.5	Équateur	2 060	7.3
Ex-République Yougoslave de Macédoine	423	7.3			
Érythrée	36	14.3	Érythrée	1 186	33.4
Espagne	3 891	2.1	Espagne	6 832	2.8
Estonie	425	8.9	Estonie	549	6.2
États-Unis	7 053	0.9	États-Unis	7 183	0.2
Éthiopie	1 207	35.9	Éthiopie	4 431	18.1
Fidji	468	55.7	Fidji	3 484	64.0
Finlande	966	5.9	Finlande	5 068	8.4
France	5 697	2.8	France	13 007	2.2
Gabon	93	19.1			
Gambie	8	4.4			
Géorgie	778	4.1	Géorgie	650	4.8
Ghana	2 051	46.9	Ghana	11 148	33.1
Grèce	4 964	6.7	Grèce	1 226	3.2
Grenade	195	73.9	Grenade	1 809	82.0
Guatemala	442	3.3	Guatemala	1 903	13.3
Guinée	137	12.7	Guinée	337	7.7
Guinée Bissau	192	60.8	Guinée Bissau	552	38.9
			Guinée Équatoriale	193	47.0
Guyane	884	84.6	Guyane	9 423	95.9
Haïti	2 093	51.8	Haïti	25 137	96.8
Honduras	433	13.9	Honduras	1 922	19.8
Hongrie	2 984	9.2	Hongrie	2 798	4.3
Îles Cook	12	33.3	Îles Cook	69	37.3
Îles Salomon	6	4.8	Îles Salomon	39	4.0
Inde	86 680	8.6	Inde	70 471	5.4
Indonésie	1 742	3.4	Indonésie	3 630	1.6
Iran	12 758	17.1	Iran	7 985	7.5
Iraq	5 298	21.2			
Irlande	5 489	31.0	Irlande	13 715	19.8
Islande	175	13.5	Islande	697	12.5
Israël	2 617	9.4	Israël	1 175	3.1
Italie	6 122	2.4	Italie	6 337	1.6
Jamaïque	2 659	70.7	Jamaïque	38 701	93.0
Japon	2 190	0.8	Japon	7 958	0.6
Jordanie	2 244	12.2	Jordanie	719	3.0
Kazakhstan	153	0.2	Kazakhstan	652	0.5
Kenya	1 378	15.4	Kenya	8 928	21.3
Kirghizistan	202	1.5	Kirghizistan	22	0.1
			Kiribati	15	4.3
Koweït	983	15.5	Koweït	346	2.5
RDP Lao	301	19.9	RDP Lao	2 142	27.7
			Lesotho	152	11.9
Lettonie	207	3.1	Lettonie	534	5.0
Liban	6 799	33.3	Liban	2 535	18.0

Tableau 3.A1.1. **Taux d'expatriation pour les médecins et les infirmiers, 2010/11 (suite)**


Médecins			Infirmiers		
Région de naissance	Nombre de personnes travaillant dans les pays de l'OCDE	Taux d'expatriation vers les pays de l'OCDE	Région de naissance	Nombre de personnes travaillant dans les pays de l'OCDE	Taux d'expatriation vers les pays de l'OCDE
Libéria	236	82.2	Libéria	2 718	81.4
Libye	540	4.3	Libye	140	0.3
Lituanie	1 304	9.5	Lituanie	1 341	5.6
Luxembourg	718	33.4	Luxembourg	315	4.7
Madagascar	1 113	26.1	Madagascar	1 933	35.0
Malaisie	7 737	19.0	Malaisie	6 207	6.4
Malawi	535	66.9	Malawi	705	12.8
			Maldives	14	0.7
Mali	150	10.4			
Malte	606	31.0	Malte	871	23.7
Maroc	6 936	25.1	Maroc	7 338	19.8
Maurice	1 459	52.8	Maurice	4 956	52.8
Mauritanie	59	11.7	Mauritanie	465	19.2
Mexique	5 116	2.1	Mexique	22 342	7.1
			Micronésie	268	46.2
Moldova	261	2.0	Moldova	462	2.1
Monaco	79	24.0			
Mongolie	92	1.2			
Monténégro	33	2.6	Monténégro	103	3.2
Mozambique	902	49.8	Mozambique	921	8.9
Myanmar (Birmanie)	3 029	9.7	Myanmar (Birmanie)	766	2.8
Namibie	243	23.9	Namibie	42	0.7
Népal	1 548	22.3	Népal	2 606	31.5
Nicaragua	603	22.8	Nicaragua	2 474	29.7
Niger	321	52.7	Niger	316	15.9
Nigeria	8 207	12.3	Nigeria	27 303	17.1
Norvège	507	2.7	Norvège	2 117	3.2
Nouvelle-Zélande	1 582	12.0	Nouvelle-Zélande	9 699	17.0
Oman	56	0.9	Oman	118	0.8
Ouganda	1 000	22.9	Ouganda	2 839	7.0
Ouzbékistan	69	0.1	Ouzbékistan	880	0.3
Pakistan	17 834	11.0	Pakistan	5 172	6.6
Panama	283	4.9	Panama	2 799	24.6
Papouasie-Nouvelle-Guinée	148	30.8	Papouasie-Nouvelle-Guinée	661	18.9
Paraguay	150	2.3	Paraguay	235	2.4
Pays-Bas	3 356	6.4	Pays-Bas	7 483	5.1
Pérou	5 950	17.9	Pérou	7 323	17.9
Philippines	16 568	15.0	Philippines	221 344	38.6
Pologne	8 237	8.9	Pologne	16 785	7.7
Portugal	951	2.7	Portugal	7 491	10.4
Qatar	60	0.9			
République centrafricaine	156	43.2			
République dominicaine	2 180	12.7	République dominicaine	3 382	20.2
République slovaque	920	4.9	République slovaque	3 266	9.3
République tchèque	1 681	4.2	République tchèque	2 318	2.7
Roumanie	10 759	17.4	Roumanie	10 734	8.6
Royaume-Uni	17 912	9.4	Royaume-Uni	51 845	9.0
Russie	6 822	0.9	Russie	7 935	0.7
Rwanda	204	26.4	Rwanda	1 559	18.6

Tableau 3.A1.1. **Taux d'expatriation pour les médecins et les infirmiers, 2010/11 (suite)**

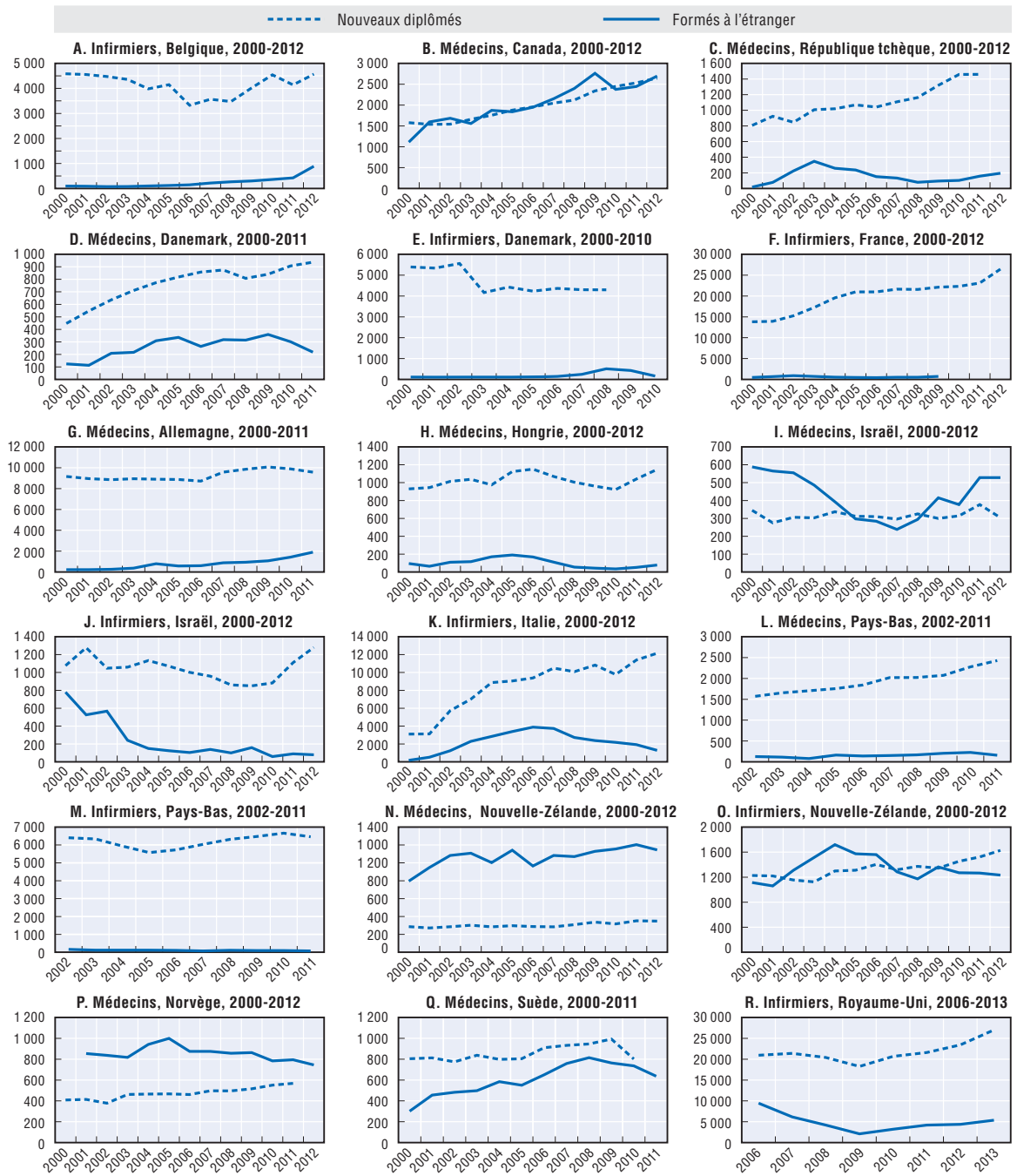
Médecins			Infirmiers		
Région de naissance	Nombre de personnes travaillant dans les pays de l'OCDE	Taux d'expatriation vers les pays de l'OCDE	Région de naissance	Nombre de personnes travaillant dans les pays de l'OCDE	Taux d'expatriation vers les pays de l'OCDE
			Sainte-Lucie	518	61.8
			Saint-Kitts-et-Nevis	355	54.7
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	35	36.1	Saint-Vincent-et-les-Grenadines	1 199	71.6
Salvador	469	3.9	Salvador	5 318	64.5
Samoa Occidentales	41	32.5	Samoa Occidentales	545	64.7
Sao Tomé et Príncipe	113	58.2			
Sénégal	573	43.6	Sénégal	1 019	18.6
Serbie	1 706	7.6	Seychelles	38	5.7
Seychelles	9	6.9	Sierra Léone	4 331	82.4
Sierra Léone	337	71.3	Singapour	1 859	6.0
Singapour	1 761	16.6			
Slovénie	620	10.8	Slovénie	1 779	9.4
Somalie	31	9.4	Somalie	1 644	63.0
Soudan	1 313	10.8	Soudan	478	1.5
Sri Lanka	5 784	28.3	Sri Lanka	5 372	13.2
Suède	2 141	5.6	Suède	4 706	4.8
Suisse	1 325	4.2	Suisse	1 614	1.2
Surinam	861	68.3	Surinam	5 730	69.4
Swaziland	7	3.9	Swaziland	150	8.4
Syrie	7 516	19.7	Syrie	828	2.1
Tadjikistan	13	0.1	Tadjikistan	44	0.2
Tanzanie	499	62.4	Tanzanie	1 406	17.3
Tchad	94	20.3			
Thaïlande	1 709	6.1	Thaïlande	4 161	2.9
Timor-Leste	38	31.1	Timor-Leste	71	7.4
Togo	237	40.4	Togo	348	21.9
Tonga	33	36.3	Tonga	538	58.7
Trinité-et-Tobago	2 155	58.3	Trinité-et-Tobago	9 219	66.3
Tunisie	3 227	19.9	Tunisie	1 575	4.4
Turkmenistan	6	0.0			
Turquie	2 469	1.9	Turquie	2 381	1.9
Ukraine	4 893	3.0	Ukraine	6 691	2.0
Uruguay	500	3.6	Uruguay	517	2.6
Vanuatu	13	33.3	Vanuatu	35	9.5
Venezuela	4 244	8.1	Venezuela	1 740	5.9
Viet Nam	10 055	8.9	Viet Nam	11 431	13.3
Yemen	439	8.3	Yemen	69	0.6
Zambie	1 399	62.6	Zambie	1 832	19.7
Zimbabwe	1 048	55.9	Zimbabwe	12 673	43.2

Notes:

- Note en bas de page de la Turquie : « Les informations figurant dans ce document qui font référence à "Chypre" concernent la partie méridionale de l'île. Il n'y a pas d'autorité unique représentant à la fois les Chypriotes turcs et grecs sur l'île. La Turquie reconnaît la République Turque de Chypre Nord (RTCN). Jusqu'à ce qu'une solution durable et équitable soit trouvée dans le cadre des Nations Unies, la Turquie maintiendra sa position sur la "question chypriote" ».
- Note en bas de page de tous les États de l'Union européenne membres de l'OCDE et de l'Union européenne : La République de Chypre est reconnue par tous les membres des Nations Unies sauf la Turquie. Les informations figurant dans ce document concernent la zone sous le contrôle effectif du gouvernement de la République de Chypre.


Sources : DIOC 2000/01 ; DIOC 2010/11, *Enquête sur la population active 2009/12* ; et Observatoire de la santé mondiale (OMS).StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933264839>

Graphique 3.A1.1. Évolution du nombre de nouveaux diplômés et des entrées de personnels de santé formés à l'étranger



Note : R. : Entre 2006 et 2008, les données sur les personnels formés à l'étranger correspondent à la période administrative se terminant au 31 mars de l'année indiquée. Rupture de série en 2008 pour le nombre de diplômés. À partir de 2008, les données sont des estimations.

Sources : A. : Federal Public Service, Communauté française et Vlaamse Gemeenschap ; B. : Association of Faculties of Medicine of Canada et Canadian Institute for Health Information, Scott's Medical Database (SMDB) ; C. : ministère de l'Éducation, de la Jeunesse et des Sports et Czech Medical Chamber ; D. : National Board of Health et Statens Serum Institut, Population Register ; E. : National Board of Health et Statens Serum Institut ; F. : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) ; G. : Federal Statistical Office et German Medical Association ; H. : Central Statistical Office (KSH) et Office of Health Authorisation and Administrative Procedures ; I. : Central Bureau of Statistics et ministère de la Santé ; J. : ministère de la Santé, Nurse License Registry ; K. : ministère de l'Éducation, Federazione nazionale dei Collegi Ispasvi ; L. : Statistics of Netherlands et CIBG, Beroepen in de Gezondheidszorg (BIG) ; M. : CIBG, Beroepen in de Gezondheidszorg (BIG), Statistics Netherlands, Statistics of Education ; N. : Medical Council of New Zealand (MCNZ) ; O. : Nursing Council of New Zealand ; P. : Statistics Norway et Norwegian Registration Authority for Health Personnel ; Q. : National Board of Health and Welfare ; R. : Nursing and Midwifery Council.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933264848>



Extrait de :
International Migration Outlook 2015

Accéder à cette publication :
https://doi.org/10.1787/migr_outlook-2015-en

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2015), « Nouvelles tendances des migrations internationales de médecins et d'infirmiers vers les pays de l'OCDE », dans *International Migration Outlook 2015*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: https://doi.org/10.1787/migr_outlook-2015-6-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. 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 ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) contact@cfcopies.com.