

# **DOCUMENT DE RECHERCHE**

**16**

## **LA LIBERALISATION DU COMMERCE DES SERVICES DE SANTE : TROUVER UN EQUILIBRE ENTRE LES INTERETS LIES AU MODE 4 DE L'AGCS ET LA NECESSITE DE GARANTIR UN ACCES UNIVERSEL AUX SERVICES DE BASE**

**Joy Kategekwa \***

**CENTRE SUD**

**JANVIER 2008**

**Traduction française (externe) par Véronique Sauron**

---

\* L'auteure est une juriste spécialisée dans le Commerce international et l'investissement. Elle est administratrice de programme dans le domaine du commerce des services au Centre Sud.

## **LE CENTRE SUD**

En août 1995, le Centre Sud est devenu une organisation intergouvernementale permanente de pays en développement. Le Centre jouit d'une pleine indépendance intellectuelle dans la poursuite de ses objectifs qui sont de promouvoir la solidarité entre pays du Sud, la coopération Sud-Sud et la participation coordonnée des pays en développement aux forums internationaux. Il prépare, publie et distribue des documents d'information, des analyses stratégiques et des recommandations sur les questions économiques, sociales et politiques internationales concernant les pays du Sud.

Le Centre Sud bénéficie du soutien et de la coopération des gouvernements des pays du Sud et il collabore régulièrement avec le Mouvement des pays non alignés et le Groupe des 77. Ses études et prises de position sont établies en faisant appel aux capacités techniques et intellectuelles des gouvernements et des institutions du Sud et des citoyens du Sud. Les sessions de travail en groupe et de larges consultations impliquant les spécialistes des diverses régions du Sud, et parfois également du Nord, permettent d'étudier les problèmes courants dans le Sud, ainsi que de partager les expériences et les connaissances.

## **REMERCIEMENTS**

Nous souhaitons remercier Elizabeth Tuerk, Rolf Adlung, et David Luke pour leurs précieux commentaires. L'auteure demeure seule responsable des conclusions présentées dans ce document.



## TABLE DES MATIERES

|   |           |
|---|-----------|
| RESUME ANALYTIQUE .....   | <i>ix</i> |
| I. INTRODUCTION .....   | 1         |
| II. IMPORTANCE DU COMMERCE DES SERVICES .....   | 2         |
| III. MODE 4 - PRESENCE DE PERSONNES PHYSIQUES .....   | 4         |
| IV. LE CONCEPT D'ACCES UNIVERSEL .....  | 6         |
| V. REGIME JURIDIQUE INTERNATIONAL APPLICABLE AU COMMERCE DES SERVICES DE SANTE .....  | 9         |
| V.1. L'accord général sur le commerce des services (AGCS) .....   | 9         |
| V.2. L'AGCS et les services de santé .....  | 10        |
| V.3. Les engagements de libéralisation pris dans le cadre de l'AGCS concernant le mode 4 .....  | 12        |
| V.4. Rôle des engagements horizontaux dans les engagements concernant le mode 4 .....   | 15        |
| V.5. Positions des pays en développement et des PMA dans le cycle de Doha de négociations sur les services relevant du mode 4 .....                       | 18        |
| VI. LE SECTEUR DE LA SANTE EN AFRIQUE .....   | 20        |
| VII. CONSEQUENCES DU MODE 4 AU REGARD DE L'OBLIGATION DE GARANTIR UN ACCES UNIVERSEL AUX SOINS DE SANTE DE BASE .....                                     | 25        |
| VIII. TROUVER UN EQUILIBRE ENTRE L'INTERET POUR LE MODE 4 ET L'ACCES UNIVERSEL AUX SOINS: ELEMENTS DE REFLEXION POUR LES PAYS EN DEVELOPPEMENT .....      | 28        |
| VIII.1. Nécessité de renforcer les structures de soins a l'échelle nationale .....  | 28        |
| VIII.2. Importance de la volonté politique pour garantir un accès universel aux services de santé .....   | 29        |
| VIII.3. Rôle du secteur privé: le cas du Botswana et du Kenya .....   | 31        |
| VIII.4. Nécessité pour les gouvernements de s'impliquer davantage dans les efforts visant a structurer les mouvements de professionnels de la santé ..... | 32        |
| VIII.5. Utiliser les flexibilités de l'AGCS .....   | 32        |
| VIII.6. Tirer parti du résultat des négociations sur l'AGCS .....   | 34        |

|         |   |    |
|---------|---|----|
| VIII.7. | La nécessité de politiques parallèles ..... | 35 |
| VIII.8. | Le rôle de la réglementation.....           | 38 |
| IX.     | CONCLUSION .....                            | 39 |
| X.      | ANNEXES .....                               | 40 |
| XI.     | REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....           | 42 |

## ACRONYMES

|          |  |
|----------|--|
| CEDEAO   | Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest                  |
| EBE      | Examen des besoins économiques   |
| CE       | Commission européenne  |
| UE       | Union européenne   |
| AGCS     | Accord général sur le commerce des services                              |
| GATT     | Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce                   |
| PIB      | Produit intérieur brut   |
| OIM      | Organisation internationale pour les migrations                          |
| PMA      | Pays les moins avancés   |
| NPF      | Nation la plus favorisée   |
| ARM      | Accord de reconnaissance mutuelle  |
| SCM      | Système commercial multilatéral  |
| ONG      | Organisations non gouvernementales                                       |
| PNUD     | Programme des Nations Unies pour le développement                        |
| OMS      | Organisation mondiale de la santé  |
| OMC      | Organisation mondiale du commerce  |
| VIH/sida | Virus de l'immunodéficience humaine /Syndrome d'immunodéficience acquise |



## RESUME ANALYTIQUE

La santé est un droit fondamental. Ce droit est accordé à tous les êtres humains par le biais des constitutions nationales et divers instruments internationaux qui ont été signés et ratifiés par de nombreux, si ce n'est tous les gouvernements du monde. L'accès à des services de santé de base est inhérent au droit à la santé. Il impose aux États de faire en sorte que chaque citoyen puisse en bénéficier. Au-delà de son caractère obligatoire, l'accès universel aux soins est un objectif de développement auquel nombre de pays s'efforcent de parvenir. Dans de nombreux pays en développement, en particulier en Afrique subsaharienne, où les systèmes de santé sont défaillants, il est très difficile pour les gouvernements de réaliser cet objectif.

La mondialisation a entraîné un mouvement de plus en plus important des personnes physiques fournissant des services de santé. Si une grande partie de ces mouvements a lieu entre les pays développés et à l'intérieur de ceux-ci, la tendance actuelle, qui voit de nombreux professionnels de la santé des pays en développement émigrer vers les pays développés, est plus inquiétante. Alors que le Virus de l'immunodéficience humaine /Syndrome d'immunodéficience acquise (VIH/sida), le paludisme, la tuberculose et d'autres maladies guérissables continuent de provoquer un nombre incalculable de décès sur le continent africain, l'exode des professionnels de la santé n'est pas sans poser de sérieux problèmes et d'alimenter les discussions dans les instances internationales.

Dans le cadre des négociations de l'Organisation mondiale du commerce (OMC), les pays en développement, notamment les pays les moins avancés (PMA), tentent de négocier des engagements ambitieux afin de bénéficier d'un meilleur accès aux marchés des pays développés dans le domaine de la fourniture de services grâce à la présence de personnes physiques (mode 4), notamment dans le secteur de la santé. Bien que ce type de mouvement ne représente qu'une fraction seulement des circuits de migration utilisés par les professionnels de la santé, il en constitue une modalité majeure. Les ambitions affichées par les pays en développement concernant le mode 4 sont-elles diamétralement opposées à l'objectif d'accès universel aux soins de santé de base ? Telle est la question à laquelle nous tentons de répondre dans ce document de recherche.

Sur la base de l'examen des normes de droit commercial international régissant les services de santé, en particulier les règles applicables à la présence de personnes physiques, des engagements des pays Membres de l'OMC en matière d'accès aux marchés et de traitement national des services de santé, des principales tendances observées concernant les mouvements des professionnels de la santé au regard de la situation du secteur de la santé dans les pays de l'Afrique subsaharienne, nous nous interrogeons sur les conséquences qui peuvent résulter pour le secteur de la santé de ces pays de la mise en œuvre du mode 4, en particulier sur leur capacité à garantir un accès universel aux soins de santé de base. Notre objectif, sans prétendre détenir toutes les solutions, est d'identifier les diverses options qui peuvent être envisagées par les gouvernements au niveau politique afin de parvenir à un équilibre entre leur ambition qui est de négocier un meilleur accès aux marchés pour le mode 4 et l'obligation qui est la leur de garantir à la population un accès universel aux soins de santé de base. Il est également de montrer que des efforts concertés peuvent permettre aux gouvernements de parvenir à cet équilibre et que la solution réside peut-être dans la nature même du mode 4, notamment dans la manière dont il a été conçu et défini.



## I. INTRODUCTION

De nombreux pays du monde, y compris les pays en développement, affichent leur volonté de négocier des engagements très ambitieux en matière d'accès aux marchés et de traitement national pour les personnes physiques entrant sur les marchés afin fournir un service. Au sommet de la chaîne, les grandes entreprises de services souhaitent, le moment venu, pouvoir déplacer leur personnel dans leurs diverses filiales partout dans le monde afin d'accroître leur efficacité, leur compétitivité et leurs bénéfices. À l'extrémité de la chaîne, les pays en développement veulent pouvoir envoyer temporairement des fournisseurs de services qualifiés et semi-qualifiés dans les pays développés afin de tirer parti de la source de capitaux considérable que représentent les envois d'argent dans le pays d'origine. Les mouvements de personnes physiques fournissant des services est un phénomène courant, en particulier dans le secteur de la santé, les médecins, infirmiers et autres professionnels de la santé étant prêts à aller chercher ailleurs de meilleures opportunités que celles qui leur sont offertes dans leur pays d'origine. Dans le cadre des négociations sur l'Accord général sur le commerce des services (AGCS), les pays en développement ont pour ambition d'obtenir un meilleur accès aux marchés et des engagements plus importants de la part des pays développés dans le domaine de la fourniture de services, grâce à la présence de personnes physiques (mode 4), notamment dans le secteur de la santé. Or, il est bien connu que les systèmes de soins sont peu développés dans les pays en développement, en particulier dans les pays de l'Afrique subsaharienne. On peut, dès lors, légitimement s'interroger sur le sens que revêt cette ambition au regard de l'obligation juridique qui est faite aux États représentant la communauté internationale de fournir à leurs concitoyens un accès universels aux soins de santé de base. Existe-t-il un conflit entre leurs intérêts et leurs obligations? Les deux sont-ils incompatibles au point qu'il est impossible de les concilier? Ces pays peuvent-ils garantir le droit à la santé consacré dans de nombreuses constitutions nationales et instruments juridiques internationaux dont ils sont signataires, et qu'ils ont bien souvent ratifiés, et dans le même temps négocier de manière agressive avec les pays développés afin d'exporter leurs professionnels de la santé.

Le présent document de recherche examine ces questions, en essayant de trouver un meilleur équilibre entre des objectifs apparemment contradictoires. Après avoir rappelé l'importance que revêt le commerce des services et défini les notions relatives à la présence de personnes physiques (mode 4), à l'accès universel aux soins de santé de base et au droit à la santé, il décrit le régime juridique international applicable aux services de santé, en les replaçant dans le cadre plus général de l'AGCS et présente les engagements souscrits par les pays membres de l'OMC en matière d'accès aux marchés et de traitement national concernant le mode 4 dans le domaine de la santé. Il présente également les positions prises sur cette question par les pays en développement et les pays les moins avancés (PMA) dans le cadre de l'AGCS sur l'accès aux marchés. Dans les chapitres qui suivent, le document porte un regard sur le secteur de la santé dans les pays en développement, en analysant la capacité de ces pays de fournir des services de santé sur leur territoire et examine les conséquences sur le développement de la mise en œuvre du mode 4 dans le secteur de la santé, en particulier ce que cela signifie au regard de l'obligation faite aux États de garantir à leur population un accès universel aux soins de santé de base. Dans le chapitre consacré à la recherche d'un équilibre entre la nécessité de garantir un accès universel aux soins et la mise en œuvre du mode 4, il suggère quelques pistes de réflexion concernant les options qui peuvent être envisagées par les pays en développement pour concilier leurs intérêts et leurs obligations. Le document présente quelques exemples de succès obtenus dans certains pays africains et d'autres pays avant de résumer les principaux points de la discussion.

## II. IMPORTANCE DU COMMERCE DES SERVICES

Le commerce des services est un secteur dynamique qui forme une part de plus en plus importante du produit intérieur brut (PIB) de nombreux pays. En Inde, les services liés aux technologies de l'information représentent le tiers des exportations totales de services. La valeur ajoutée de ces exportations a entraîné une augmentation annuelle du PIB de 0,2 et 0,6 point de pourcentage entre 1980 et 1990. Dans les pays de la Communauté Économique et Monétaire d'Afrique Centrale (CEMAC), on observe une croissance annuelle de 6,5% du secteur des services, qui contribue à la formation du PIB. Les services prédominants sont le commerce de distribution et les transports, qui totalisent en moyenne 65% de la production des services dans la sous région.<sup>1</sup> Au Nigéria, pays membre de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO), le secteur des services, qui comprend des secteurs clés tels que les finances, les assurances, le secteur de l'énergie, alimenté par d'importantes dotations en ressources naturelles d'hydrocarbures, contribue à hauteur de 33,3% au PIB.<sup>2</sup> Au Sénégal, le secteur des services représente aujourd'hui près des deux tiers du PIB, une croissance qui devrait se poursuivre, en particulier en ce qui concerne les télécommunications.<sup>3</sup> La Côte d'Ivoire peut compter sur un secteur financier très diversifié,<sup>4</sup> et le Cap Vert est particulièrement fort dans le secteur des transports, des voyages et d'autres services commerciaux.<sup>5</sup> Les statistiques de la Banque mondiale concernant les pays d'Afrique australe et orientale montrent que le secteur des services représente en moyenne 50% du PIB de nombreux pays de la région.<sup>6</sup> La croissance de ce secteur contribue également de manière importante à la réduction de la pauvreté, grâce aux envois d'argent de l'étranger, à l'emploi et à la consommation directe et indirecte.

Le commerce des services se distingue de celui des marchandises sur un certain nombre de points, notamment le caractère simultané des opérations de production et de consommation. C'est pourquoi, il est généralement admis que, dans leur grande majorité, les services ne sont pas stockables.<sup>7</sup> De même, les technologies ont remis en cause l'idée communément admise qu'il devait exister une certaine proximité entre le consommateur et le fournisseur. Cela est particulièrement vrai pour les nouvelles formes de traitement des opérations telles que l'externalisation, le traitement des données, la télémédecine et divers types de consultations commerciales. Le commerce des services est important tant du point de l'activité économique, grâce aux bénéfices qu'en retirent les personnes qui y participent, comme c'est le cas dans les services professionnels et de tourisme, que de l'accomplissement de fonctions essentielles pour le bien-être social (la santé, l'éducation et l'accès à l'eau potable). Il permet également une interconnectivité avec d'autres secteurs clés de l'économie, tels que l'agriculture et l'industrie par le biais des services de distribution et de transport. La forte densité de main-d'œuvre de nombreux secteurs des services (tourisme, construction, commerce et services de santé) constitue un avantage comparatif pour plusieurs pays en développement et peut permettre de promouvoir une croissance pro-pauvre.

---

<sup>1</sup> Rapport de l'atelier sur le commerce des Services, Négociations et Facilitation des Échanges dans la Communauté Économique et Monétaire d'Afrique Centrale (CEMAC) organisé par le JEICP. Disponible en ligne: <http://www.ileap-jeicp.org/>.

<sup>2</sup> Country profile, 2007, Nigeria, The economist intelligence unit, [www.london.eiu.com](http://www.london.eiu.com).

<sup>3</sup> Country profile, 2007, Sénégal, The economist intelligence unit, [www.london.eiu.com](http://www.london.eiu.com).

<sup>4</sup> Country profile, 2007, Côte d'Ivoire, The economist intelligence unit, [www.london.eiu.com](http://www.london.eiu.com).

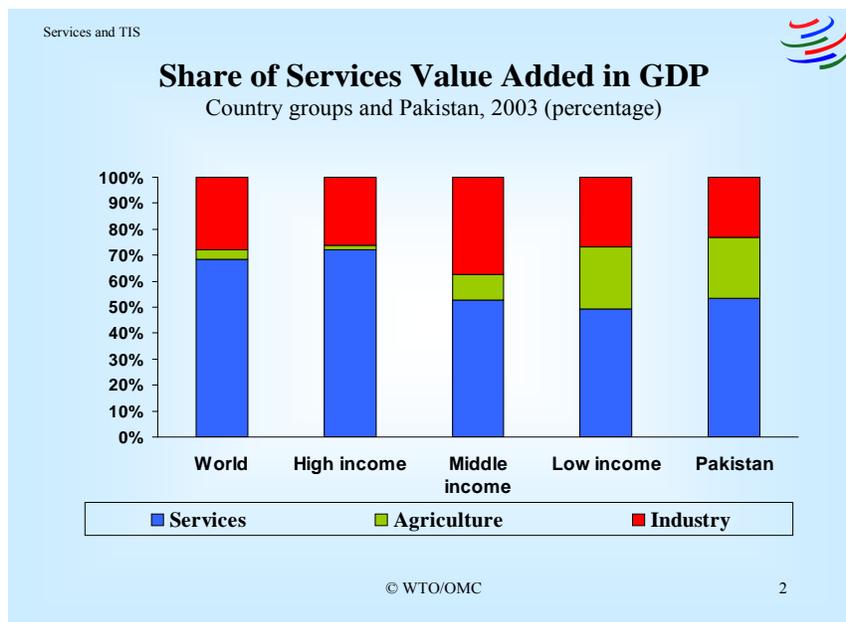
<sup>5</sup> Calculs effectués par l'International Trade Centre sur la base des statistiques du commerce international (COMTRADE) et de l'OMC.

<sup>6</sup> Banque mondiale, indicateurs du développement 2005, disponible en ligne : <http://www.worldbank.org>.

<sup>7</sup> À quelques exceptions près compte tenu, par exemple, de la possibilité de stocker sur une clé USB des rapports rédigés dans le cadre de consultations.

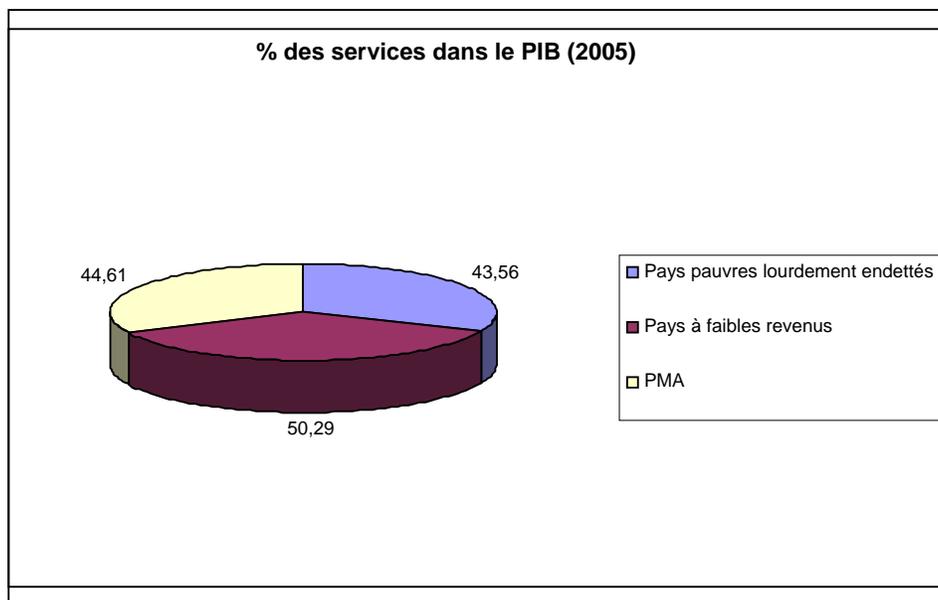
Le secteur des services est celui qui a enregistré la plus forte croissance dans l'économie mondiale. Le tableau ci-dessous montre la part des services (y compris la valeur ajoutée) dans le PIB en 2003.

**Part des services dans le PIB (et valeur ajoutée)  
Groupes de pays et Pakistan, 2003 (pourcentage)**



Les colonnes de gauche à droite: Monde; Pays à hauts revenus; Pays à revenus moyens; Pays à faibles revenus; Pakistan  
 ■ Services ■ Agriculture ■ Industrie

Le diagramme ci-dessous montre la part que représente chaque secteur dans le PIB des pays pauvres.



Source: Banque mondiale, indicateurs du développement 2006, base de données disponible en ligne, 2006.

### III. MODE 4 - PRESENCE DE PERSONNES PHYSIQUES

Les flux temporaires et les flux permanents sont parmi les nombreuses modalités applicables à la présence de personnes physiques fournissant des services. Elles comprennent notamment le commerce bilatéral et multilatéral et les accords de coopération. Si les migrations permanentes sont principalement un phénomène Nord-Sud favorisé par les différences de revenus et la perspective d'une amélioration de ses conditions d'existence, les flux temporaires résultent le plus souvent d'accords bilatéraux entre des gouvernements désireux de renforcer la coopération entre eux. L'AGCS couvre une petite partie seulement des diverses possibilités concernant les personnes qui fournissent des services dans un pays étranger ; il s'intéresse principalement aux personnes morales, aux prestataires de services contractuels et aux professionnels indépendants.

L'AGCS définit les services en fonction de la manière dont ils sont fournis. Dans son article 1, paragraphe 2 (d), il prévoit comme modalité de fourniture d'un service celle effectuée *par un fournisseur de services d'un Membre, grâce à la présence de personnes physiques d'un Membre sur le territoire de tout autre Membre*. Ce type de prestation est connu sous le nom de mode 4. L'annexe sur le mouvement des personnes physiques fournissant des services relevant de l'Accord<sup>8</sup> précise que ce dernier s'applique uniquement aux mesures affectant les personnes physiques qui sont des fournisseurs de services d'un Membre et les personnes physiques qui sont employées par un fournisseur de services d'un Membre, pour la fourniture d'un service. Il indique que l'Accord ne *s'appliquera pas aux mesures affectant les personnes physiques qui cherchent à accéder au marché du travail d'un Membre, ni aux mesures concernant la citoyenneté, la résidence ou l'emploi à titre permanent*. Ainsi, indépendamment des engagements pris, les pays membres gardent une marge de manœuvre concernant les mesures relatives à la citoyenneté, à la résidence ou à l'emploi à titre permanent. Ils peuvent appliquer des mesures pour réglementer l'admission ou le séjour temporaire de personnes physiques sur leur territoire, y compris les mesures nécessaires pour protéger l'intégrité de leurs frontières et assurer le passage ordonné de celles-ci par les personnes physiques, à condition que ces mesures ne soient pas appliquées de manière à annuler ou à compromettre les avantages découlant pour tout Membre des modalités d'un engagement spécifique. Le seul fait d'exiger un visa pour les ressortissants de certains pays Membres fournissant des services et non pour ceux d'autres Membres ne peut être interprété comme étant de nature à annuler ou à compromettre les avantages octroyés en vertu d'un engagement spécifique.<sup>9</sup> L'Annexe prévoit également que les négociations sur le mode 4 concerneront *toutes les catégories* de personnes physiques fournissant des services relevant de l'Accord. On trouvera ci-dessous un résumé des principales caractéristiques du mode 4 en vertu de l'AGCS:

- a) personnes physiques fournissant des services à un Membre;
- b) personnes physiques qui sont employées par un fournisseur de services d'un Membre;
- c) le mouvement est effectué pour la fourniture d'un service;
- d) le mode 4 ne s'applique pas aux personnes souhaitant accéder au marché du travail d'un Membre;
- e) le mode 4 ne s'applique pas aux mesures relatives à la citoyenneté, à la résidence ou à l'emploi permanent;

---

<sup>8</sup> Voir l'Annexe sur le mouvement des personnes physiques fournissant des services relevant de l'Accord. Disponible en ligne: [www.wto.org](http://www.wto.org).

<sup>9</sup> Ibid.

- f) l'objectif des négociations est d'étendre le mode 4 à toutes les catégories de personnes physiques fournissant des services en vertu de l'Accord;
- g) l'Accord ne remet pas en cause le droit d'un Membre de réglementer l'entrée et le séjour des personnes physiques sur son territoire, sauf s'il s'agit pour lui d'annuler les avantages accordés en vertu d'un engagement spécifique.

Il ressort clairement de la définition du mode 4, que l'AGCS, malgré son importance, n'est pas le seul outil dont disposent les fournisseurs de services de santé pour trouver de nouveaux marchés. D'autres possibilités existent, généralement sous la forme d'accords bilatéraux, qui couvrent de manière plus large les mouvements de fournisseurs de service de santé. Toutefois, lorsque ces accords contiennent des éléments relevant du mode 4 tel que défini dans l'AGCS, en l'absence d'exemption de l'obligation de Nation la Plus Favorisée (NPF) ou le retrait, en vertu de l'Article V, d'un engagement spécifique dans le cadre d'un accord d'intégration économique sur les services, les avantages découlant pour tout Membre de l'OMC de la conclusion de ces accords bilatéraux devraient être étendus aux autres Membres. La compatibilité avec les règles de l'OMC ne fait aucun doute si les accords bilatéraux ne concernent que les hôpitaux publics (car leur employés étrangers ne relèvent pas du mode 4) ou s'ils impliquent des entreprises sous-traitant ces services aux hôpitaux publics (où la clause NPF, l'accès aux marchés et le traitement national ne s'appliquent pas conformément à l'Article XIII (1) de l'AGCS sur les marchés publics).

S'il est possible de distinguer un contrat de services (ce qui est souvent le cas dans l'AGCS) et les services fournis dans le cadre d'un emploi (ce qui est généralement le cas sur le marché du travail national), il est difficile de distinguer avec précision le mode 4 d'autres catégories existantes de régimes permettant à une personne d'entrer dans un pays pour fournir des services.<sup>10</sup> Même dans les pays où les systèmes de migration sont les plus élaborés, tels que les États-Unis et l'Australie, il reste difficile de déterminer quels sont les personnes relevant du mode 4. Ainsi, bien qu'il existe une séparation entre les migrants temporaires et les migrants permanents, aucune distinction n'est faite entre les activités de services et les autres activités. Il est également peu aisé de déterminer si les activités couvertes par certaines catégories de visa sont commerciales, au sens où l'entend l'AGCS. Plutôt que de mettre l'accent sur cette distinction parfois confuse, le présent document examine quelles sont les principales tendances en matière de mouvement temporaire de fournisseurs de services de santé, les problèmes que cela pose du point de vue de l'accès universel aux soins de santé de base et la manière dont les gouvernements des pays en développement peuvent, par le biais d'instruments politiques, en atténuer les effets négatifs.

---

<sup>10</sup> Pour une analyse plus complète sur cette question, voir Nielson et Cattaneo, 2003.

#### IV. LE CONCEPT D'ACCES UNIVERSEL

L'accès à certains services est au cœur de l'existence humaine. Ils sont à ce point utiles pour le bien-être humain qu'ils en deviennent essentiels. Ces services constituent un aspect indispensable de la vie sociale, économique et même politique d'un pays. Ils comprennent notamment la santé, l'éducation, l'alimentation en eau, etc. L'accès à ces services est un droit opposable aux États, qui ont l'obligation de le garantir à leurs citoyens. Ce droit inclut l'accès à des services de base.

Il existe une différence conceptuelle entre les notions de *service universel*, *d'accès universel*, *de services essentiels*, *de services de base* et *d'obligations de service universel*. Le concept de service universel désigne la fourniture d'un service à chaque personne ou foyer de manière individuelle. Il suppose des attentes et un niveau de ressources bien plus élevés que ce qui est en jeu dans les autres concepts et est très utilisé dans les pays développés.

L'accès universel vise, quant à lui, à ***offrir à chacun un accès à un service spécifique, de manière individuelle ou collective***. La possibilité pour une collectivité de bénéficier d'un service rend ce concept particulièrement pertinent pour les pays en développement. Les *obligations de service universel* constituent des exigences minimales que les gouvernements imposent aux prestataires de services afin d'améliorer l'accès aux services. Le terme *universalité* désigne la disponibilité, l'accessibilité et le caractère abordable des services.<sup>11</sup> L'adjectif *universel* s'appuie sur l'idée qu'il existe une nature humaine universelle qui impose une obligation morale de traiter les êtres humains d'une certaine manière du simple fait qu'ils sont des êtres humains. *L'accès universel à des services de base* apparaît dès lors comme une obligation faite aux États de garantir que leurs citoyens bénéficient de services de base.

Selon le cadre défini par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour mesurer les progrès menant à un accès universel, la notion d'« accès » est un concept large qui permet de mesurer trois dimensions clés des interventions dans le secteur de la santé: *la disponibilité*, *la couverture* et *l'impact*. La disponibilité se définit en termes d'*accessibilité* (accès physique et accès économique) et d'*acceptabilité* (accès socioculturel) des services, qui répondent à des normes minimales de qualité. La disponibilité, l'accessibilité et l'acceptabilité des services sont des conditions essentielles à un accès universel. La *couverture* se définit comme la proportion de population recevant les services dont elle a besoin; elle est déterminée par l'offre (la fourniture de services) et la demande (de la part des gens nécessitant les services). Le taux de couverture influence l'*impact* que peut avoir l'intervention, qui se définit à son tour comme la réduction des taux d'infection ou une baisse des taux de mortalité.<sup>12</sup>

Les termes *essentiels* ou *de base* sont souvent utilisés de manière interchangeable. Ils désignent les services dont la société doit disposer afin d'assurer l'existence de chacun. Ces concepts varient en fonction non seulement du type de services offerts, mais également du niveau de développement du pays. Dans le cas des services de santé, par exemple, la notion de ce qui constitue un service *de base* peut varier. Dans les pays de l'Afrique subsaharienne, l'accès au traitement contre le paludisme, la tuberculose et le Virus de l'immunodéficience humaine /Syndrome d'immunodéficience acquise (VIH/sida) peut constituer un *service de base*. Dans ce cas, il apparaît comme un élément essentiel de l'accès universel. Il est important, dès lors, que les gouvernements analysent ces concepts au regard de leur niveau de développement.

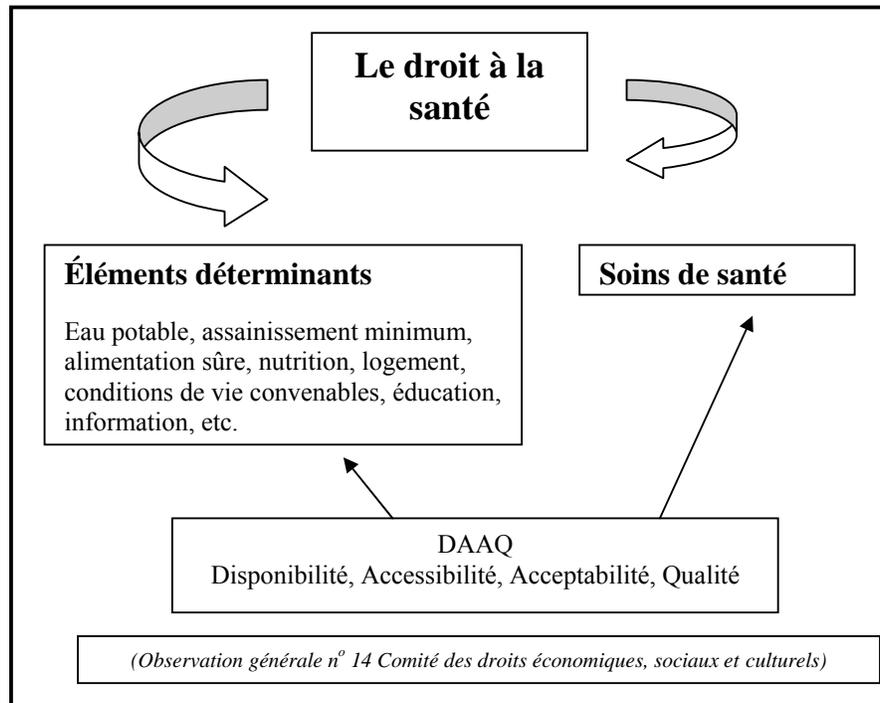
La question de l'accès universel aux services de santé de base et les droits qui y sont attachés est liée à celle du droit à la santé, qui désigne le droit fondamental qu'a toute personne de jouir du

---

<sup>11</sup>Voir Wasunna, 2005.

<sup>12</sup>Pour plus d'informations sur l'accès à des services essentiels/de base, voir [www.who.int](http://www.who.int).

meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre sans distinction de race, de religion, de croyance et de condition économique et sociale. Ce droit est consacré par divers instruments juridiques internationaux tels que le Pacte international de 1966 relatifs aux droits économiques, sociaux et culturels, la Convention de 1979 sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et la Convention de 1989 sur les droits de l'enfant, ainsi que des traités régionaux relatifs aux droits de l'homme, notamment la Charte sociale européenne de 1961, la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples adoptée en 1981 et le Protocole additionnel à la Convention américaine relative aux droits de l'homme traitant des droits économiques, sociaux et culturels (Protocole de San Salvador adopté en 1988).



Source: <http://www.who.int>

L'observation générale sur le droit à la santé constitue également une référence importante. Ce document suggère aux gouvernements de mettre en place une stratégie nationale de la santé qui repose sur les principes de responsabilité et de transparence.<sup>13</sup> Elle a pour vocation de les aider à s'acquitter de leurs obligations, en particulier à respecter les traités internationaux relatifs aux droits de l'homme qu'ils ont ratifiés, et souligne la nécessité de mettre en place des services de santé disponibles, accessibles, acceptables et de qualité. Elle insiste surtout sur l'obligation pour tous les gouvernements de faire de ce droit une réalité. Le schéma ci-dessous offre une synthèse du contenu de l'Observation générale n°14.

<sup>13</sup> L'observation générale n°14 a été publiée par le Comité économique des Nations Unies sur les droits économiques, sociaux et culturels (E/C, 12/200/4) le 14 juillet 2000 avec le concours de l'OMS et d'autres organisations gouvernementales et non gouvernementales spécialisées dans le domaine de la santé.

Il est difficile pour les pays en développement de garantir à leurs citoyens un accès universel aux services de base, que ce soit en matière d'éducation, de santé, d'alimentation en eau, de télécommunications et de finances. Cela est dû en grande partie à l'absence de ressources financières, en particulier dans les petits pays et les PMA. La question se pose également de l'approche que les gouvernements doivent adopter en matière réglementaire pour garantir un accès universel à ces services, notamment s'ils doivent exercer une simple fonction de contrôle ou, au contraire, agir, par le biais d'outils de politique, sur l'*offre* (en imposant des obligations sur les fournisseurs de services) ou la *demande* (par le biais de subventions versées aux consommateurs ou du paiement d'une partie du prix des services essentiels afin de réduire au minimum la charge des consommateurs).<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Pour plus d'informations sur les outils de politiques disponibles dans une large gamme de secteurs de services essentiels, voir L'accès universel aux services, CNUCED, TD/B/COM.1/EM.30/2. Disponible en ligne: <http://www.unctad.org>.

## V. REGIME JURIDIQUE INTERNATIONAL APPLICABLE AU COMMERCE DES SERVICES DE SANTE

### V.1. L'Accord General sur le Commerce des Services (AGCS)

Le commerce des services a été introduit pour la première fois dans les discussions du système commercial multilatéral (SCM) lors des négociations commerciales (1986-1994) du Cycle d'Uruguay. L'objectif était de créer un accord cadre afin de régir le commerce international des services. La demande est venue principalement des entreprises américaines et de l'Union européenne (UE), lesquelles bénéficient des infrastructures, des marchés et des normes les plus développés aujourd'hui dans ce domaine. Du fait de leur manque d'expérience de la dynamique du commerce des services, de leur manque d'infrastructures et de leur faibles capacités réglementaires, les pays en développement se sont montrés réticents à inclure les services dans les négociations commerciales multilatérales. Cette réticence s'explique également par l'expérience négative qu'ont connue ces pays avec les mesures de libéralisation unilatérale du secteur des services, en particulier leur incapacité à favoriser l'amélioration du bien-être social. L'inclusion des services dans les négociations a aussi été perçue par certains pays en développement comme une tentative des pays développés de détourner l'attention des principaux enjeux, notamment l'amélioration de l'accès aux marchés des produits agricoles et textiles.

Le Cycle d'Uruguay a débouché sur l'adoption d'un corps de règles juridiques et de disciplines relatives au commerce international des services, qui est structurellement plus complexe que l'Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce (GATT) dans la mesure où il introduit une nouveauté avec les mouvements de consommateurs et de facteurs. Cette inclusion était rendue indispensable par la nécessité pour les fournisseurs et les utilisateurs dans certains secteurs de pouvoir se rencontrer face-à-face. En tant qu'accord cadre, l'AGCS fixe des règles générales sur la libéralisation progressive des services par le biais de négociations sur des engagements spécifiques<sup>15</sup> et l'élaboration de règles dans certains secteurs. Il prévoit également des règles de non-discrimination par le biais, notamment, de la clause NPF<sup>16</sup>, de la clause du traitement national<sup>17</sup> et de la clause de transparence<sup>18</sup>. L'AGCS contient, par ailleurs, des dispositions sur la réglementation intérieure<sup>19</sup>, la reconnaissance mutuelle<sup>20</sup>, les exceptions générales<sup>21</sup>, les principes directeurs<sup>22</sup>, les listes d'engagements spécifiques<sup>23</sup>, les ajustements compensatoires en cas de retrait d'un engagement<sup>24</sup>, le règlement des différends<sup>25</sup>, le refus d'accorder des avantages<sup>26</sup> et autres<sup>27</sup>. Du cycle d'Uruguay à celui de Doha, les cycles successifs de négociations commerciales internationales, dont les résultats seront intégrés à l'AGCS, n'ont eu

---

<sup>15</sup> Voir l'Article XIX sur la libéralisation progressive et les Articles X, XIII, XV et VI: 4, qui fixent le mandat pour les négociations sur les mesures de sauvegarde d'urgence, les marchés publics, les subventions et la réglementation intérieure.

<sup>16</sup> Voir l'Article II de l'AGCS.

<sup>17</sup> Voir l'Article XVII de l'AGCS.

<sup>18</sup> Voir l'Article III de l'AGCS.

<sup>19</sup> Voir l'Article VI de l'AGCS.

<sup>20</sup> Voir l'Article VII de l'AGCS.

<sup>21</sup> Voir l'Article XIV de l'AGCS.

<sup>22</sup> En particulier sur la libéralisation progressive dans l'Article XIX de l'AGCS.

<sup>23</sup> Voir l'Article XX de l'AGCS.

<sup>24</sup> Voir l'Article XXI de l'AGCS.

<sup>25</sup> Voir l'Article XXIII de l'AGCS.

<sup>26</sup> Voir l'Article XXVII de l'AGCS.

<sup>27</sup> On trouvera plus d'informations sur les dispositions de l'AGCS dans *The Legal Texts. The results of the Uruguay Round of Multilateral Trade Negotiations*, Cambridge University Press, 1999.

d'autre objectif que d'augmenter progressivement les niveaux de libéralisation du commerce des services.

Comme nous l'avons vu, l'AGCS définit la notion de service du point de vue du mode utilisé pour le fournir: fourniture transfrontières<sup>28</sup>, consommation à l'étranger<sup>29</sup>, présence commerciale<sup>30</sup> et présence de personnes physiques.<sup>31</sup> Le premier mode de fourniture (fourniture transfrontières) comprend la fourniture de services n'impliquant pas de mouvements de consommateurs ou de fournisseurs de services, par le biais par exemple de mécanismes d'externalisation, d'opérations de back office (tels que des centres d'appel), de la fourniture de rapport de consultation ou d'avis juridiques à des consommateurs résidant dans un autre pays Membre. Le deuxième mode de fourniture (consommation à l'étranger) s'applique aux consommateurs quittant leur pays pour consommer un service dans un autre pays Membre. Le troisième mode (présence commerciale) s'applique à la fourniture de services grâce à une présence commerciale, généralement par le biais d'investissements directs sur le territoire d'un autre pays Membre. Le quatrième mode de fourniture (présence de personnes physiques) s'applique aux employés entrant sur le territoire d'un autre pays Membre pour travailler dans une filiale de leur entreprise, aux prestataires de services contractuels venant fournir un service sur le territoire d'un autre pays Membre sur la base d'un contrat négocié à l'avance, aux professionnels indépendants et aux visiteurs commerciaux. Les pays en développement ont jugé que la libéralisation du mode 4 était celle qui présentait le plus grand intérêt pour eux du point de vue commercial et du développement de leurs exportations.

L'AGCS permet aux pays Membres de l'OMC de choisir les secteurs dans lesquels ils souhaitent prendre des engagements, de manière totale ou partielle, et de poser des conditions. Chaque membre inscrit les limitations et conditions à l'accès aux marchés et au traitement national, ses engagements additionnels, le calendrier de mise en œuvre ou la date d'entrée en vigueur de ses engagements dans une liste spécifique d'engagements.<sup>32</sup> L'Accord offre aux pays en développement Membres la possibilité d'ouvrir moins de secteurs, de libéraliser moins de types de transactions, d'élargir progressivement l'accès à leurs marchés en fonction de la situation de leur développement et, lorsqu'ils accorderont l'accès à leurs marchés à des fournisseurs de services étrangers, d'assortir un tel accès de conditions visant à atteindre les objectifs mentionnés à l'article IV.<sup>33</sup> Il leur permet également d'introduire de nouvelles réglementations dans l'intérêt général, conformément à leurs objectifs de politique nationale.<sup>34</sup>

## V.2. L'AGCS et les services de santé

L'AGCS s'applique uniquement aux mesures touchant le commerce des services<sup>35</sup> prises par les autorités et les gouvernements centraux, régionaux et locaux, ainsi qu'aux mesures prises par des organismes non gouvernementaux qui exercent les pouvoirs que les autorités et gouvernements centraux, régionaux et locaux leur ont délégués.<sup>36</sup> Les services fournis dans l'exercice de l'autorité gouvernementale, c'est-à-dire les services qui ne sont pas fournis sur une base commerciale ni en concurrence avec un ou plusieurs prestataires de services sont exclus du champ d'application de

---

<sup>28</sup> En provenance du territoire d'un Membre et à destination du territoire de tout autre Membre. Voir l'Article I de l'AGCS.

<sup>29</sup> Sur le territoire d'un Membre à l'intention d'un consommateur de services de tout autre Membre.

<sup>30</sup> Par un fournisseur de services d'un Membre, grâce à une présence commerciale sur le territoire de tout autre Membre.

<sup>31</sup> Par un fournisseur de services d'un Membre, grâce à la présence de personnes physiques d'un Membre sur le territoire de tout autre Membre.

<sup>32</sup> Voir l'Article XX de l'AGCS.

<sup>33</sup> Voir l'Article XIX (2) et l'Article IV de l'AGCS.

<sup>34</sup> Voir le préambule de l'AGCS.

l'Accord.<sup>37</sup> Parmi les exemples typiques de services fournis dans l'exercice de l'autorité publique figurent les services de police et les opérations monétaires des banques centrales. Les services de santé étant fournis par les gouvernements, ils seraient, dans de nombreux cas, exclus du champ d'application de l'AGCS. De plus en plus, toutefois, les services de santé sont fournis par des structures privées, parfois en concurrence avec les gouvernements. Dans ces cas, l'exemption ne serait pas applicable. Il est également vrai que de nombreux services publics (y compris dans le secteur de la santé) ont été libéralisés de manière unilatérale par le biais de processus de privatisation découlant de la mise en œuvre dans les pays en développement des programmes d'ajustement structurel du Fonds monétaire international. Certains pays ont également pris des engagements dans le cadre de l'AGCS sur divers sous-secteurs des services de la santé, mettant en évidence le caractère marchand de ces services et les possibilités d'ouverture du marché à la concurrence et de commercialisation. En cela, les services de santé font partie intégrante de l'AGCS.

Les services de santé sont généralement fournis par le biais de la consommation à l'étranger (mode 2), qui consiste pour un patient à se rendre sur le territoire d'un autre Membre de l'OMC pour y recevoir un traitement médical, et grâce à la présence de personnes physiques telles que des médecins et des infirmiers étrangers fournissant des services (mode 4). D'autres modalités existent telles que la fourniture transfrontières (mode 1) à l'exemple de la télémédecine qui permet de faire des diagnostics et des analyses sans qu'il y ait mouvement de fournisseurs ou de consommateurs. La télémédecine fait généralement référence à l'exercice de la médecine par le biais des télécommunications et des technologies qui permettent la prestation de soins de santé à distance et l'échange de l'information médicale s'y rapportant.<sup>38</sup> La fourniture de services de santé par le biais d'une présence commerciale (mode 3) est également de plus en plus utilisée.

Les services hospitaliers et autres services de santé humaine sont des sous-secteurs des services de santé et services sociaux relevant de l'AGCS.<sup>39</sup> D'autres services liés à la santé tels que les services médicaux et les services dentaires, qui sont dispensés par les sages-femmes, les infirmiers, les physiothérapeutes et le personnel paramédical, apparaissent dans la sous-catégorie des services professionnels.<sup>40</sup>

Les Membres utilisent les listes d'engagements pour délimiter ceux-ci dans le secteur de la santé. Parmi les limitations qu'ils incluent généralement figurent la soumission des nouveaux services à un examen des besoins économiques, l'octroi de subventions aux fournisseurs nationaux uniquement et l'obligation pour les entreprises étrangères de garantir un service universel. On trouvera ci-dessous un exemple de liste d'engagements concernant les services de santé.

---

<sup>35</sup> Voir l'Article I (1) de l'AGCS.

<sup>36</sup> Voir l'Article I (3) (a) (i), et (ii) de l'AGCS.

<sup>37</sup> Voir l'Article I (3) (b) et (c) de l'AGCS.

<sup>38</sup> Disponible en ligne: <http://fr.wikipedia.org/wiki/T%C3%A9l%C3%A9m%C3%A9decine#D.C3.A9finition>.

<sup>39</sup> Voir UNCPC 9311, et 93191.

<sup>40</sup> See UN CPC 9312 et 93191.

| SECTEUR OU SOUS-SECTEUR | LIMITATIONS CONCERNANT L'ACCES AUX MARCHES   | LIMITATIONS CONCERNANT LE TRAITEMENT NATIONAL  | ENGAGEMENTS ADDITIONNELS |
|-------------------------|--|--|--------------------------|
| SERVICES MEDICAUX       | 1) NON CONSOLIDE<br>2) NEANT<br>3) NEANT, EN DEHORD DU FAIT QUE LE NOMBRE DE STRUCTURES APPARTENANT A DES ETRANGERS QUI SONT ENREGISTREES CHAQUE ANNEE PEUT ETRE LIMITE EN FONCTION DU NOMBRE DE MEDECINS DISPONIBLES AU NIVEAU LOCAL.<br>4) NON CONSOLIDE, SAUF COMME INDIQUE SOUS « ENGAGEMENTS HORIZONTALS ». | 1) NEANT<br>2) NEANT<br>3) IMPOSSIBILITE POUR LES STRUCTURES MEDICALES APPARTENANT A DES ETRANGERS DE BENEFICIER DE SUBVENTIONS.<br>4) NON CONSOLIDE |                          |

Les Membres utilisent le terme *non consolidé* pour indiquer qu'ils ne prennent aucun engagement en matière d'accès aux marchés ou de traitement national dans le secteur (sous-secteur ou mode) concerné et *néant* pour indiquer que les engagements pris ne sont assortis d'aucune limitation. Dans le tableau ci-dessous, dans la colonne **Accès aux marchés**, le Membre garde toute latitude concernant les services relevant du mode 1, mais s'engage à ne pas adopter de mesures discriminatoires concernant l'accès aux marchés des services relevant du mode 2. En ce qui concerne le mode 3, l'accès aux marchés est conditionné au fait que *le nombre d'installations appartenant à des étrangers enregistrées chaque année puisse être limité selon le nombre de médecins disponibles*. Cela tendrait à signifier que l'établissement d'une présence commerciale doit répondre aux besoins du pays, en particulier tenir compte du nombre de médecins locaux. Pour le mode 4, le Membre renvoie aux conditions définies dans la section « Engagements horizontaux », une section habituellement utilisée par les pays pour dresser la liste des restrictions applicables à l'ensemble de la liste d'engagements.

Dans la **colonne Traitement national**, le Membre se réserve le droit, pour les modes 1 et 2, d'adopter des instruments politiques accordant un traitement plus favorable aux fournisseurs locaux dans le sous-secteur des services médicaux. Le Membre exclut la possibilité que les *structures appartenant à des étrangers puissent bénéficier de subventions du gouvernement* s'agissant du mode 3 et ne s'engage pas, au titre du mode 4, à accorder aux personnes physiques fournissant des services de santé le même traitement que celui dont bénéficient les fournisseurs locaux.

### V.3. Les engagements de libéralisation pris dans le cadre de l'AGCS concernant le Mode 4

Du fait de sensibilités inhérentes au commerce des services de santé, le domaine fait partie des secteurs sur lesquels les Membres se sont le moins engagés, en particulier lorsque l'on compare à d'autres secteurs couverts par l'AGCS tels que le tourisme. En 2005, seuls 52 des 137 pays Membres de l'OMC à cette date (les 12 pays de l'UE comptant pour 1) avaient pris des engagements sur les services hospitaliers. De nombreux pays développés comme le Canada, la Suisse, la Norvège, la Finlande et la Suède n'ont pris aucun engagement concernant le secteur de la santé, le Canada ayant clairement indiqué qu'il ne prendrait aucun engagement sur l'accès à son marché dans le secteur des services de santé dans quelque instance internationale que ce soit. L'UE n'entend pas non plus aller

au-delà des engagements spécifiés dans sa liste. Les seules améliorations qui ont été proposées jusqu'à présent dans le nouveau Cycle de négociations proviennent des pays en développement, notamment de la Jamaïque et de la Thaïlande qui ont fait part de leur intérêt pour ce secteur.

Le tableau ci-dessous indique le nombre de pays développés Membres de l'OMC ayant pris des engagements sur les services de santé individuels en juin 2003.

### Engagements pris par les pays développés dans le secteur de la santé – Juin 2003

|                                     |               | Services médicaux et dentaires | Infirmiers, sages-femmes, etc. | Services hospitaliers | Autres services de santé humaine |
|-------------------------------------|---------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------|----------------------------------|
| TOTAL (sur 21 listes d'engagements) |               | 18                             | 17                             | 15                    | 2                                |
| <b>ACCÈS AUX MARCHÉS</b>            |               |                                |                                |                       |                                  |
| Mode 1                              | Total         | 4 (-1)                         | 2 (-1)                         | 0                     | 0                                |
|                                     | Partiel       | 1                              | 1                              | 0                     | 0                                |
|                                     | Non consolidé | 13                             | 14                             | 15                    | 2                                |
| Mode 2                              | Total         | 5 (-1)                         | 2 (-1)                         | 14                    | 0                                |
|                                     | Partiel       | 13                             | 15                             | 1                     | 2                                |
|                                     | Non consolidé | 0                              | 0                              | 0                     | 0                                |
| Mode 3                              | Total         | 2 (-2)                         | 2 (-2)                         | 0                     | 0                                |
|                                     | Partiel       | 14                             | 15                             | 15                    | 2                                |
|                                     | Non consolidé | 2                              | 0                              | 0                     | 0                                |
| Mode 4                              | Total         | 0                              | 0                              | 0                     | 0                                |
|                                     | Partiel       | 16                             | 17                             | 14                    | 2                                |
|                                     | Non consolidé | 2                              | 0                              | 1                     | 0                                |
| <b>TRAITEMENT NATIONAL</b>          |               |                                |                                |                       |                                  |
| Mode 1                              | Total         | 4                              | 2                              | 0                     | 0                                |
|                                     | Partiel       | 1                              | 1                              | 0                     | 0                                |
|                                     | Non consolidé | 13                             | 14                             | 15                    | 2                                |
| Mode 2                              | Total         | 5                              | 2                              | 14                    | 0                                |
|                                     | Partiel       | 13                             | 15                             | 1                     | 2                                |
|                                     | Non consolidé | 0                              | 0                              | 0                     | 0                                |
| Mode 3                              | Total         | 1                              | 2                              | 13 (-13)              | 0                                |
|                                     | Partiel       | 16                             | 15                             | 2                     | 2                                |
|                                     | Non consolidé | 1                              | 0                              | 0                     | 0                                |
| Mode 4                              | Total         | 0                              | 0                              | 0                     | 0                                |
|                                     | Partiel       | 17                             | 17                             | 14                    | 2                                |
|                                     | Non consolidé | 1                              | 0                              | 1                     | 0                                |

Source: Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé 2000/Rév.5 juin 2003. Note : Comptage individuel pour les pays de l'UE. Réduction du nombre d'engagements totaux si les limitations horizontales sont prises en compte.

Dans les sous-secteurs, les services médicaux et les services dentaires sont ceux pour lesquels les engagements ont été les plus nombreux (62 Membres). Viennent ensuite les services hospitaliers (52 Membres) et les services fournis par les sages-femmes et les infirmiers, etc. (34 membres). Dans l'ensemble, cela suggère qu'il est politiquement plus facile ou économiquement plus attractif pour les pays qui prennent ce type d'engagements de libéraliser les secteurs capitalistiques et ceux exigeant une main-d'œuvre qualifiée que ceux à forte densité de main d'œuvre. Cette situation n'est pas sans conséquence sur les discussions relatives au mode 4 et explique probablement le blocage général auxquels les pays en développement doivent faire face dans le cadre des négociations sur ce mode.

Le tableau ci-dessous montre l'état des engagements pris par les pays en développement dans le secteur de la santé en juin 2003.

### Engagements pris par les pays en développement dans le secteur de la santé – Juin 2003

|                                     |               | Services médicaux et dentaires | Infirmiers, sages-femmes, etc. | Services hospitaliers | Autres services de santé humaine |
|-------------------------------------|---------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------|----------------------------------|
| TOTAL (sur 44 listes d'engagements) |               | 44                             | 17                             | 37                    | 20                               |
| <b>ACCÈS AUX MARCHÉS</b>            |               |                                |                                |                       |                                  |
| Mode 1                              | Total         | 17 (-1)                        | 6                              | 18                    | 11                               |
|                                     | Partiel       | 11                             | 5                              | 1                     | 1                                |
|                                     | Non consolidé | 16                             | 6                              | 18                    | 8                                |
| Mode 2                              | Total         | 30 (-2)                        | 10                             | 30                    | 15                               |
|                                     | Partiel       | 11                             | 6                              | 4                     | 3                                |
|                                     | Non consolidé | 3                              | 1                              | 3                     | 2                                |
| Mode 3                              | Total         | 16 (-3)                        | 5                              | 18 (-8)               | 13 (-4)                          |
|                                     | Partiel       | 23                             | 10                             | 16                    | 7                                |
|                                     | Non consolidé | 5                              | 21                             | 3                     | 1                                |
| Mode 4                              | Total         | 0                              | 0                              | 0                     | 0                                |
|                                     | Partiel       | 40                             | 15                             | 34                    | 19                               |
|                                     | Non consolidé | 4                              | 2                              | 3                     | 1                                |
| <b>TRAITEMENT NATIONAL</b>          |               |                                |                                |                       |                                  |
| Mode 1                              | Total         | 20                             | 7                              | 21                    | 12                               |
|                                     | Partiel       | 9                              | 5                              | 1                     | 1                                |
|                                     | Non consolidé | 15                             | 5                              | 15                    | 7                                |
| Mode 2                              | Total         | 29                             | 10                             | 30                    | 15                               |
|                                     | Partiel       | 10                             | 6                              | 4                     | 3                                |
|                                     | Non consolidé | 5                              | 1                              | 3                     | 2                                |
| Mode 3                              | Total         | 18                             | 8                              | 20 (-10)              | 11 (-3)                          |
|                                     | Partiel       | 21                             | 7                              | 13                    | 7                                |
|                                     | Non consolidé | 5                              | 2                              | 4                     | 2                                |
| Mode 4                              | Total         | 3                              | 1                              | 3 (-1)                | 1                                |
|                                     | Partiel       | 37                             | 14                             | 30                    | 17                               |
|                                     | Non consolidé | 4                              | 2                              | 4                     | 2                                |

Source: Organisation mondiale de la santé, *supra*. Note: sont incluses les économies en transition d'Europe centrale et orientale. Réduction du nombre d'engagements totaux si les limitations horizontales sont prises en compte.

On constate, une fois encore, qu'aucun engagement total et très peu d'engagements partiels ont été pris concernant le mode 4. On note, par ailleurs, que la plupart des engagements pris par les pays en développement concernent les services médicaux et de santé, les sous-secteurs des sages-femmes et des infirmiers suscitant le nombre d'engagements le plus faible tant en matière d'accès aux marchés

que de traitement national.

Une comparaison des listes d'engagements, du point de vue du mode concerné, montre que le mode 4 est le moins libéralisé des quatre modes de fournitures de services. Aucun des pays Membres de l'OMC n'a pris d'engagement total au titre du mode 4 dans les quatre sous-secteurs de la santé. À l'instar de tous les autres services, les engagements pris pour ce mode sont soumis à des conditions extrêmement restrictives. De nombreux pays Membres de l'OMC ont limité leurs engagements concernant le mode 4 aux professionnels très qualifiés possédant des compétences difficiles à trouver dans leur pays tels que des prestataires de services contractuels possédant des qualifications très élevées et ayant établi une présence commerciale dans le pays. À l'inverse, le mode 2 est relativement libéralisé dans le secteur de la santé, probablement parce que dans ce mode, le service est consommé à l'extérieur du pays ! La plupart des pays développés n'ont pas défini de limitations particulières concernant l'accès des services relevant du mode 2 à leurs marchés. Ce faisant, ils s'engagent à ne pas empêcher leurs résidents à se rendre dans un autre pays pour consommer des services de santé. Toutefois, nombre d'entre eux maintiennent certaines restrictions en matière de traitement national, en appliquant notamment des taxes discriminatoires et en excluant ces services des prestations prises en charge par les systèmes nationaux d'assurance. Le Mode 1 enregistre un nombre important d'engagements non contraignants, ce qui limite les possibilités de développement, s'agissant notamment de la télémédecine.

#### V.4. Rôle des engagements horizontaux dans les engagements concernant le Mode 4

La plupart des engagements pris dans le cadre de l'AGCS sur la présence de personnes physiques sont horizontaux par nature. La section « Engagements horizontaux », qui vient généralement en premier dans la liste des engagements, définit les règles applicables à tous les secteurs figurant dans ladite liste. Dans la colonne correspondante, les Membres indiquent le détail, secteur par secteur, des limitations et conditions applicables aux engagements pris en matière d'accès aux marchés et de traitement national. S'agissant du mode 4, les Membres indiqueront les catégories de personnes physiques pouvant accéder à leur marché pour fournir des services relevant de ce mode. Parmi les exemples traditionnels de personnes relevant de ces catégories figurent les personnes transférées au sein d'une société (qui peuvent comprendre les cadres, les spécialistes et parfois les étudiants diplômés), les visiteurs commerciaux (comprenant les vendeurs de services et les personnes impliquées dans l'établissement d'une présence commerciale), les prestataires de services contractuels et les professionnels indépendants.

Les membres utilisent également la section des « Engagements horizontaux » pour définir les critères que les fournisseurs de services doivent respecter pour accéder à leurs marchés. Dans la catégorie des transferts au sein d'une société par exemple, un Membre peut décider d'admettre sur son marché uniquement les cadres supérieurs qui, au sein de la personne morale, sont principalement responsables de la direction et de la gestion de l'établissement de la présence commerciale. Un membre peut également préciser qu'une personne sera considérée comme spécialisée si elle possède des compétences rares qui sont essentielles à l'établissement du service. Ainsi, la liste d'engagements de l'Union européenne stipule que les fournisseurs de services souhaitant accéder à son marché dans le cadre d'un transfert au sein d'une société ou en tant que visiteur commercial doivent remplir les conditions définies dans la section « Engagements horizontaux », autrement dit, ils doivent être employés par une personne juridique et être temporairement transférés dans une filiale située sur le territoire d'un autre Membre, soit en qualité de cadre ou de spécialiste.<sup>41</sup> Chypre, la République tchèque, la Finlande, Malte, la Suède et la République de Slovaquie ont exclu tout engagement pour ces catégories de personnes. Dans le sous-secteur des *autres services de santé humaine* (notamment

---

<sup>41</sup> Voir la liste des engagements spécifiques de l'UE, TN/S/O/EEC/Rev.1. Disponible en ligne: <http://www.wto.org>.

ceux fournis dans les établissements de santé tels que les centres de cure et de thalassothérapie)<sup>42</sup>, la plupart des pays membres de l'Union européenne, à l'exception de l'Autriche, de l'Estonie et de la Slovénie (qui renvoient à la section « Engagements horizontaux ») n'ont pas souhaité prendre d'engagements concernant les transferts au sein d'une société et les visiteurs commerciaux. Dans le sous-secteur des *services sociaux* (qui inclut les maisons de retraite et les maisons de repos), tous les pays membres de l'Union européenne, à l'exception de la République tchèque, de la Finlande, de la Hongrie, de Malte, de la Pologne, de la Suède, de la Slovénie et de la République slovaque (qui n'a pris aucun engagement) limitent leurs engagements en matière d'accès aux marchés et de traitement national concernant les transferts au sein d'une société et les visiteurs commerciaux aux dispositions prévues dans la section « Engagements horizontaux ». La situation est identique s'agissant du sous-secteur des *services médicaux, des services dentaires et des services fournis par des sages-femmes*, l'accès au marché européen par les personnes transférées au sein d'une société et les visiteurs commerciaux étant soumis aux conditions prévues dans les engagements horizontaux (qui contiennent d'autres limitations spécifiques, notamment en ce qui concerne la République tchèque, l'Estonie, la Hongrie, la Slovénie et la République slovaque qui n'ont pris aucun engagement en matière d'accès aux marchés pour les sages-femmes et l'Allemagne qui pose une condition de nationalité pour les médecins et dentistes, des dérogations étant possibles dans des cas exceptionnels). De la même manière, dans le sous-secteur des *services fournis par des infirmiers, des physiothérapeutes et le personnel paramédical*, tous les pays membres de l'Union européenne (à l'exception de la République tchèque, de la Hongrie, de Malte, de l'Estonie et de Chypre qui n'ont pris aucun engagement) posent des conditions à leurs engagements en matière d'accès à leur marché et de traitement national pour les personnes transférées au sein d'une société et les visiteurs commerciaux dans la section « Engagements horizontaux ». La Pologne, le Portugal et la Grèce limitent également l'accès à leur marché en imposant des conditions de nationalité.<sup>43</sup> A la lumière de ces éléments, il apparaît que, dans le secteur de la santé, seules les personnes remplissant les conditions fixées peuvent accéder au marché des pays Membres au titre du mode 4.

Parmi les conditions posées par les Membres dans les listes d'engagements peuvent figurer des exigences liées à des quotas, à la formation, à la langue, au lieu de résidence et à la nationalité, aux normes, et aux examens des besoins économiques (EBE). Ceux-ci s'appliquent généralement aux services hospitaliers, mais également aux services médicaux et dentaires, en tenant compte parfois de la densité de population, de la structure par âge, des taux de mortalité et du nombre de structures existantes. D'autres conditions portent sur les qualifications requises.<sup>44</sup> Certaines concessions NPF existent, en particulier pour les services médicaux, les services dentaires et/ou les services de santé humaine. Toutefois, d'autres concessions NPF non sectorielles peuvent également s'appliquer aux services de santé, notamment les garanties liées aux Accords bilatéraux de protection des investissements ou les avantages fiscaux accordés à certaines nationalités.

Le tableau ci-dessous montre l'ensemble des engagements spécifiques pris par les Membres de l'OMC dans le domaine des services individuels de santé en juin 2003.<sup>45</sup>

---

<sup>42</sup> Voir, à titre d'exemple, UN CPC 93193.

<sup>43</sup> Voir la liste d'engagements de l'UE, supra.

<sup>44</sup> La reconnaissance des qualifications est l'un des principaux obstacles à la fourniture de services au titre du mode 4. En mai 2003, l'OMC a reçu 38 notifications de mesures de reconnaissance en application des dispositions pertinentes (Article VII: 4 de l'AGCS) ; 17 de ses notifications, qui avaient été soumises par la Lettonie, Macao, la Suisse et plusieurs pays d'Amérique latine et concernaient la reconnaissance des diplômes, étaient potentiellement pertinentes.

<sup>45</sup> L'Annexe 1 montre le nombre total de Membres ayant pris des engagements en matière d'accès aux marchés et de traitement national.

## Engagements spécifiques des membres de l'OMC sur les services de santé individuels, Juin 2003

| Membres            | Médicaux dentaires | Infirmiers, sages-femmes, etc. | Services hospitaliers | Autres services de santé humaine | Membres                 | Médicaux dentaires | Infirmiers, sages-femmes, etc. | Services hospitaliers | Autres services de santé humaine |
|--------------------|--------------------|--------------------------------|-----------------------|----------------------------------|-------------------------|--------------------|--------------------------------|-----------------------|----------------------------------|
| Albanie            | X                  | X                              | X                     | X                                | Rép. kirghize           | X                  | X                              | X                     | X:                               |
| Antigua-et-Barbuda | X                  |                                |                       |                                  | Lettonie                | X                  | X                              | X                     |                                  |
| Arménie            | X                  |                                | X                     | X                                | Lesotho                 | X                  | X                              |                       | X:                               |
| Australie          | X                  |                                |                       | X                                | Lituanie                | X                  | X                              | X                     |                                  |
| Autriche           | X                  | X                              | X                     | X                                | Macédoine               | X                  | X                              | X                     | X                                |
| Barbade            | X                  |                                |                       |                                  | *Malawi                 | X                  | X                              | X                     |                                  |
| Belize             | X                  |                                |                       | X                                | Malaisie                | X                  |                                | X                     | X                                |
| Bolivie            |                    |                                | X                     |                                  | Mexique                 | X                  | X                              | X                     |                                  |
| Botswana           | X                  | X                              |                       |                                  | Moldavie                | X                  | X                              | X                     |                                  |
| Brunéi Darussalam  | X                  |                                |                       |                                  | Norvège                 | X                  | X                              |                       |                                  |
| Bulgarie           | X                  |                                |                       |                                  | Oman                    | X                  |                                | X                     |                                  |
| *Burundi           | X                  |                                | X                     | X                                | Pakistan                | X                  |                                | X                     |                                  |
| Chine              | X                  |                                |                       |                                  | Panama                  |                    |                                | X                     |                                  |
| Taipei chinois     |                    |                                | X                     | X                                | Pologne                 | X                  | X                              | X                     |                                  |
| *Rép. du Congo     | X                  |                                |                       |                                  | Qatar                   | X                  |                                |                       |                                  |
| Costa Rica         | X                  |                                | X                     |                                  | *Rwanda                 | X                  |                                |                       |                                  |
| Croatie            | X                  | X                              | X                     | X                                | Sainte-Lucie            |                    |                                | X                     |                                  |
| République tchèque | X                  |                                |                       |                                  | Sénégal                 | X                  |                                |                       |                                  |
| Rép. dominicaine   | X                  |                                | X                     | X                                | Saint-Vincent           |                    |                                | X                     | X                                |
| Équateur           |                    |                                | X                     |                                  | *Sierra Léone           | X                  | X                              | X                     |                                  |
| CE (12)            | X                  | X                              | X                     |                                  | Singapour               | X                  |                                |                       |                                  |
| Estonie            | X                  |                                | X                     | X                                | République de Slovaquie | X                  |                                |                       | X                                |
| Finlande           |                    | X                              |                       |                                  | Slovénie                | X                  |                                | X                     |                                  |
| *Gambie            | X                  | X                              | X                     | X                                | Afrique du Sud          | X                  | X                              |                       |                                  |
| Géorgie            | X                  |                                | X                     | X                                | Swaziland               | X                  |                                | X                     |                                  |
| Guyana             | X                  |                                |                       |                                  | Suède                   | X                  | X                              |                       |                                  |
| Hongrie            | X                  |                                | X                     | X                                | Suisse                  | X                  |                                |                       |                                  |
| Inde               |                    |                                | X                     |                                  | Trinité-et-Tobago       | X                  |                                | X                     |                                  |
| Jamaïque           | X                  | X                              | X                     |                                  | Turquie                 |                    |                                | X                     |                                  |
| Japon              |                    |                                | X                     |                                  | États-Unis              |                    |                                | X                     |                                  |
| Jordanie           | X                  | X                              | X                     | X                                | *Zambie                 | X                  | X                              | X                     | X                                |
| Koweït             |                    |                                | X                     | X                                | TOTAL                   | 62                 | 34                             | 52                    | 22                               |

Source: Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé, supra. Note: \* fait référence aux PMA.

### V.5. Positions des pays en développement et des PMA dans le Cycle de Doha de négociations sur les services relevant du mode 4

Le tableau ci-dessous confirme que les engagements pris au titre du mode 4 dans le domaine des services de santé sont minimaux. C'est pourquoi, les pays en développement ont cherché, dans le cycle de Doha de négociations sur l'AGCS, à obtenir des engagements plus importants des pays développés en matière d'accès au marché et de traitement national. Le groupe des pays en développement, emmené par l'Inde, a déposé une requête plurilatérale sur le mode 4 dans laquelle il demandait à bénéficier d'engagements plus importants en matière d'accès au marché et de traitement national qui ne soient pas liés à la nécessité pour les professionnels indépendants et les prestataires de services contractuels d'établir une présence commerciale (mode 3).

Le groupe des PMA cherche également à obtenir des engagements plus importants en matière d'accès aux marchés et de traitement national pour les prestataires de services contractuels, les professionnels indépendants, les visiteurs commerciaux et autres, outre les personnes possédant des compétences très élevées, dans divers secteurs comprenant *les services de santé et les services sociaux*.<sup>46</sup> Une liste détaillée des secteurs et sous-secteurs concernés par cette demande est fournie dans l'Annexe B jointe. Le tableau ci-dessous montre quelques caractéristiques thématiques de la demande révisée présentée par les PMA concernant les services relevant du mode 4.

#### Caractéristiques thématiques de la demande révisée des PMA concernant les services relevant du mode 4

- Définition d'une longue liste de secteurs;
- Libéralisation non liée à une présence commerciale ;
- Extension des engagements au-delà des qualifications minimales (prise en compte des diplômes et de l'expérience)
- Nouvelles manières d'évaluer les compétences en dehors des diplômes universitaires (notamment un niveau d'expérience confirmée) ;
- Acceptation d'options de substitution (diplômes, niveau universitaire ou expérience confirmée, certificat de spécialisation, certificat de compétence, etc.) ;
- Exclusion de la parité salariale comme condition d'entrée;
- Paiement direct de la rémunération au fournisseur de service ;
- Réduction substantielle des restrictions quantitatives ;
- Réduction substantielle des EBE ;
- Option de renouvellement de contrat ;
- Pas d'emploi direct sur le marché national ;
- Accélération de la procédure de vérification et de reconnaissance dans un délai de trois mois des aptitudes, compétences et qualifications ;
- Mise en place de structures d'évaluation des aptitudes dans les six mois suivant la fin du Cycle de Doha ;
- Engagements demandés pour les professionnels indépendants, les visiteurs commerciaux, les prestataires de services et autres catégories.

L'objectif de la demande des PMA (contrairement à la demande plurilatérale déposée par les pays en développement) est de prendre en compte les professionnels semi-qualifiés en élargissant le champs d'application du Mode 4 aux fournisseurs de services dont les compétences et qualifications

<sup>46</sup> Voir JOB (06)/155.

peuvent correspondre aux critères définis pour les professionnels indépendants, les visiteurs commerciaux et les prestataires de services contractuels. Elle propose *des paramètres communs aux professionnels indépendants et aux prestataires de services contractuels* qu'elle définit comme ceux possédant un niveau d'instruction et des compétences professionnelles adéquates, notamment des diplômes, titres universitaires ou une expérience confirmée, présentés comme des options de substitution.

Dans la catégorie « Autres », les PMA cherchent à négocier des engagements plus importants qui incluraient les monteuses et réparateurs<sup>47</sup>, les étudiants diplômés<sup>48</sup>, le personnel travaillant dans des entreprises publiques et privées bénéficiant d'un contrat public dans un autre pays Membre<sup>49</sup>, les personnes dont la réputation est reconnue au niveau international<sup>50</sup>, les artistes, les sportifs (et sportives)<sup>51</sup> et les mannequins.<sup>52</sup> Les conditions applicables à certaines de ces catégories sont étendues pour inclure également les détenteurs de certificats de compétence. En privilégiant des définitions horizontales souples, le groupe vise à élargir le champ d'application de la couverture sectorielle.

Dans le domaine des services de santé, les PMA cherchent à obtenir des engagements plus importants en matière d'accès aux marchés et de traitement national pour les professionnels indépendants, les prestataires de services contractuels, les visiteurs commerciaux, les monteuses et réparateurs, les étudiants diplômés et le personnel des entreprises publiques ou privées. Ils recherchent ces engagements dans les sous-secteurs des services médicaux et dentaires, du personnel infirmier, des physiothérapeutes et du personnel paramédical. À côté de cela, les PMA souhaitent obtenir des engagements de la part des pays développés dans le domaine des services hospitaliers et d'autres services de santé humaine.<sup>53</sup> En appliquant à la liste horizontale des critères de définition plus larges, le groupe des PMA vise à augmenter le nombre de fournisseurs de services susceptibles de bénéficier d'un meilleur accès aux marchés et des engagements plus importants des pays Membres en matière de traitement national.

Il est apparu clairement dans ce chapitre que les pays en développement sont très engagés dans les négociations concernant l'accès aux marchés et l'obligation de traitement national pour les services relevant du mode 4 prévus dans le cadre de l'Accord général sur le commerce des services. En d'autres termes, ces pays ont l'ambition d'obtenir un meilleur accès aux marchés des autres pays membres de l'OMC afin de leur fournir temporairement des services de santé. Le chapitre qui suit examine le secteur de la santé dans ces pays.

---

<sup>47</sup> Qui seraient des personnes physiques indépendantes basées à l'étranger entrant sur le territoire d'un autre Membre pour installer ou réparer des machines et/ou équipements relevant d'un service mentionné dans la liste d'engagements du pays hôte.

<sup>48</sup> Ils comprennent les personnes physiques non résidentes titulaires d'un diplôme, d'un titre universitaire ou d'un certificat d'études supérieures qui entrent ou restent sur le territoire d'un autre pays Membre pour mener des travaux de recherche et obtenir l'expérience, les techniques ou méthodes commerciales nécessaires à la mise en œuvre d'un service mentionné dans la liste d'engagements d'un Membre.

<sup>49</sup> Sont concernés les employés d'une entreprise publique ou privée basée à l'étranger qui entrent temporairement sur le territoire d'un autre pays Membre afin d'exécuter un ou des contrat(s) de services conclus entre leur employeur et un Etat ou gouvernement.

<sup>50</sup> Qui sont invitées par des institutions d'enseignement, des instituts scientifiques et de recherche, des organismes publics d'éducation et des organisations non gouvernementales.

<sup>51</sup> Prenant part à des événements publics ou privés.

<sup>52</sup> Participants ou non à des compétitions.

<sup>53</sup> Bien qu'ils n'indiquent pas quels sont ces autres services de santé humaine, il est généralement admis que ceux-ci désignent les services d'ambulance et les établissements de santé.

## VI. LE SECTEUR DE LA SANTE EN AFRIQUE

Les services de santé sont des services de base qui fournissent les moyens nécessaires pour mettre en place des outils et stratégies de lutte contre les maladies infectieuses et sauver la vie de ceux qui sont le plus en danger. Pendant de nombreuses années, les gouvernements ont été les principaux fournisseurs de services de santé et d'autres services essentiels tels que l'éducation, l'accès à l'eau et l'électricité. La situation évolue toutefois avec l'apparition dans de nombreux pays de fournisseurs privés.

Le secteur de la santé est parmi les secteurs de l'économie mondiale qui affichent la plus forte croissance, comme le montre l'accroissement de la demande transfrontières de services de santé (par le biais notamment de la télémédecine), de la consommation à l'étranger (de nombreux patients se sont rendus en Inde, en Afrique du Sud et dans la Région administrative spéciale de Hong Kong pour suivre des traitements médicaux), de la présence commerciale (notamment la présence de médecins cubains et chinois en Afrique, qui ont mis en place des structures commerciales) et des mouvements de personnel médical fournissant des services (médecins, infirmiers, physiothérapeutes, personnel soignant, etc.).

Bien que le secteur se développe, les structures de santé publique des pays en développement, notamment les hôpitaux de recours et les dispensaires, restent dans une situation difficile. La plupart d'entre elles ne dispose pas des équipements nécessaires pour répondre aux besoins de la population et dispenser des soins de santé de base. Les effectifs des personnels médicaux, des spécialistes aux médecins généralistes en passant par les infirmiers et les sages-femmes, sont limités. Qui plus est, leur niveau de spécialisation n'est pas suffisant pour traiter les maladies touchant ces pays, une situation qui tend à s'aggraver du fait du nombre limité de matériel et d'instruments médicaux susceptibles d'être utilisés pour dispenser des soins au quotidien. Les hôpitaux de recours et les dispensaires du gouvernement sont également trop peu nombreux et restent éloignés des lieux d'habitation, en particulier dans les zones rurales. La motivation est faible et les salaires très bas. Les systèmes de surveillance et d'information épidémiologique fonctionnent au ralenti, ce qui rend difficile de prévoir les épidémies et de répondre aux besoins les plus urgents.<sup>54</sup>

La situation est particulièrement inquiétante dans les pays de l'Afrique subsaharienne, qui sont confrontés à une crise sanitaire sans précédent et affectés de manière disproportionnée par des maladies guérissables du fait de la pauvreté et de la faiblesse du système de santé. Les services de santé, souvent sous-financés, sont confrontés à une pénurie de ressources, l'aide extérieure représentant une large part des budgets de santé publics.<sup>55</sup> Dans la période comprise entre 1980 et 1988, plus de 50% du budget des dépenses en Afrique ont été consacrés aux secteurs du pétrole et de l'énergie, des mines, des industries manufacturières et de la construction, à l'administration générale et à la défense, au détriment du secteur de la santé dont le budget alloué était très faible.

À côté des problèmes budgétaires, se pose le problème de la situation géographique des structures de santé et, par conséquent, de leur accessibilité. De fait, plus de 60% des dépenses gouvernementales en matière de santé vont à des hôpitaux urbains qui desservent tout juste 10% de la population.<sup>56</sup> Au Ghana, par exemple, les dépenses publiques de santé consacrées aux couches les plus riches de la population sont trois fois plus importantes que celles consacrées aux couches les plus pauvres.<sup>57</sup> Entre 1992 et 1997, dans 10 pays en développement, seulement 41% de la population

<sup>54</sup> Voir OMS: "Health Services", <http://www.who.int/infectious-disease-report/2002/healthservices.html>.

<sup>55</sup> Voir OMS: *Scaling up the Response to Infectious Diseases*, 2002.

<sup>56</sup> Ibid.

<sup>57</sup> Ibid.

pauvre souffrant de troubles respiratoires graves, notamment la tuberculose, ont été traités dans des structures médicales contre près de 60% pour les couches les plus riches.<sup>58</sup> Dans la même période, 22% seulement des naissances intervenues chez les 20% les plus pauvres ont été effectuées par du personnel médical qualifié contre 76% chez les plus riches.<sup>59</sup>

### **La Situation au Malawi: extraits d'un entretien réalisé avec un médecin**

Fred Zayinga est médecin dans le district de Chikwawa, une région très peuplée située dans le Sud du Malawi. L'hôpital de ce district dispose de 300 lits répartis dans un hôpital rural de 50 lits et 20 centres de santé. Les centres de santé disposent d'assistants médicaux, d'infirmiers et d'un nombre de plus en plus importants de surveillants médicaux du fait de la pénurie de personnel. Lors d'un entretien, M. Zayinga a expliqué que les visites de contrôle mensuelles effectuées dans les dispensaires ont dû être annulées l'année dernière à cause du manque de personnel et des délais pour obtenir le remboursement des frais de voyage. Les opérations non urgentes ont été interrompues pendant près de six mois dans l'hôpital du district du fait du manque d'équipement et de matériel médical, notamment la gaze et le coton. Le matériel de buanderie est tombé en panne il y a six mois et celui de l'hôpital de Nsanje, situé à près de 100 km, où le linge médical avait été envoyé à titre provisoire, est également hors service depuis peu. Par ailleurs, la charge de travail du personnel médical a considérablement augmenté ces dernières années, en grande partie à cause du VIH/sida et, plus récemment, de la sécheresse qui a été à l'origine de nombreux cas de malnutrition infantile. Des difficultés supplémentaires sont apparues avec le lancement du nouveau programme de traitement antirétroviral. « La situation est pire que celle que nous avons connue dans les années 1980. Elle a commencé à se détériorer dans les années 1990 et a été aggravée il y a cinq ans par le départ pour le Royaume-Uni de nombreuses infirmiers », a déclaré M. Zayinga. « Nous avons également subi la concurrence des structures locales recevant des financements extérieurs et les hôpitaux missionnaires qui offrent des salaires plus élevés. »<sup>60</sup>

La majorité des 11 millions d'enfants de moins de cinq ans qui meurent chaque année de maladies guérissables vit dans les pays en développement, dont quatre millions dans les pays d'Afrique australe.<sup>61</sup> Le VIH/sida, auquel s'ajoutent les effets désastreux de la guerre, provoque une véritable hécatombe chez les jeunes adultes, notamment les professionnels de la santé, laissant de nombreux jeunes enfants aux soins de leurs frères et sœurs et de leurs grands-parents et aggravant d'autant les difficultés des systèmes de santé. Le manque de médicaments de base, de fournitures, d'équipements, de personnel et les problèmes d'accès aux soins à des prix abordables sont autant d'éléments qui ont un effet sur la capacité à répondre aux besoins.<sup>62</sup>

La pénurie de personnel médical est l'un des principaux obstacles à la fourniture de médicaments antirétroviraux aux patients vivant avec le VIH/sida. En Afrique australe, région très durement touchée par la maladie, où vit une grande majorité des 40 millions de personnes infectées et

---

<sup>58</sup> Ibid.

<sup>59</sup> Ibid.

<sup>60</sup> Voir "Confronting Africa's health crisis: more of the same will not be enough". Disponible en ligne: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/331/7519/755>.

<sup>61</sup> Ministère du développement international du Royaume-Uni. Objectifs du Millénaire pour le développement. Mortalité infantile. Disponible en ligne : <http://www.dfid.gov.uk/mdg/childmortalityfactsheet.asp>.

<sup>62</sup> Zewdie 2005.

des 8000 personnes qui décèdent chaque jour de la maladie, de nombreuses personnes sont en attente de traitement.<sup>63</sup> À titre d'exemple, on compte en Afrique du Sud 393 infirmiers et 74 médecins pour 100°000 personnes. Un pourcentage important d'entre eux travaillent dans le secteur privé et les zones rurales sont confrontées à une pénurie importante de personnel. Une comparaison avec les États-Unis, qui comptent 901 infirmiers et 247 médecins pour 100°000 habitants, donne une idée plus précise de l'ampleur du problème.<sup>64</sup> Dans le district de Thyolo, au Malawi, un assistant médical voit jusqu'à 200 patients par jour. Dans le district de Mavalane, au Mozambique, de nombreux patients meurent pendant la période de deux mois précédant le début de leur traitement du fait de la pénurie de médecins et d'infirmiers. Plus de la moitié des postes d'infirmiers professionnelles sont vacants dans l'un des principaux hôpitaux du Lesotho.<sup>65</sup>

Malgré cela, les mouvements de professionnels de la santé, en particulier les médecins et les infirmiers, vers les pays riches se poursuivent. Les faibles possibilités de promotion dans le pays d'origine, un système inadapté de soutien à la gestion, une charge de travail importante, l'accès limité aux technologies et aux médicaments sont parmi les raisons qui expliquent l'attrait que les pays étrangers exercent sur eux. Ces raisons sont souvent qualifiées de « facteurs de départ » poussant les travailleurs de santé à quitter leur pays d'origine.<sup>66</sup> Le problème se pose avec encore plus d'acuité dans les zones rurales où les travailleurs de santé et leurs institutions ont le sentiment d'être ignorés par le gouvernement dont la politique de développement s'est concentré sur les zones urbaines.<sup>67</sup>

L'aspect économique constitue un aspect essentiel de cet exode, la perspective de revenus plus élevés étant une considération importante pour nombre d'entre eux. Les professionnels de la santé de l'Afrique subsaharienne ne sont pas les seuls à être attirés par la possibilité de gagner plus d'argent. Une étude montre qu'une infirmière philippine peut espérer gagner entre 3000 à 4000\$ par mois aux États-Unis contre seulement 75 à 200\$ dans son pays. Pour les travailleurs très qualifiés, l'évolution professionnelle est aussi un critère important. Kingma (2001) cite les conclusions d'une étude menée par le Conseil international des infirmiers (CII) sur les encouragements et les obstacles à la migration des infirmiers qui montre que la possibilité de se former est la principale raison invoquée pour justifier un départ à l'étranger. Cela comprend la possibilité de suivre des formations spécialisées qui n'existent peut-être pas dans le pays d'origine ou d'utiliser des technologies et équipements qui ne sont généralement pas disponibles.

Le schéma des mouvements de professionnels de la santé en provenance des pays de l'Afrique subsaharienne a grandement évolué au cours des 30 dernières années. Dans une étude réalisée dans les années 1970, Mejia *et al*<sup>68</sup> avait montré que les personnels de santé partant à l'étranger provenaient d'un nombre relativement restreint de pays africains (parmi les plus importants tels que l'Afrique du Sud, le Nigéria et le Ghana) et se rendaient principalement dans un petit nombre de pays développés situés en dehors du continent. Depuis, les mouvements sont devenus beaucoup plus complexes et concernent aujourd'hui presque la totalité des pays de l'Afrique subsaharienne, en particulier l'Éthiopie, l'Angola et l'Ouganda. On assiste également à des mouvements intrarégionaux et ponctuels de travailleurs (par exemple, de la République démocratique du Congo vers le Kenya et du Kenya vers l'Afrique du Sud, la Namibie et le Botswana). De plus en plus, ces mouvements résultent de recrutements ciblés effectués par des agences et des gouvernements, ainsi que de choix personnels. Divers autres rapports montrent une augmentation similaire du nombre et de la proportion de travailleurs partant à l'étranger.<sup>69</sup>

---

<sup>63</sup> Ibid.

<sup>64</sup> Ibid.

<sup>65</sup> Ibid.

<sup>66</sup> Bach 2003; Buchan et al 2004; Kingma 2006; Muula & Maseko 2006.

<sup>67</sup> Dussault & Franceschini 2006.

<sup>68</sup> Mejia et al. 1979.

<sup>69</sup> Hagopian et al. 2005.

Les études empiriques confirment généralement que la majorité des professionnels de la santé qui quittent des pays en développement pour se rendre dans les pays industriels ont un niveau de formation supérieur à la moyenne des travailleurs restant dans le pays. Cela correspond aux schémas qui prévalent dans les engagements pris au titre de l'AGCS, les pays receveurs ouvrant leurs marchés uniquement aux professionnels qualifiés. Une autre caractéristique générale de ces mouvements est qu'ils opèrent une certaine sélection dans la mesure où les jeunes professionnels de la santé sont mieux formés et plus mobiles que les travailleurs plus âgés.

Les données présentées dans le rapport sur la santé dans le monde 2006 démontrent qu'il existe un lien direct entre la qualité des résultats obtenus dans le domaine de la santé et la densité de main d'œuvre disponible. Elles soulignent la difficulté pour les systèmes de santé confrontés à de graves pénuries de personnel de réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement (ODM). Les pays qui ont le plus de difficultés à les atteindre doivent faire face à une pénurie totale de personnel de santé, ce qui limite sérieusement leur capacité à offrir, de manière équitable, des soins de santé de base.

Face à cette situation, on ne peut être qu'inquiet de voir ces pays continuer à perdre une ressource aussi importante que des médecins et infirmiers qualifiés. Certains ont estimé que même l'aide apportée par les pays riches avait un impact limité et peu de sens dans la mesure où le nombre de professionnels n'est pas suffisant pour traiter ces maladies localement.<sup>70</sup> Il ressort de l'initiative «3 x 5» que de nombreuses parties de l'Afrique subsaharienne ne disposent d'aucun professionnel de la santé, la région ne comptant que 600 000 travailleurs de la santé pour une population totale de 682 millions d'habitants.<sup>71</sup> Cette situation est frustrante pour nombre de professionnels qui préfèrent partir pour vivre une vie meilleure à l'étranger. Selon un rapport, seul 60 des 500 médecins formés en Zambie depuis l'indépendance exercent dans le pays.<sup>72</sup> Au Cameroun, le ratio de professionnels de la santé est de 1 pour 400 dans les zones urbaines et de 1 pour 4000 dans les zones rurales, ce qui oblige les habitants à parcourir de longues distances pour bénéficier de soins de santé. Le déséquilibre est tout aussi important en Angola, où 65% de la population vit dans les zones rurales contre seulement 15% de travailleurs de santé, la grande majorité d'entre eux ayant choisi d'occuper des emplois mieux rémunérés dans les zones urbaines.<sup>73</sup> Les professionnels de la santé des pays en développement membres du Commonwealth, du fait de leur aptitude à s'exprimer en anglais, se rendent en général dans les pays développés anglophones tels que les États-Unis, le Canada, le Royaume-Uni, la Nouvelle-Zélande et l'Australie, où ils contribuent à pallier la pénurie de main d'œuvre.<sup>74</sup> Dans certains pays, y compris ceux qui disposent de personnel qualifié, les centres de soins de santé de base et les hôpitaux de district n'ont pas les structures nécessaires pour diagnostiquer des infections et manquent régulièrement de fournitures et de médicaments. C'est notamment le cas en Zambie où le nombre de cas de tuberculose a été multiplié par six entre 1992 et 1998 du fait du manque de médicaments.<sup>75</sup>

La pénurie de personnel de santé ne touche pas seulement les pays africains. Les Philippines sont parmi les pays les plus actifs en matière d'exportation de fournisseurs de services de santé et jouent un rôle central dans la politique économique migratoire. On estime à environ 7 millions le nombre de Philippins qui travaillent ou vivent à l'étranger (soit environ 10% de la population). Cette situation s'explique par l'évolution du pays, confronté à un taux de chômage très important, qui a poussé le gouvernement à encourager les migrations sociales. Si, dans un premier temps, on a assisté à

---

<sup>70</sup> Ministère du développement international du Royaume-Uni. Objectifs du Millénaire pour le développement. Mortalité infantile, *ibid.*

<sup>71</sup> Initiative 3 par 5. *Preventing and treating HIV/AIDS in poor countries will help deliver better health services through 2005 and beyond*. 1er novembre 2004. Disponible en ligne: <http://www.who.int/3by5/mediacentre/news27/en/>.

<sup>72</sup> Development Gateway. *Capacity development for MDGs. Rising to the challenges: the millennium development goals for health*. Disponible en ligne: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/331/7507/2?ecoll12>

<sup>73</sup> Voir OMS, *Scaling up the Response to infectious Diseases*, *supra*.

<sup>74</sup> *Ibid.*

<sup>75</sup> *Ibid.*

un exode massif de médecins vers les États-Unis, ceux-ci ont depuis été remplacés par les infirmiers, faisant des Philippines le premier pays de provenance des infirmiers travaillant à l'étranger. Cet aspect a été intégré dans la politique de planification gouvernementale qui considère l'emploi à l'étranger comme une source importante de croissance économique. Comme l'a indiqué le Secrétaire philippin du travail et de l'emploi : « C'est une véritable industrie. Il n'est pas politiquement correct de dire que l'on exporte des gens, mais cela fait partie de la mondialisation, et j'aime à penser que des pays comme le nôtre, qui sont riches en ressources humaines, peuvent aider le reste du monde ». <sup>76</sup> Plus de 70% des 7000 infirmiers philippines obtenant leur diplôme chaque année quittent le pays, venant renforcer les rangs des 15°000 infirmiers qui partent chaque année de leur pays pour rejoindre plus de 30 pays dans le monde, selon les estimations. <sup>77</sup> Certains ont même suggéré que des médecins allaient jusqu'à faire une formation d'infirmière pour tirer parti des opportunités d'emploi disponibles à l'étranger. <sup>78</sup> Il n'en reste pas moins, comme l'a noté l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) <sup>79</sup>, que les Philippines sont confrontées à une grave pénurie d'infirmiers, le nombre de postes vacants étant estimé à près de 30°000 dans le pays.

Un problème plus important en Afrique subsaharienne tient au manque de gestion et de structure de ces mouvements de main d'œuvre, faute, la plupart du temps, de l'implication du gouvernement. Les professionnels de la santé quittent le pays simplement lorsqu'ils en ont l'opportunité, accélérant l'exode et la menace d'une crise sanitaire. Sachant que la disponibilité, la couverture et l'impact des services de santé sont des conditions essentielles de l'accès universel aux soins de santé de base, on comprend mieux pourquoi les pays en développement, en particulier les pays de l'Afrique subsaharienne, éprouvent autant de difficultés à remplir leur obligation dans ce domaine. La question se pose dès lors de savoir quelles conséquences spécifiques, en termes de développement, la mise en œuvre du mode 4 peut avoir par rapport à cette situation? Le chapitre qui suit tente d'y répondre.

---

<sup>76</sup>Pour plus d'informations sur l'exode des infirmiers philippines, voir <http://allnurses.com/forums/f195/sapping-philippines-health-care-system-69825.html>.

<sup>77</sup> Adversario 2003.

<sup>78</sup> Sison 2003.

<sup>79</sup> Voir OCDE, 2003.

## **VII. CONSEQUENCES DU MODE 4 AU REGARD DE L'OBLIGATION DE GARANTIR UN ACCÈS UNIVERSEL AUX SOINS DE SANTÉ DE BASE**

Comme nous avons eu l'occasion de le voir, les systèmes de santé de nombreux pays en développement, en particulier en Afrique subsaharienne, ne sont pas en mesure de garantir un accès universel aux soins de santé de base, ceux-ci n'étant ni disponibles ni inaccessibles. Nous avons également pu voir que les pays en développement et les PMA, par le biais d'une demande plurilatérale et d'une requête conjointe, cherchent à négocier des engagements ambitieux relativement au mode 4.<sup>80</sup> Dans cette partie, nous examinons quelles sont les conséquences possibles d'une telle position, dans une perspective de développement, sur leur capacité à garantir un accès universel aux services de santé de base.

La majorité des personnes physiques fournissant des services dans le cadre de l'AGCS opère sous le statut de personne morale, en vertu du droit privé. Il est, par conséquent, très difficile de déterminer avec précision l'ensemble des mouvements relevant du mode 4. Cette difficulté est encore plus grande dans le secteur de la santé, ce qui ne permet pas toujours de mesurer leur impact, en termes statistiques, sur les pays africains et, en particulier, les pays de l'Afrique subsaharienne. Les données sur les investissements étrangers directs sont souvent utilisées, de manière indirecte, pour calculer les mouvements relevant du mode 4, mais des questions légitimes se posent sur la véracité des résultats obtenus. Il est encore plus difficile de collecter des données sur les professionnels qui fournissent des services à titre indépendant sur la base d'un contrat.<sup>81</sup> Si l'Annexe sur le mouvement des personnes physiques paraît claire, dans la mesure où elle définit les paramètres applicables au mode 4 tels que la non-application des mesures aux personnes souhaitant accéder au marché du travail du pays Membre, la distinction n'est pas si nette dans la pratique.<sup>82</sup> En Afrique, comme dans d'autres régions, peu de données fiables sont disponibles sur la présence de personnes physiques fournissant des services de santé dans le cadre de l'AGCS. Il est difficile en soi de distinguer les personnes relevant du mode 4 des personnes employées sur le marché national des services de santé, qui, strictement parlant, ne seraient pas couvertes par l'AGCS.

En dépit de cela, quelques rares informations sont disponibles, notamment en Afrique du Sud, où une étude réalisée par Martineau et al (2002) révèle que près de 80% des médecins ruraux exerçant dans le pays en 1999 n'étaient pas sud-africains. Ces médecins relèveraient du mode 4 s'ils étaient employés par des structures appartenant à des étrangers ou s'ils exerçaient à titre indépendant en vertu d'un contrat négocié à l'avance. Au Canada, dans la province de l'Alberta, des médecins sud-africains ont été recrutés pour travailler dans les zones rurales qui peinent à attirer les médecins canadiens.<sup>83</sup> Dans la mesure où ces médecins étrangers travaillent dans des structures appartenant à des étrangers, sont employés par des entreprises étrangères ou exercent en qualité de professionnel indépendant et, dès lors, de prestataires de services étrangers, ils sont couverts par le mode 4. L'Afrique du Sud est devenue une source importante de main-d'œuvre s'agissant des infirmiers. Comme le montre les chiffres, le nombre d'infirmiers faisant vérifier leur qualification avant de postuler à des emplois à l'étranger est passé de 511 en 1995 à 2543 en 2000.<sup>84</sup> Le nombre d'infirmiers quittant l'Afrique du Sud a été multiplié par huit depuis 1991. Plus de la moitié d'entre

---

<sup>80</sup> Les demandes plurilatérales sont des documents informels et, en tant que tel, ne font pas l'objet de citations officielles. La demande a été coparrainée par l'Argentine, le Brésil, le Chili, l'Égypte, l'Inde, le Mexique, le Pakistan, le Pérou et la Thaïlande. La requête déposée par les PMA est disponible dans JOB(06)/155.

<sup>81</sup> Pour une vue d'ensemble du mouvement temporaire des personnes physiques, voir Information on the temporary migration regime (laws and implementing regulations) in force in selected developed countries, note du Secrétariat de la CNUCED, UNCTAD/SDD/SER/7, 1995.

<sup>82</sup> Voir l'Annexe sur le mouvement des personnes physiques fournissant des services relevant de l'Accord.

Disponible en ligne : <http://www.wto.org>.

<sup>83</sup> Bundred & Levitt 2000. Voir également Comité régional de l'OMS pour l'Afrique: Poverty, Trade and Health: An Emerging Health Development Issue, 2006.

<sup>84</sup> Xaba & Phillips 2001.

eux se rendent au Royaume-Uni, qui a de tous temps été une destination privilégiée pour les médecins et infirmiers des pays anglophones d'Afrique et des Caraïbes. En 2002, plus de 200°000 médecins disposaient d'une autorisation provisoire, complète ou à durée limitée au Royaume-Uni. Plus de la moitié des médecins bénéficiant d'une autorisation complète avaient été formés dans un autre pays, en particulier en dehors de l'Espace économique européen.<sup>85</sup> Ce nombre est encore plus élevé s'agissant des infirmiers, près de 18°000 infirmiers du Zimbabwe travaillant à l'étranger.<sup>86</sup>

Le tableau ci-dessous montre le nombre d'infirmiers formés à l'étranger et autorisés à exercer chaque année au Royaume-Uni dans la période 1998-2003.

#### Pays d'origine des infirmiers étrangers travaillant au Royaume-Uni

| PAYS             | 1998-99 | 1999-00 | 2000-01 | 2001-02 | 2002-03 |
|------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Philippines      | 52      | 1 052   | 3 396   | 7 235   | 5 594   |
| Inde             | 30      | 96      | 289     | 994     | 1 833   |
| Afrique du Sud   | 599     | 1 460   | 1 086   | 2 114   | 1 480   |
| Australie        | 1 335   | 1 209   | 1 046   | 1 342   | 940     |
| Nigéria          | 179     | 208     | 347     | 432     | 524     |
| Zimbabwe         | 52      | 221     | 382     | 473     | 493     |
| Nouvelle-Zélande | 527     | 461     | 393     | 443     | 292     |
| Ghana            | 40      | 74      | 140     | 195     | 255     |
| Pakistan         | 3       | 13      | 44      | 207     | 172     |
| Kenya            | 19      | 29      | 50      | 155     | 152     |
| Zambie           | 15      | 40      | 88      | 183     | 135     |
| États-Unis       | 139     | 168     | 147     | 122     | 89      |
| Maurice          | 6       | 15      | 41      | 62      | 60      |
| Antilles         | 221     | 425     | 261     | 248     | 57      |
| Malawi           | 1       | 15      | 45      | 75      | 57      |
| Canada           | 196     | 130     | 89      | 79      | 53      |
| Botswana         | 4       | -       | 87      | 100     | 42      |
| Malaisie         | 6       | 52      | 34      | 33      | 27      |
| Singapour        | 13      | 47      | 48      | 43      | 25      |
| Jordanie         | 3       | 3       | 33      | 49      | 18      |
| Total            | 3440    | 5718    | 8046    | 14 584  | 12 290  |

Source: Nursing and Midwifery Council (NMC) [www.nmc-uk.org](http://www.nmc-uk.org).

L'impact du mouvement des travailleurs de la santé sur les systèmes de santé nationaux se ressent davantage dans les pays en développement, en particulier dans les communautés rurales économiquement défavorisées qui disposent de moins de personnel et de structures plus faibles que dans les zones urbaines et les pays développés.<sup>87</sup> Les taux très élevés de roulement et d'usure des effectifs provoqués par les mouvements internes et externes vers le secteur privé et les pays développés et, dans certaines régions, le manque de structures de santé publique pour faire face à la pandémie de VIH/sida, de tuberculose et de paludisme, ne font qu'ajouter à leurs difficultés. Cette situation place les gouvernements des pays en développement dans une position très difficile au regard de l'obligation qui est la leur de garantir un accès universel aux soins de santé de base.

L'accès limité aux services publics dont bénéficient les personnes vulnérables, notamment les femmes, les jeunes, les communautés rurales, les travailleurs du sexe et autres constitue également un réel problème. Le manque de compétences de gestion et de compétences techniques permettant de garantir la fourniture de soins à tous les niveaux du système de santé et le manque de budget nécessaire pour offrir des services de santé à la

<sup>85</sup> Voir Département de la santé du Royaume-Uni, 2002.

<sup>86</sup> Pang et al. 2002. Voir également General Medical Council, 2004.

<sup>87</sup> Secrétariat du Commonwealth, UNESCO, 2003.

majorité de la population, sont autant d'éléments qui mettent sous pression un personnel déjà débordé. La conséquence pour ceux qui restent est qu'ils doivent traiter un nombre plus important de patients, ce qui provoque de la frustration, du stress et une absence de motivation, mais également une érosion des ressources humaines qui, par effet de contagion, remettent en cause la capacité du pays à planifier et à dispenser des formations aux professionnels de la santé. Paradoxalement, cette situation peut rendre les pays envoyeurs plus dépendants de la main-d'œuvre étrangère spécialisée, en particulier les pays tels que l'Afrique du Sud, qui peuvent se permettre de faire venir ces spécialistes pour travailler dans les zones rurales. Cela pose, en soi, de nouveaux défis en termes de financement.

Il est difficile de ne pas voir la fuite des compétences qui accompagne généralement la *migration* des professionnels de la santé dont la formation a été financée par les gouvernements.<sup>88</sup> Des milliers d'infirmiers, dont la grande majorité sont des femmes, émigrent chaque année pour trouver un emploi mieux rémunéré, de meilleures conditions de travail, des possibilités de carrière et une meilleure qualité de vie. On estime à 30'000 le nombre d'infirmiers et de sages-femmes formés dans les pays de l'Afrique subsaharienne travaillant aujourd'hui dans sept pays de l'OCDE.<sup>89</sup> En 2000, plus de 500 infirmiers ont quitté le Ghana pour aller chercher seuls un emploi dans un pays industrialisé.<sup>90</sup> C'est deux fois plus que le nombre d'infirmiers ayant obtenu leur diplôme dans le pays cette année. Au Malawi, plus de 60% des infirmiers autorisés dans un seul hôpital tertiaire (114 infirmiers) ont quitté le pays entre 1999 et 2001.<sup>91</sup> En 2003, 30% des 125 infirmiers d'un hôpital du Swaziland sont partis travailler à l'étranger<sup>92</sup> et entre 1999 et 2001, le Zimbabwe a vu 32% de ses infirmiers autorisés prendre le chemin du Royaume-Uni.<sup>93</sup> Le nombre de pays exportant au Royaume-Uni des infirmiers recrutés au niveau international est passé de 71 en 1990 à 95 en 2001.<sup>94</sup>

Les avantages sont évidents pour les pays receveurs, le premier étant de contribuer à résoudre le problème de la pénurie de personnel dans le secteur de la santé. Ainsi, le Royaume-Uni est parvenu, en 2004, à augmenter de 20'000 le nombre de ses infirmiers en recrutant du personnel provenant de l'étranger.<sup>95</sup> Un grand nombre d'entre eux travaillent dans le système de santé public et, dès lors, ne relève pas de l'AGCS. Il n'en est pas de même pour ceux travaillant dans des structures privées, en tant que professionnels indépendants ou de prestataires de services contractuels, qui sont couverts par l'Accord. Un autre avantage réside dans le fait que ces prestataires de services de santé ont peu de chance de trouver un emploi bien rémunéré dans leur pays d'origine. En effet, il n'est rare que les infirmiers de nombreux pays de l'Afrique subsaharienne travaillent beaucoup pour une rémunération très faible.<sup>96</sup>

Leur installation, à titre permanent, dans le pays étranger reste, toutefois, une préoccupation importante, en particulier dans les pays qui connaissent des niveaux et une qualité de vie élevés tels que le Canada, les États-Unis et d'autres pays, ce qui entraîne des pertes définitives en termes d'expertise pour le pays d'origine. Dans une analyse sur les tendances récentes en matière de migration de main-d'œuvre qualifiée vers le Royaume-Uni, Finley a démontré que les travailleurs professionnels des pays en développement étaient peu enclins à quitter le pays après quelques années de résidence, contrairement à leurs homologues des pays développés qui sont extrêmement mobiles et n'envisagent de rester que de manière provisoire.<sup>97</sup> Il faut considérer ici le fait qu'il n'existe aucun flux compensatoire inverse vers les pays de l'Afrique subsaharienne. La question se pose, dès lors, de savoir ce qu'il convient de faire. Existe-t-il des moyens de parvenir à un équilibre entre les intérêts de ces pays en matière d'exportation de services de santé dans le cadre de régimes tels que le mode 4 et l'obligation qui est la leur de garantir à leur population un accès universel aux soins de base? Le chapitre suivant s'interroge sur les diverses options possibles.

---

<sup>88</sup> OMS & Banque mondiale, 2002.

<sup>89</sup> OMS, 2006.

<sup>90</sup> Ibid.

<sup>91</sup> Ibid.

<sup>92</sup> Kober & Van Damme 2006

<sup>93</sup> Chikanda 2005.

<sup>94</sup> Buchan & Sochalski 2004.

<sup>95</sup> Bach 2003.

<sup>96</sup> Zurn et al. 2002.

<sup>97</sup> Finley 2002.

## VIII. TROUVER UN EQUILIBRE ENTRE L'INTERET POUR LE MODE 4 ET L'ACCES UNIVERSEL AUX SOINS: ELEMENTS DE REFLEXION POUR LES PAYS EN DEVELOPPEMENT

La question du mouvement des professionnels de la santé reste un sujet de préoccupation au niveau mondial, comme en témoigne le rapport sur la santé dans le monde 2006 qui lui a été consacrée. Il n'est pas souhaitable, voire impossible, d'empêcher les mouvements internationaux de médecins et d'infirmiers dans la mesure où la médecine s'appuie sur une longue tradition de collaboration internationale, les médecins étant habitués à voyager à travers le globe pour renforcer leurs compétences et acquérir de l'expérience. Les avantages sont évidents en termes d'échanges internationaux et de diversité, mais également du point de vue économique grâce aux envois d'argent faits de l'étranger et au transfert de technologies. Ils n'en doivent pas moins être analysés au regard de l'obligation qui incombe aux États de garantir à leur citoyen un accès universel aux services de santé de santé.

Que peut-on faire pour veiller à ce que chacun sorte gagnant de cette situation difficile et que les gouvernements mettent en place des politiques permettant d'amortir les effets du mouvement des professionnels de la santé sur le système de santé national ? Dans ce chapitre, nous examinons quelques politiques susceptibles à la fois de garantir le respect de l'obligation d'accès universel aux services de base et de permettre aux pays en développement, en particulier les pays de l'Afrique subsaharienne, de participer au commerce international des services grâce à la présence de personnes physiques fournissant des services de santé sur les marchés étrangers au titre de l'AGCS et d'en tirer parti.

### VIII.1. Nécessité de renforcer les structures de soins à l'échelle nationale

Les fournisseurs de services publics et privés n'ont pas les mêmes priorités et proposent, par conséquent, des services différents. Le secteur privé est un secteur à but lucratif ; il doit être tenu, par le biais des *obligations de service universel*, de garantir à tous un accès aux soins. Le secteur public, de son côté, a l'obligation de servir tous les citoyens et doit souvent financer la mise en place de services qui seront accessibles aux populations et aux zones défavorisées et non pas seulement à celles qui peuvent se le permettre. Les gouvernements doivent investir dans le secteur de la santé publique de manière à offrir à leur population un système de soins de santé décent (les soins de santé primaire étant une priorité dans les pays de l'Afrique subsaharienne). Cela inclut la création de nouvelles structures, en particulier dans les zones rurales, le recrutement de professionnels de santé bien rémunérés, des médecins jusqu'aux niveaux les moins élevés de la hiérarchie, et la possibilité pour ces professionnels de pouvoir disposer régulièrement des matériels et équipements médicaux nécessaires à la fourniture de services de soins.

L'augmentation du nombre de personnes susceptibles de fournir des services auxiliaires doit également être envisagée. Le Malawi a introduit une nouvelle catégorie d'infirmier appelés « infirmiers auxiliaires » afin d'aider les infirmiers dans leurs tâches. Ce type de poste s'adresse en priorité aux « aides-infirmiers, aux aides-soignants et aux personnes qui peuvent prouver qu'elles resteront dans le district au terme de leur formation ». <sup>98</sup> Cette catégorie de personnel n'a pas vocation à remplacer les professionnels de la santé, mais elle peut permettre de favoriser un meilleur niveau de spécialisation et partant, un meilleur accès aux services de santé, en particulier dans les zones rurales,

---

<sup>98</sup> Muula et al, supra.

tout en réduisant les risques de migration vers l'étranger du fait de l'impossibilité pour les infirmiers auxiliaires de faire reconnaître leur diplôme.

Il est important de souligner que la formation de ces infirmiers auxiliaires doit être en lien avec le rôle qu'ils sont appelés à jouer et mettre l'accent sur les compétences qui seront nécessaires pour accomplir les tâches qui leur ont été confiées. Les domaines dans lesquels les infirmiers auxiliaires peuvent être utiles comprennent la supervision du traitement contre la tuberculose, la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide et l'éducation à la prévention du VIH. Il pourra apparaître aux yeux de certains que cette approche relègue au second plan les personnes vivant dans les zones rurales, mais lorsque l'on est confronté à des situations désespérées, comme c'est le cas dans de nombreux pays de l'Afrique subsaharienne, l'adoption de mesures désespérées (entendez par là créatives) peut permettre d'en sortir. Dans tous les cas, il est aujourd'hui largement admis que l'on ne peut protéger la santé des communautés sans un soutien qui va au-delà de la seule responsabilité des médecins, des infirmiers et des professionnels de la santé. C'est pourquoi l'établissement de liens solides avec le secteur privé, les réseaux de volontaires de la société civile, les organisations religieuses et les organisations communautaires apparaît comme un moyen important d'assurer de manière effective l'accès universel aux services de santé de base. Ces intervenants disposent de ressources, tant humaines que financières, qu'elles peuvent mobiliser, regrouper et injecter dans le système pour faire en sorte que les services de santé de base soient les plus accessibles et les plus abordables possibles.

Une chose apparaît clairement : le renforcement des structures de santé passe nécessairement par une augmentation du budget alloué au secteur de la santé. Les pays africains se sont efforcés d'augmenter leur budget de santé par le biais de financements nationaux, notamment les impôts, ou de fonds supplémentaires provenant de financements internationaux et d'institutions telles que le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme.<sup>99</sup> Une augmentation substantielle des budgets de la santé reste toutefois peu probable du fait de la concurrence d'autres besoins, notamment dans le domaine de l'éducation, de l'assainissement, de la sécurité alimentaire et autres, qui ne laissent que peu de ressources pour développer des structures de santé dans les zones rurales. Si des processus internes de hiérarchisation peuvent, dans certains cas, s'avérer indispensables, il est aussi essentiel que les gouvernements puissent bénéficier d'un soutien plus important, en particulier sous la forme de ressources financières provenant d'intervenants soucieux de favoriser le développement afin de renforcer la capacité humaine, structurelle et organisationnelle du secteur de la santé et de créer des structures de santé dans ces pays. Il est important, dans cette optique, qu'ils collaborent avec l'OMS afin de disposer des informations et de l'expertise technique nécessaires en matière de financement et de gestion sanitaire.

## VIII.2. Importance de la volonté politique pour garantir un accès universel aux services de santé

Le cas de l'Ouganda montre l'importance de la volonté politique pour garantir un meilleur accès aux services de santé de base. Le Président de l'Ouganda s'est impliqué personnellement dans la lutte contre le VIH/sida, en particulier dans les campagnes de prévention et de traitement de la maladie lancées en partenariat avec des acteurs provenant de divers secteurs de la société tels que des organisations non gouvernementales (ONG) locales, plusieurs groupes communautaires et des personnes vivant avec le VIH/sida. La participation du Président à la campagne de sensibilisation intitulée « *Abstinence, fidélité et préservatif* » a permis de renforcer la crédibilité de la lutte contre l'épidémie et d'attirer l'attention de l'opinion sur l'ampleur du problème et la nécessité, comme l'on dit souvent, de briser le silence. La mise en place d'un système social et innovant a également permis de distribuer plus d'un million de préservatifs, faisant passer leur utilisation de 7% dans tout le pays à 85% dans les zones urbaines en dix ans. Un kit de traitement individuel des maladies sexuellement transmissibles (MST) est aussi disponible en vente directe à un prix subventionné. Par ses actions et

---

<sup>99</sup> Osewe 2006.

l'introduction, en 1997, de la journée de dépistage volontaire et de conseils, le gouvernement a montré sa volonté de mettre en place des systèmes d'organisation et de gestion de la santé et d'élaborer un cadre législatif et réglementaire pertinent dans ce domaine. Des programmes de soins de santé primaire ont été développés et l'accès aux services amélioré par le biais de la construction et de la restauration de centres de santé. Les financements ont été affectés à des interventions ciblées et utilisés pour augmenter le taux de couverture vaccinale, la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide et de médicaments contre le paludisme. Des actions ont également été entreprises pour sensibiliser les groupes vulnérables aux risques liés aux VIH et à la nécessité d'utiliser des préservatifs. Par ailleurs, le gouvernement a mis sur pied, au niveau national et dans les districts, des mécanismes de coordination qui sont évalués quatre fois par an par les donateurs et les organisations de la société civile.

La volonté politique est un élément moteur dans de nombreuses réformes ; par exemple, si un gouvernement veut augmenter la capacité des instituts de formation et pallier le déficit provoqué par les migrations de personnel en formant plus de médecins, d'infirmiers et d'autres professionnels de la santé, il doit prendre toutes les mesures qui s'imposent. Dans le cas qui nous concerne, il faudrait maintenir les conditions d'emploi des enseignants universitaires et autres formateurs travaillant dans le secteur de la santé afin de disposer en permanence d'un groupe de professionnels sur lequel on peut compter pour enseigner les cours de base aux étudiants. L'allocation d'un budget prioritaire aux enseignants et professeurs constituerait une décision importante à cet égard. Cette politique s'accompagne d'autres mesures telles que la mise à disposition de logements étudiants, de bourses, de structures médicales et autres. Au Malawi, les effectifs des écoles d'infirmiers sont très faibles chaque année « du fait du manque de logement, de place dans les salles de classe et de formateurs, de la mauvaise qualité de la formation et des manuels et de la faiblesse des financements ».<sup>100</sup> De même, des pays comme le Cap Vert ne peuvent accepter un nouveau groupe d'infirmiers que chaque quelques années, par exemple, en 2004, c'était tous les trois ans. Au Swaziland, le pourcentage de diplômés est plus faible que le taux de migration.<sup>101</sup> L'augmentation des budgets consacrés à ces structures contribue à garantir un accès universel aux services de base dans la mesure où ils permettent d'augmenter le nombre de professionnels de la santé disponibles sur le territoire. Il est clair, toutefois, que rien ne peut se faire sans une sérieuse volonté politique.

Une direction politique et des engagements forts, qui n'excluent pas une certaine flexibilité en matière budgétaire, sont également nécessaires. Il n'est pas rare que, du fait des pressions pour réduire les dépenses budgétaires et des priorités concurrentes, de nombreux secteurs importants tels que la santé ont souffert soit du manque de matériel, notamment des gants de protection, d'équipements de base et de médicaments soit du niveau trop bas des salaires. Face à cette situation, de nombreux professionnels de la santé tirent parti de la moindre opportunité pour émigrer. « Des espaces budgétaires » doivent être créés pour faire en sorte que les emplois dans le secteur public soit non seulement disponibles, mais également attractifs étant donné que c'est dans ce secteur que la demande est la plus forte et que l'équité est la mieux respectée. Cette augmentation permettrait de favoriser un climat positif, de renforcer la motivation du personnel et d'améliorer les structures de gestion et de gouvernance. « La mise en place d'un système de santé efficace résulte tout simplement « de bonnes performances économiques, d'une situation politique stable et d'un environnement de travail non conflictuel »<sup>102</sup>, lesquels s'accompagnent d'un engagement politique fort.

---

<sup>100</sup> Muula et al. 2003.

<sup>101</sup> Kober & Van Damme 2006.

<sup>102</sup> Ibid.

### **VIII.3. Rôle du secteur privé: Le cas du Botswana et du Kenya**

Le Botswana est riche en ressources minérales, mais il affiche actuellement le taux de prévalence du VIH le plus élevé au monde. On estime que près de 40 % de la population adulte sont séropositifs. En mai 2001, Debswana, une coentreprise spécialisée dans l'extraction de diamants, a accepté de financer à hauteur de 90 % le traitement antirétroviral de ses employés séropositifs. Debswana étant le premier employeur du pays, il est à espérer que d'autres entreprises socialement responsables décident de suivre son modèle. Ces initiatives bénéficient du soutien total du gouvernement qui a élaboré une politique visant à fournir gratuitement des traitements antirétroviraux à toutes les personnes atteintes du sida dans les hôpitaux publics.<sup>103</sup> Ensemble, la fondation Bill et Melinda Gates et la société Merck ont investi 100 millions de dollars dans un programme quinquennal dont l'objectif est d'aider le gouvernement, en prenant comme base la politique susmentionnée et en y intégrant de nouveaux programmes. Le but général est de renforcer la lutte contre le VIH sida, tant en ce qui concerne la prévention que le traitement. Le gouvernement collabore aussi avec un certain nombre de partenaires privés, notamment le Harvard AIDS Institute, qui dispense des cours de formation aux fournisseurs de soins de santé, Mac Kinsey, qui participe à la distribution de médicaments, Merck, qui a fait don des médicaments antirétroviraux utilisés dans le cadre du programme quinquennal, Boehringer-Ingelheim, qui a fait don de nevirapine pour lutter contre la transmission du VIH de la mère à l'enfant et Pfizer, qui a fait don de Diflucan.

Des partenariats peuvent être noués entre le secteur privé et les gouvernements afin de garantir un accès universel aux soins. Au Kenya, l'African Medical and Research Foundation (AMREF), en collaboration avec l'entreprise pharmaceutique GlaxoSmithKline, a mené à bien un programme visant à promouvoir l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticides et à développer une industrie locale génératrice de revenus. Dans le cadre de ce projet innovant, des communautés ont appris à coudre et à vendre des moustiquaires. Une vaste campagne de promotion de la santé, financée par GlaxoSmithKline, a permis de bien démarrer les ventes; plus de 5200 moustiquaires ont été produites sur une période de quatre ans. Le taux de couverture des communautés locales, dont le nombre s'élève à 75 000 personnes, est passé de 14 % à 20 %. L'AMREF a également collaboré avec les autorités et entreprises locales et le ministère de la Santé dans le cadre du lancement du projet de lutte contre le paludisme dans les régions côtières et occidentales du Kenya (Employer-Based Malaria Control in Coastal and Western Regions of Kenya). Les activités de promotion se sont révélées efficaces, les premières demandes de moustiquaires étant largement supérieures à l'offre. Le Kenya a également élaboré des méthodes efficaces de distribution de médicaments. Des achats en vrac sont effectués par le biais d'une agence locale d'achat et de distribution, ce qui a permis une économie de 40 % sur les dépenses annuelles de médicaments. Des mécanismes de coopération régionale ont également été mis sur pied. Ces mécanismes ont prouvé leur efficacité dans certaines parties du monde, notamment dans les Caraïbes orientales, où le Service des médicaments, qui représentent six pays, est parvenu à réduire de 44 % en moyenne le prix des 25 médicaments les plus vendus dans la région.<sup>104</sup>

Afin de favoriser la collaboration avec les entreprises du secteur public, les gouvernements qui ont les moyens de le faire et qui sont prêts à fournir, avec un minimum de contributions publiques, certains services de santé prédéfinis, peuvent accorder des subventions à ces dernières, sous la forme de contributions financières directes ou de rabais d'impôts.

À côté des acteurs traditionnels de la coopération au développement, des multinationales peuvent être sollicitées pour fournir des financements, une assistance technique et des médicaments gratuits (Bill and Melinda Gates Foundation, Merck, Pfizer, etc).<sup>105</sup> Cette assistance technique peut

---

<sup>103</sup> Pour plus d'informations : <http://www.who.int>.

<sup>104</sup> Pour plus d'informations, voir Sanders et al. 2005.

<sup>105</sup> Ibid.

s'étendre à l'élaboration de réformes sectorielles visant à résoudre les problèmes de gestion, de financement et de liens avec le secteur privé afin de renforcer l'efficacité et la qualité des soins de santé. Les programmes d'assistance peuvent également aider les gouvernements à jouer un rôle régulateur, par le biais notamment de la création d'organes chargés de surveiller la mise en œuvre des diverses politiques visant à garantir un accès universel aux services de santé. De fait, lorsqu'on regarde la résolution adoptée par l'assemblée de l'OMS en mai 2005 sur *le financement durable de la santé, la couverture universelle et les systèmes de sécurité sociale*, il est clair que le rôle des fournisseurs privés est reconnu, en particulier dans le financement de la santé, les États étant invités à tirer parti des possibilités de coopération, tout en conservant un rôle de surveillance.<sup>106</sup>

#### **VIII.4. Nécessité pour les gouvernements de s'impliquer davantage dans les efforts visant à structurer les mouvements de professionnels de la santé**

La demande de professionnels de la santé dans les pays développés est satisfaite principalement par des mouvements de professionnels qualifiés bénéficiant de contrats individuels. Il serait bon que les gouvernements examinent des mécanismes plus structurés dans lesquels les départements compétents pourraient être impliqués. En effet, une fois que le gouvernement est impliqué dans ce type de processus, il est plus facile pour lui de coordonner les questions qui répondent à ses objectifs de développement national, en particulier ceux qui sont liés à la fourniture d'un accès universel aux soins de santé. Il peut, par exemple, être appelé à identifier les opportunités de négociations sur l'élaboration d'un texte contractuel, soigneusement rédigé pour inclure des dispositions qui consacrent le caractère temporaire des mouvements de professionnels, l'obtention des permis requis et le retour dans leur pays d'origine des professionnels de santé. La prudence et le niveau de planification qui seraient nécessaires pour mettre en œuvre ce processus permettraient de donner une idée plus précise du nombre de personnes qui émigrent, une situation favorisant l'élaboration de la part du gouvernement, de politiques complémentaires garantissant que le pays dispose d'un nombre suffisant de personnels de santé malgré le départ à l'étranger de nombreux fournisseurs de services. Cela entraînera la décision politique immédiate de former plus de professionnels de la santé et de rendre les sujets scientifiques intéressants (revoir la discussion sur le rôle de la volonté politique). Le gouvernement peut vouloir s'impliquer davantage par le biais d'accords bilatéraux de coopération conclus avec divers marchés clés spécifiquement dans le domaine de la fourniture de services de santé. La coopération, notamment avec l'Organisation internationale pour les migrations (OIM), est également importante, en particulier lors de la phase d'élaboration de politiques gouvernementales sur le caractère temporaire des mouvements de professionnels et pour gérer les situations dans lesquelles on est passé de mouvements temporaires à d'autres types de mouvements.

#### **VIII.5. Utiliser les flexibilités de l'AGCS**

Si les gouvernements choisissent de favoriser une présence étrangère dans le secteur de la santé, il est important qu'ils se souviennent que les flexibilités offertes par l'AGCS peuvent les aider à atteindre leurs objectifs de politique publique tels que l'accès universel aux services de santé de base. Ils peuvent utiliser la flexibilité offerte par les listes d'engagements, en choisissant les modes et sous-secteurs des services de la santé dans lesquels ils souhaitent prendre des engagements multilatéraux en fonction des avantages potentiels qu'ils pourront en retirer sur la base des évaluations nationales qu'ils auront effectuées. Les gouvernements peuvent également imposer aux fournisseurs de services étrangers des obligations de service universel. Ainsi, **lorsqu'un** pays choisi de prendre des engagements dans le secteur de la santé, possibilité lui est donnée, en vertu des flexibilités prévues dans l'Article XIX : 2 de l'AGCS, de soumettre l'établissement d'une présence commerciale (mode 3)

---

<sup>106</sup> WHA 58.33 Disponible en ligne: <http://www.who.int>

aux conditions suivantes, qui sont toutes considérées comme légitimes et conformes à l'esprit de l'Accord. Il est nécessaire qu'elles soient inscrites directement dans la liste des engagements du pays, soit comme condition d'accès au marché, soit comme condition concernant le traitement national (en fonction de ce qui convient le mieux), étant clairement spécifié que ces conditions sont celles qui doivent être remplies par les fournisseurs de services étrangers souhaitant accéder au marché du pays Membre.

- a) montant minimal de capital dont doivent disposer les fournisseurs étrangers, de préférence en insistant sur les établissements relativement importants (en termes financiers) qui peuvent supporter la charge supplémentaire liée à la mise en œuvre des obligations de service universel;
- b) limitations du nombre (minimum ou maximum, selon que le pays s'est fixé pour objectif de pallier une pénurie de personnel ou créer des emplois) de professionnels de santé étrangers qui peuvent être autorisés à travailler dans ces établissements ;
- c) nombre minimum de travailleurs locaux qui doivent être employés dans ces établissements;
- d) impossibilité pour ces structures de santé privée de bénéficier de subventions du gouvernement ;
- e) obligation pour *tous* les fournisseurs de services de santé exerçant à un certain niveau, notamment les médecins, qui travaillent dans des structures privées appartenant à des étrangers de consacrer un nombre minimum d'heures par semaine aux hôpitaux publics et dispensaires ;
- f) obligation pour toutes les structures de santé appartenant à des étrangers de disposer d'un nombre minimum de lits réservés à des traitements gratuits destinés aux nécessiteux ;
- g) obligation d'offrir des consultations et des médicaments gratuits aux patients souffrant de maladies transmissibles et contagieuses ;
- h) obligation de dispenser des soins de santé de base dans les zones rurales reculées (une autre possibilité consiste à réserver l'octroi de licences aux structures de santé qui acceptent de s'installer en dehors des zones urbaines) ;
- i) obligation de former les professionnels locaux de la santé, en vue de favoriser l'évolution de carrière;
- j) fixer des plafonds de prix et vérifier que les soins de santé restent abordables.

En prenant ces engagements, les pays Membres peuvent envisager la possibilité de décaler leur *entrée en vigueur* (autrement dit le moment où ils deviennent juridiquement contraignants et exécutoires dans le cadre du mécanisme de règlement des différends) à une date ultérieure où ils auront atteint une capacité réglementaire suffisante pour garantir la mise en œuvre des options de politique mentionnées ci-dessus vis-à-vis des pays bénéficiaires des engagements. Le détail des niveaux souhaités et du calendrier devra figurer dans la liste d'engagements.

L'introduction maîtrisée et encadrée d'une présence étrangère dans le secteur hospitalier, à laquelle des obligations de service universel clairement définies ont été imposées, comporte des avantages pour les systèmes nationaux de santé dans la mesure où elle génère des ressources nationales supplémentaires (médecins étrangers) et des devises étrangères qui sont réinjectées dans le système. Il est possible de résorber le manque de main-d'œuvre et de ressources financières, en particulier dans les services de santé spécialisés, et de générer des ressources supplémentaires pour améliorer les structures et les technologies.

Les pays africains et d'autres pays en développement peuvent s'appuyer sur les engagements existants, en particulier ceux relevant du mode 2 (consommation à l'étranger) pour améliorer les structures existantes et créer des structures de niche susceptibles d'attirer les consommateurs étrangers de services de santé. La croissance économique et les développements dans le domaine de la communication et des technologies de l'information ont créé de nouveaux segments de consommateurs au sein de la population qui sont non seulement capables de comparer l'offre qui leur est proposée avec celle des autres pays, mais aussi d'agir en conséquence et de se rendre là où les nouveaux services sont disponibles. Un nouveau marché est en train de naître s'agissant de la consommation à l'étranger de services de santé. Certains pays se sont d'ores et déjà engouffrés dans cette voie, à l'exemple de l'Afrique du Sud pour certaines opérations chirurgicales et de l'Ouganda pour le traitement des maladies infectieuses telles que le VIH/sida. Le montant des devises étrangères (monnaie internationale) générées par ces consommateurs peut être réinvesti dans la création de structures médicales dans les zones rurales et les parties les plus reculées de ces pays. Dans ce contexte, il est essentiel que la question récurrente de la non-portabilité des assurances médicales soit intégrée dans les négociations sur l'AGCS. Ces pays peuvent également tirer parti des convergences indirectes qui existent entre ce secteur et d'autres secteurs, par le biais notamment du tourisme de santé. Des questions se posent sur la possible création d'un système de santé à deux vitesses, au détriment des plus pauvres. Cette situation peut parfaitement être évitée si des mécanismes adéquats de planification, de réglementation et de supervision de la part des gouvernements sont mis en place.

#### VIII.6. Tirer parti du résultat des négociations sur l'AGCS

La situation devient problématique pour les pays africains et les autres pays en développement lorsque les fournisseurs de services de santé décident d'émigrer *définitivement*. La nature temporaire du mode 4 prévu par l'AGCS peut constituer une partie de la solution, en favorisant un mouvement cyclique qui s'appuie sur la circulation des compétences et non pas sur la fuite des cerveaux.<sup>107</sup> La manière dont le mode 4 est structuré peut favoriser l'acquisition, dans les pays développés, de nouvelles compétences, qualifications professionnelles et techniques de gestion, mais aussi les transferts de technologies et la circulation des compétences liés à la mondialisation de l'économie. Une fois de retour, les professionnels de la santé constituent une ressource précieuse pour le système de santé de leur pays car ils apportent avec eux des compétences nouvelles et utiles. L'émergence de communautés transnationales qui font le lien entre la diaspora et les communautés locales, stimulant l'investissement et l'esprit d'entreprise, joue également un rôle important. Les sommes d'argent qui reviennent dans le pays d'origine sous formes d'envois sont parmi les moyens susceptibles d'améliorer les ressources privées, lesquelles peuvent être utilisées pour favoriser l'accès aux soins et les investissements. C'est probablement pour ces raisons que les pays en développement cherchent à négocier des engagements ambitieux dans le cadre des négociations du Cycle de Doha sur l'AGCS.<sup>108</sup>

Il convient également d'explorer la question des Accords de reconnaissance mutuelle (ARM) afin de lever les barrières empêchant les fournisseurs de services des pays en développement d'accéder aux marchés européens, nord-américains et d'autres marchés clés. Les ARM sont des accords bilatéraux par nature, un trait reconnu par l'AGCS lui-même qui, dans son Article VII, oblige les États à informer les autres membres de leur intention d'engager des négociations visant à établir des ARM. L'Article les invite également à ménager aux autres Membres intéressés une possibilité adéquate de négocier leur accession à cet accord. Parmi les exemples d'ARM figurent l'accord conclu entre l'Australie et la Chine sur la reconnaissance des titres universitaires. Cet accord vise à faciliter la

<sup>107</sup> Voir Khadria 2002, Saxenian 2002, Bach 2003. Voir également l'Article 1 de l'AGCS et l'Annexe sur le mouvement des personnes physiques pour plus de détails sur les services couverts par le mode 4 dans le cadre de l'AGCS.

<sup>108</sup> IDRC, Privatization, Liberalization and GATS, [http://www.idrc.ca/en/ev-67858-201-1-DO\\_TOPIC.html](http://www.idrc.ca/en/ev-67858-201-1-DO_TOPIC.html).

reconnaissance de diplômes supérieurs et à aider les étudiants à poursuivre leurs études dans le pays cocontractant. Les ministères des pays concernés sont tenus de désigner les organes chargés de donner cette information et de formuler des recommandations concrètes et conformes aux règles et pratiques en vigueur. Un autre exemple nous est fourni par le Protocole d'accord conclu entre le Royaume-Uni et l'Afrique du Sud concernant un programme d'échanges éducatifs sur les concepts et le personnel médical qui, bien que n'étant pas un ARM au sens strict du terme, se veut un accord mutuel sur le recrutement au Royaume-Uni de personnel de santé afin d'échanger des informations sur les règles et règlements professionnels, la planification et le perfectionnement de la main-d'œuvre et de faciliter l'accès aux universités et écoles destinées à la formation des professionnels de santé dans les deux pays. Sur ce point, les pays en développement doivent utiliser les négociations de l'AGCS pour engager des discussions plus approfondies sur les moyens permettant de résoudre la question de la non-reconnaissance des qualifications, probablement sous les auspices du groupe de travail sur la réglementation intérieure. En outre, il est essentiel que les pays en développement se concertent et participent aux négociations sur les ARM lorsque l'OMC en aura reçu notification.

### VIII.7. La nécessité de politiques parallèles

Tout en cherchant à obtenir des engagements plus importants concernant le mode 4, les pays en développement doivent, par le biais d'accords bilatéraux, élaborer des politiques nationales garantissant le retour des professionnels de la santé afin de tirer parti des avantages liés au séjour temporaire envisagés dans le mode 4. Le but de ces politiques est de mettre sur pied des programmes favorisant la réintégration des fournisseurs de services de santé à leur retour. Elles comprennent des mesures incitatives sur le plan social et réglementaire. On en trouve un exemple en Argentine, où une Commission nationale pour les retours des Argentins vivant à l'étranger (National Commission for the Return of Argentines Living Abroad) a été créée en 1994. Elle fournit des mesures d'assistance couvrant les frais de déménagement et d'établissement des candidats au retour, ainsi que les frais de voyage de leur famille.

Le Programme de retour et de réintégration de personnel africain qualifié fournit un autre exemple de programme qui  *vise à développer l'économie d'un pays en identifiant les personnes qui sont hautement qualifiées et expérimentées afin de les aider à rentrer dans leur pays ou à trouver un emploi dans tous les pays qui pourraient bénéficier de leurs compétences*. Le Programme est utilisé par 11 pays africains parmi lesquels l'Angola, le Cap Vert, l'Éthiopie, le Ghana, la Guinée Bissau, le Kenya, le Mozambique, la Sierra Leone, l'Ouganda, la Zambie et le Zimbabwe. Tous les pays de l'Afrique subsaharienne, à l'exception de l'Afrique du Sud, sont considérés comme des pays non-cibles, mais ils peuvent néanmoins bénéficier d'une aide.

Le Programme identifie les secteurs qui doivent être renforcés en priorité en termes d'emplois, recherche les postes à pourvoir en collaboration avec les entreprises publiques, les entreprises privées et l'administration, identifie et sélectionne (recrute) les candidats répondant aux profils demandés. Il propose également aux fonctionnaires des principaux pays cibles des formations sur le recrutement, le placement, les activités de suivi et les processus de réintégration.<sup>109</sup> Les bénéficiaires du Programme doivent être ressortissants d'un pays africain et avoir des compétences dans un secteur considéré comme prioritaire dans le pays receveur. Les mesures d'assistance couvrent notamment les billets de retour, le transport des effets personnels, l'acquisition d'équipement professionnel, les frais d'installation. Des prêts à faible taux d'intérêts sont également offerts pour faciliter le démarrage d'une activité. On estime qu'entre 1983 et 1999, le Programme a favorisé une moyenne de 100 retours par an.

Certains pays en développement disposant de ressources supérieures aux pays de l'Afrique subsaharienne, notamment la Corée, ont tenté de recruter des professionnels plus âgés et des

---

<sup>109</sup> See [www.iom.int](http://www.iom.int).

universitaires en proposant des salaires très compétitifs au niveau international, de meilleures conditions de travail, des aides pour la garde des enfants et le logement, ainsi qu'un statut de professeur invité pour ceux qui n'étaient pas sûr de rester définitivement. Selon le rapport 2001 du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), la Corée affichait un taux de retour de 60% dans les années 1980.

Les pays en développement doivent également veiller à mettre en place des politiques complémentaires au niveau national afin de faire en sorte que les *pays potentiellement intéressés par le mode 4* contribuent aux objectifs visant à garantir un accès universel aux services de santé. Ces mesures doivent être prises sur le territoire national. L'inclusion des professionnels de la santé fournissant des services de santé sur le territoire national dans les discussions sur le mode 4, malgré le caractère national des activités exercées, tient au fait qu'il serait plus facile pour les fournisseurs de services de santé d'être liés par des contrats à l'étranger en l'absence de politiques complémentaires ou, de façon subsidiaire, que ces politiques permettent de rendre la situation nationale plus attractive, réduisant la probabilité que les fournisseurs de services de santé aillent chercher des contrats à l'étrangers ou les acceptent. L'objectif serait pour ces pays de créer un environnement incitant les fournisseurs de services de santé à rester ou des règles régissant la pratique de la profession médicale qui garantissent un avantage à l'État, au moins dans la période suivant immédiatement la formation. Les options que les pays Membres peuvent envisager incluent, entre autres:

- a. Imposer des obligations aux fournisseurs de services de santé qui ont bénéficié de subventions de l'État au cours de leur formation de dispenser des soins de santé dans le secteur public pendant un certain nombre d'années avant d'intégrer le secteur privé ou d'accepter un contrat à l'étranger. Lorsque la Thaïlande a été confrontée à un vaste exode de ses professionnels de la santé, elle a choisi de demander à ses étudiants qu'ils signent des contrats avec les universités publiques dans lesquels ils s'engageaient à rester pendant au moins trois ans dans le secteur public après l'obtention de leur diplôme. Au moins deux tiers des nouveaux diplômés ayant signé un contrat ont été affectés dans les hôpitaux des districts ruraux. Il est à noter qu'à cette époque, les établissements de santé présents dans les districts ruraux s'étaient beaucoup améliorés. Selon les estimations effectuées en l'an 2000, les jeunes diplômés étaient présents dans plus de 90% de l'ensemble des districts ruraux, qui étaient tous dotés d'installations modernes et de personnel qualifié.<sup>110</sup>
- b. Les politiques directes visent à améliorer la fourniture des services, notamment par le biais du renforcement des procédures de recrutement dans les zones rurales et du placement des fournisseurs de services dans leur ville d'origine, qui est souvent située en dehors des zones urbaines. Cette mesure est fréquemment considérée comme attrayante. Elle offre également des pistes pour traiter la question de la fuite des compétences au niveau national. Il serait important que les personnes recrutées dans les zones rurales bénéficient d'avantages supplémentaires tels que des indemnités exceptionnelles, des aides au logement, au transport, des bourses pour leurs enfants et autres indemnités pour charge de famille de manière à ce qu'ils puissent vivre plus confortablement.
- c. Les formations spécialisées sur place sont également citées comme une mesure incitative permettant aux médecins d'acquérir des compétences spécialisées à l'intérieur du pays, et de recevoir le certificat correspondant. Cela peut permettre d'encourager certains professionnels de la santé à rester dans le pays où ils pourraient non seulement acquérir les compétences qui, auparavant, n'étaient disponibles qu'à l'étranger, mais aussi de recevoir le certificat et la reconnaissance qui s'y attachent. Le caractère spécialisé de ces compétences représente également un attrait dans la mesure où elles ne sont pas courantes au niveau national. Ces mesures, couplées aux indemnités exceptionnelles et de réinstallation versées aux professionnels vivant dans les zones rurales, ont eu un certains succès dans plusieurs

---

<sup>110</sup> Voir Suwat Wibulpolprasert, International trade and migration of health care workers: Thailand's experience.

pays. Des politiques offrant la reconnaissance, des promotions régulières et les avantages qui en découlent, en particulier à ceux qui travaillent dans les zones rurales, pourraient également s'avérer utiles.

- d. Octroi de prêts à faibles taux d'intérêt aux nationaux souhaitant établir des structures de santé dans les zones rurales.
- e. Les incitations financières telles que des salaires compétitifs pour les professionnels de la santé, des bonus, une pension de retraite, une assurance médicale, des indemnités, des bourses de recherche, des prêts et des bourses d'études, sont également efficaces.

Toutefois, les budgets des pays de l'Afrique subsaharienne, dont beaucoup dépendent des financements de donateurs, n'autorisent pas facilement des augmentations de salaires. Quand bien même, elles seraient possibles, son montant resterait relativement faible par rapport au salaire auquel les professionnels de la santé peuvent prétendre dans les pays développés. Même le doublement les salaires locaux n'a pas permis de réduire la migration du fait de l'écart considérable qui existe entre les salaires des pays développés et ceux des pays en développement.<sup>111</sup> C'est pourquoi, il est important que les gouvernements envisagent des mesures incitatives non pécuniaires telles que :

- a) le renforcement de l'autonomie de travail ;
- b) un encouragement à l'évolution professionnelle, par le biais de formations à l'étranger ;
- c) l'acquisition des outils et matériels pratiques nécessaires pour dispenser les soins au quotidien, notamment des gants, du coton et du matériel chirurgical;
- d) l'adaptation des horaires et équipes de travail (pour les infirmiers) ;
- e) des mesures visant à réduire la violence sur le lieu de travail ; et
- f) un encadrement ouvert.

Une étude a montré que l'adoption de mesures concernant l'évolution professionnelle et la promotion au mérite avaient permis de réduire le nombre de professionnels de santé quittant le Zimbabwe dans les années 1990.<sup>112</sup> Les avantages non sectoriels sont parmi les autres mesures incitatives non pécuniaires ayant rencontré un certain succès. Dans les Caraïbes, certains États ont offert aux professionnels de la santé la possibilité d'obtenir des prêts à des taux exceptionnels ou sans apport afin de financer leur logement et leur voiture. Au Ghana, les professionnels bénéficient de meilleurs soins de jour pour leurs enfants !<sup>113</sup>

Les pays receveurs ont également un rôle à jouer. Du fait de budgets restreints, les pays de l'Afrique subsaharienne présentent une attractivité limitée. Dans ce contexte, les codes de bonnes pratiques pour le recrutement prennent toute leur importance, en permettant aux pays receveurs de limiter le recrutement de professionnels de la santé provenant de cette région. Les mesures entourant le retour de ces professionnels de santé reposent sur une bonne coopération entre les pays exportateurs et les pays receveurs. Elles ne prendraient effet que si les gouvernements étaient impliqués dans le processus de décision par le biais de leurs départements du travail et d'autres départements compétents. Elles comprennent notamment:

---

<sup>111</sup> VuJicic et al. 2004.

<sup>112</sup> Ibid.

<sup>113</sup> Ibid.

- a) des Accords conclus avec les pays receveurs stipulant qu'un montant substantiel des salaires doit être versé sur le compte du fournisseur de service dans le pays exportateur ;
- b) l'obligation de faire des dépôts bancaires en argent avant le départ ;
- c) la mise en place de programmes de retour attractifs tels que l'octroi de prêts à faible taux d'intérêt et des exonérations fiscales.

La mise en place de programmes de formation qui donnent aux professionnels de la santé une chance de renforcer leurs compétences à l'étranger, de gagner un peu d'argent et, ensuite, de rentrer chez eux, est également possible. On en trouve un exemple avec le Projet Healthcare Ghana- Pays-Bas dirigé par l'OIM qui a pour buts de favoriser l'acquisition de connaissances, de compétences et d'expériences par le biais de missions et de stages pratiques de courte durée effectués aux Pays-Bas par des médecins résidents et spécialistes ghanéens, et de mettre sur pied au Ghana un centre de maintenance pour les équipements médicaux.

### **VIII.8. Le rôle de la réglementation**

Les politiques d'interventions mentionnées ci-dessus ne peuvent fonctionner en l'absence de réglementation adéquate visant à intégrer dans les politiques gouvernementales directement ou indirectement concernées la nécessité de garantir un accès universel aux services de santé de base. Aucun des avantages envisagés concernant le mode 4 en termes de respect des obligations de service universel ne peut se matérialiser en l'absence de réglementations applicables au secteur de la santé. Ces réglementations doivent insister sur le caractère temporaire des mouvements de personnel prévus dans les divers accords dans lesquels le gouvernement est partie, et vérifier au quotidien la manière dont les structures de santé nationales ou celles appartenant à des étrangers respectent l'obligation de service universel inscrite dans leurs licences de fonctionnement. Elles comprennent, sans s'y limiter, des lois, règles et mesures visant à instaurer des institutions de réglementation indépendantes et former des personnes compétentes pour les diriger. À cet égard, les programmes d'échange et de formation sur les méthodes les plus efficaces et les moyens permettant d'adapter les scénarios de réussite aux situations locales sont intéressants. Il est important pour les gouvernements de renforcer la collaboration entre les ministères de la santé et les organes indépendants de réglementation afin de garantir que les opérateurs de services de santé respectent les obligations de service universel auxquels ils sont soumis dans le cadre de leurs licences. La coordination interministérielle est indispensable pour faire en sorte que: le ministère de la santé soit le principal fournisseur de services de santé, le ministère du commerce soit le principal négociateur dans le cadre des accords de commerce, que le ministère de la planification économique soit responsable des plans de développement nationaux, que le ministère de l'éducation représente les personnes qui élaborent les plans d'études et que le ministère des finances tienne les cordons de la bourse et qu'il en soit de même pour tous les autres ministères.

Il n'y a rien dans l'AGCS qui empêche un pays d'adopter des mesures réglementaires dans l'intérêt public. Au contraire, le droit reconnu aux États par le préambule de l'Accord de réglementer et d'introduire de nouvelles réglementations pour réaliser les objectifs de politique nationale, est considéré comme intangible. En tant que telles, les obligations de service universel, qu'elles soient imposées comme une condition d'accès à un marché national dans le cadre de la mise en œuvre de l'AGCS, d'octroi de licence au niveau national ou de toute autre objectif dans la poursuite de stratégies de développement national, notamment la fourniture d'un accès universel aux soins de santé de base, sont parfaitement acceptables.

## **IX. CONCLUSION**

Les gouvernements ont un rôle central à jouer pour garantir un accès universel aux services de santé de base. Réaliser cet objectif est un impératif. Pour y parvenir, ils peuvent s'imposer comme les seuls fournisseurs, laisser le soin au secteur privé de le faire en lui imposant des obligations de service universel soigneusement définies ou nouer des partenariats avec des fournisseurs de services privés, en gardant un rôle de supervision et de régulation. Si les gouvernements choisissent de favoriser une présence étrangère dans le secteur de la santé, ils peuvent utiliser les flexibilités offertes par l'AGCS pour structurer leurs engagements de manière à ce que ceux qui en bénéficient respectent certaines obligations de service universel. Rien ne les empêche également d'adopter des politiques susceptibles d'encourager les fournisseurs de services de santé de rester chez eux ou, pour ceux qui émigrent, d'y retourner. Quelle que soit l'option choisie, son obligation demeure concernant la fourniture de service de santé. Les engagements pris concernant le mode 4 et leur mise en œuvre ne doivent pas entrer en conflit avec l'obligation d'accès universel aux services de base. De fait, comme le suggère ce document, la solution réside en partie dans les engagements pris en matière d'accès aux marchés concernant le mode 4, en soulignant son caractère temporaire.

Aucune de ces options ne peut fonctionner seule. Aussi, convient-il d'envisager plusieurs options et de laisser à chaque pays le soin de décider ce qui est le mieux pour lui. Dans tous les cas, des mécanismes de régulation sont nécessaires pour faire en sorte qu'elles fonctionnent. Comme nous l'avons vu, chacune des propositions peut être étendue et détaillée car toutes présentent quelques difficultés sur le plan de la conception et de la mise en œuvre. Ce document de recherche ne vise pas à proposer des solutions, mais plutôt à apporter une contribution constructive au processus de réflexion sur les moyens permettant d'atténuer les effets du mouvement des professionnels de la santé sur les systèmes de santé nationaux. Il avait pour principal objectif de démystifier le lien négatif qui est souvent établi entre le mode 4 et les services de santé, et de lancer un début de discussion favorisant de nouvelles initiatives dans le cadre des négociations sur le mode 4, des initiatives qui pourraient être perçues comme un moyen d'alimenter plutôt que d'entraver la réflexion sur certaines questions, notamment l'accès universel aux soins de santé de base.

## X. ANNEXES

### ANNEXE A : Nombre de membres de l'OMC ayant pris des engagements a titre individuel en matière de services de santé, Juin 2003

|                            |               | Services médicaux et dentaires | Sages-femmes, infirmiers, etc. | Services hospitaliers | Autres services de santé humaine |
|----------------------------|---------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------|----------------------------------|
| TOTAL                      |               | 62                             | 34                             | 52                    | 22                               |
| <b>ACCÈS AU MARCHÉ</b>     |               |                                |                                |                       |                                  |
| Mode 1                     | Total         | 21 (-2)                        | 8 (-1)                         | 18                    | 11                               |
|                            | Partiel       | 12                             | 6                              | 1                     | 1                                |
|                            | Non consolidé | 29                             | 20                             | 35                    | 10                               |
| Mode 2                     | Total         | 35 (-3)                        | 12 (-1)                        | 44                    | 15                               |
|                            | Partiel       | 24                             | 21                             | 5                     | 5                                |
|                            | Non consolidé | 3                              | 1                              | 3                     | 2                                |
| Mode 3                     | Total         | 29 (-8)                        | 7 (-2)                         | 18 (-8)               | 12 (-5)                          |
|                            | Partiel       | 26                             | 25                             | 31                    | 9                                |
|                            | Non consolidé | 7                              | 2                              | 3                     | 1                                |
| Mode 4                     | Total         | 0                              | 0                              | 0                     | 0                                |
|                            | Partiel       | 56                             | 32                             | 48                    | 21                               |
|                            | Non consolidé | 6                              | 2                              | 4                     | 1                                |
| <b>TRAITEMENT NATIONAL</b> |               |                                |                                |                       |                                  |
| Mode 1                     | Total         | 24                             | 9                              | 21                    | 12                               |
|                            | Partiel       | 10                             | 6                              | 1                     | 1                                |
|                            | Non consolidé | 28                             | 19                             | 30                    | 9                                |
| Mode 2                     | Total         | 34                             | 12                             | 44                    | 15                               |
|                            | Partiel       | 23                             | 21                             | 5                     | 5                                |
|                            | Non consolidé | 5                              | 1                              | 3                     | 2                                |
| Mode 3                     | Total         | 19                             | 10                             | 33 (-24)              | 11 (-4)                          |
|                            | Partiel       | 37                             | 22                             | 15                    | 9                                |
|                            | Non consolidé | 6                              | 2                              | 4                     | 2                                |
| Mode 4                     | Total         | 3                              | 1                              | 3 (-1)                | 1                                |
|                            | Partiel       | 54                             | 31                             | 44                    | 19                               |
|                            | Non consolidé | 5                              | 2                              | 5                     | 2                                |

*Note: Les membres de l'UE sont comptabilisés individuellement. Réduction du nombre d'engagements totaux si les limitations horizontales, qui s'appliquent à tous les secteurs contenus dans la liste de chaque pays, sont pris en compte.*

Les engagements partiels en matière d'accès aux marchés comprennent les engagements souscrits avec l'une des six limitations énumérées dans l'Article XVI: 2 de l'AGCS et les engagements soumis à des limitations dans certains secteurs (par ex., exclusion des petits hôpitaux ou des structures du secteur public) ou zones géographiques sur le territoire du pays, ainsi que toute autre mesure énumérée dans la colonne correspondante (notamment les réglementations nationales susceptibles d'être couvertes par l'Article VI). De la même manière, les engagements partiels souscrits en matière de traitement national peuvent comprendre les cas d'inscription dans les listes ou mauvaise interprétation.

## ANNEXE B: Résumé des secteurs et sous-secteurs pour lesquels les PMA demandent des engagements

|  |
|--|
| <p><b>Services fournis aux entreprises: Services professionnels</b> ; services juridiques, services comptables, d’audit et de tenue de livres, services d’architecture, services d’ingénierie, services intégrés d’ingénierie, services d’aménagement urbain et d’architecture paysagère, services médicaux et dentaires, services des accoucheuses, infirmiers et physiothérapeutes et du personnel paramédical.</p>  |
| <p><b>Services informatiques et services connexes;</b> services de consultations en matière d’installation des matériels informatiques, services de réalisation de logiciels, services de base de données.</p>   |
| <p><b>Services de recherche-développement;</b> services de R&amp;D en sciences naturelles, services de R&amp;D en sciences sociales et sciences humaines, services fournis à la R&amp;D interdisciplinaire.</p>  |
| <p><b>Services immobiliers:</b> services immobiliers se rapportant à des biens propres ou loués, services immobiliers à forfait ou sous contrat.</p>   |
| <p><b>Autres services fournis aux entreprises:</b> services de publicité, services d’études de marché et de sondages, services de conseil en gestion, services d’essais et d’analyses techniques, services de conseil et de consultation annexes à l’agriculture, à la chasse et à la sylviculture, services de conseil et de consultation annexes à la pêche, services de conseil et de consultation annexes aux industries extractives, services annexes aux industries manufacturières, services annexes à la distribution d’énergie, services connexes de consultations scientifiques et techniques, services de maintenance et de réparation de matériel, services photographiques, services d’emballage, services d’impression et de publication, services de congrès.</p> |
| <p><b>Services de Communication :</b> services de poste, services de courrier, services de télécommunications et services audiovisuels.</p>  |
| <p>Construction et services d’ingénierie connexes, services concernant l’environnement.</p>  |
| <p><b>Services d’éducation</b></p>   |
| <p><b>Services financiers:</b> services d’assurance et relatifs à l’assurance, services bancaires et autres services financiers.</p>   |
| <p>Services de santé et services sociaux</p>   |
| <p><b>Services relatifs au tourisme et aux voyages :</b> services d’hôtellerie et de restauration (y compris les services de traiteur, services d’agences de voyages et d’organismes touristiques, services de guides touristiques.</p>  |
| <p><b>Services récréatifs, culturels et sportifs :</b> services de spectacles, services d’agences de presse, services des bibliothèques, archives, musées, et autres services culturels, services sportifs et autres services récréatifs.</p>  |
| <p><b>Services de transports :</b> services de transports maritimes et services de transports par les voies navigables intérieures</p>   |

## XI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 📖 Adlung, R. & Carzaniga, A. (2002). *Health Services Under the General Agreement on Trade in Services*, Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé.
- 📖 Adlung, R., *The GATS Negotiations: Implications for Health and Social Services*, *Intereconomics*, 5: 147-155, 2003.
- 📖 Adlung, R, *WTO and Trade in Health and Social services*, séminaire GASPP, Dubrovnik, 26-28 September 2002.
- 📖 Adlung, R, *Health services in a globalizing world*, *eurohealth*, Vol.8, No.3, été 2002.
- 📖 Adams, O. & Kinnon, C. (1998), "A Public Health Perspective", *International Trade in Health Services: A Development Perspective*, Genève.
- 📖 Adversario, S. (2003), "Nurses' exodus making health system sick", Interpress Service, <http://www.ipsnews.net>.
- 📖 Alubo, S. (1990), *Debt crisis, health and health services in Africa*, *Social Science & Medicine*.
- 📖 Awases, M. et al. (2004), *Migration of health professionals in six countries*, OMS, Comité régional pour l'Afrique, Brazzaville (2004).
- 📖 Bach, S. (2003), *International Migration of health workers: Labour and social issues*, OIT, Genève.
- 📖 Ball, R. (1990), *The process of international contract labour migration from the Philippines: The case of Filipino nurses*, Département de géographie, Université de Sydney, Sydney, Australie.
- 📖 Blouin, C, Drager, N, Smith R, *International trade in health services and the GATS, current issues and debates*, Banque mondiale, 2006.
- 📖 Buchan J. et al. (2004), *International nurse mobility: Trends and policy implications*, WHO, ICN and RCN, Genève (2004).
- 📖 Buchan, J. & Sochalski, J. (2004), *The migration of nurses: trends and policies*, Bulletin of World Health Organization 82 (8), WHO, Genève, Suisse.
- 📖 Bundred, P. & Levitt, C. (2000), *Medical migration: Who are the real losers?* in *The Lancet*, 2000, Vol. 356, pp. 245-246.
- 📖 Chanda, R., *Trade in health services*, in Bulletin of the World Health Organization, Vol. 80, No. 2.
- 📖 Chikanda, A. (2005), *Medical Leave: The Exodus of Health professionals from Zimbabwe*, Southern African Migration Project, Université de Toronto.
- 📖 Secrétariat du Commonwealth. (2004). *Code de pratique du Commonwealth pour le recrutement international des agents de santé*. Paragraphe 11, 2003.

- Connell, J. et al. (2007), *Sub-Saharan Africa: Beyond the Health Worker Migration Crisis?* Social Science & Medicine, Volume 64, Issue 9, Mai 2007, p. 1876-91.
- Connell J. & Stilwell, B. (2006), *Merchants of medical care: Recruiting agencies in the global health care chain*. In: C. Kuptsch, Editor, *Merchants of labour*, OIT, Genève.
- David P. et al. (1999), *How the World Trade Organization is shaping domestic policies in health care*, The Lancet 354 (27 novembre).
- Deininger, K. & Mpuga, P. (2004), *Economic and Welfare Effects of the Abolition of Health User Fees: Evidence from Uganda*, World Bank Policy Research Working Paper 3276.
- Delorey, A. (2006), *The feminization of health care migration*, Canadian Women's Health Network Magazine 8, (3/4).
- Département de la santé (2002), *Projected supply, demand, and shortages of registered nurses: 2000-2020*. <http://bhpr.hrsa.gov/healthworkforce/rnproject/report.htm>
- Diamond, D. (2002), "One nation, overseas", <http://www.wired.com/wired/archive/10.06/philippines-pr.html>
- Drager, N., & Vieira, C. (Eds.), (2002). *Trade in health services: global, regional and country perspectives*. Washington, DC: PAHO.
- Drager, N, Mc Clintock E, & Micheal Moffit, *Negotiating health development: A guide for practitioners*, OMS 2000.
- Dumont, J., & Meyer, J. (2004). *The international mobility of health professionals: An evaluation and analysis based on the case of South Africa*. In OCDE (Ed.), *Tendances des migrations internationales*. Paris: OCDE
- Dussault, G. & Franceschini, M. (2006), *Not enough there, too many here: Understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce*, Human Resources for Health 4 (12).
- Fan, S. & Rao, N. (2003), *Public spending in developing countries: trends, determination, and impact*, International Food Policy Research Institute, Washington, États-Unis.
- Findlay, A. (2002), *From brain exchange to brain gain: Policy implications for the UK of recent trends in skilled migration from developing countries*, International Migration Papers No. 43 (Genève, OIT).
- General Medical Council. (2004). *Personal communication*.
- Geray, A. M. et al. (1993), *Nursing in the European Labour Market: an Economic Perspective*, in C.E.M. Normand and P. Vaughan Editors, *Europe Without Frontiers*. John Wiley and Sons Ltd.
- Go, S. (2003), *Recent trends in migration movements and policies: The movement of Filipino professionals and managers*, in OECD: *Migration and the labour market in Asia*, Paris.
- Hagopian, A. et al. (2005), *The flight of physicians from West Africa: Views of African physicians and implications for policy*, Social Science & Medicine 61.
- Khadria, B. (2002), *Skilled labour migration from developing countries: Study of India*,

- International Migration Papers No. 49 (Genève, OIT).
- Kingma, M. (2001): *Nursing migration: Global treasure hunt or disaster in the making?* in *Nursing Inquiry*, 2001, Vol. 8, No. 4, pp. 205-212.
- Kingma, M. (2006), *Nurses on the move*, Cornell University Press, Migration and the Global Health Care Economy, Ithaca.
- Kober, K. & Van Damme, W. (2006), *Public sector nurses in Swaziland: can the downturn be reversed* *Human Resources for Health* (31 mai).
- Lee, K. & Koivusalo, M. (2005), *Trade and Health: Is the Health Community Ready for Action?*, PLOS Medicine, <http://medicine.plosjournals.org>
- Lee, K, Buse K and Fustukian S, *Health policy in a globalizing world*, Cambridge university press, 2002.
- Lethbridge, J. (2002), *Social dialogue in health services: Case studies in Brazil, Canada, Chile, United Kingdom*, Sectoral Activities Working Paper No. 189, OIT, Genève.
- Loff, B. & Gruskin, S. (2000), *Getting Serious about the Right to Health*, The Lancet, Volume 356, Issue 9239, 21 octobre, P. 1435.
- Luck, M. et al. (2000), *At the other end of the brain-drain: African nurses living in Lisbon*, *Studies in Health Service Organization and Policy* 16 (2000), pp. 157–169.
- Mackintosh, M. & Tibandebage, P. (2002), *Inclusion by design? Rethinking health care market regulation in the Tanzanian context*. *J Dev Stud* 39: 1-17.
- Martineau, T. et al. (2002), Briefing note on international migration of health professionals: *Leveling the playing field for developing country health systems*. <http://www.liv.ac.uk/lstm/hsrhome.html>.
- Mashayekhi, M. & Tuerk, E. (2003), *The WTO services Negotiations: Some Strategic Considerations*, Centre Sud, Genève.
- Mejia, A. et al. (1979) *Physician and nurse migration: Analysis and policy implications*, OMS, Genève.
- Mullan, F. (2005) *The metrics of the physician brain drain*, *New England Journal of Medicine* 353 (17), pp. 1810–1818.
- Muula, A. et al. (2003), *The ethics of developed nations recruiting nurses from developing countries: The case of Malawi*, *Nursing Ethics* 10.
- Muula A. & Maseko, F. (2006) *How are health professionals earning their living in Malawi?* *BMC Health Services Research* 6 (97).
- Nielson, Julia and Oliver Cattaneo (2004). “Current regimes for the temporary movement of service providers: Case studies of Australia and the United States.” In Mattoo and Carzinga “Moving people to deliver services”. Oxford University Press et Banque mondiale, Washington, D.C. (2004).
- OCDE (2003), *Tendances des migrations internationales: rapport annuel, édition 2002*, Paris.

- 📖 Ojo, K. (1990), *International migration of health manpower in sub-Saharan Africa*, *Social Science & Medicine* 31.
- 📖 Osewe, P. (2006), *Strengthening the Role of the Private Sector in Expanding Health Coverage in Africa*, Banque mondiale.
- 📖 Palmer, D. (2006), *Tackling Malawi's human resources crisis*, *Reproductive Health Matters* 14(27).
- 📖 Pang, T. et al. (2002), *Brain drain and health professionals*, *British Medical Journal* 324(7336).
- 📖 Pollock, A. M. & Price, D. (2000), *Rewriting the regulations: How the World Trade Organization could accelerate privatization in health-care systems*, *The Lancet* 356 (9 décembre).
- 📖 Pond, B. & McPake, B. (2006), *The health migration crisis: The role of four Organization for Economic Cooperation and Development countries*, *Lancet* 367.
- 📖 Rupa, C. (2001), *Trade in Health Services*, Working paper No. 70., Indian Council for Research on International Economic Relations.
- 📖 Sanders, D. M. et al. (2005), *Confronting Africa's health crisis: more of the same will not be enough*, IFPMA Clinical Trials Portal, <http://www.bmj.com/cgi/content/full/331/7519/755>  
<http://www.bmj.com/cgi/content/full/331/7519/755>
- 📖 Saxenian, A. (2002), *Brain circulation: How high-skill immigration makes everyone better off*, in *Brookings Review*, Vol. 20, No. 1, pp. 28-32.
- 📖 Sinclair, S & Grieshaber-Otto, J. (2002), *Facing the facts: a guide to the GATS debate*, CCPA, Canada.
- 📖 Sinclair, S. (2000), *GATS: How the World Trade Organisation's New 'Services' Negotiations Threaten Democracy*, Canadian Centre for Policy Alternatives, Ottawa.
- 📖 Sison, M. (2003), *Health system suffers brain drain*, <http://www.ipsnews.net/migration/stories/braindrain.html>.
- 📖 Stilwell, B. et al. (2004), *Developing evidence-based ethical policies on the migration of health workers: Conceptual and practical challenges* (Genève, OMS).
- 📖 Sumanta Chaudhuri, Aaditya Matto, Richard Self, *Moving people to deliver services: How can the WTO help?* World Bank Policy Research Working Paper 3238, March 2004.
- 📖 CNUCED (1997), *International Trade in health Services: Difficulties and Opportunities for Developing Countries*, background note.
- 📖 Venning, P. et al. (2000), *Randomized controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care*, *British Medical Journal* 320 (7241).
- 📖 Volqvartz, J. (2005), *The brain drain*, *The Guardian*, 11 mars.
- 📖 Vujicic, M. et al. (2004), *The role of wages in the migration of health care professionals from developing countries*, *Human Resources for Health* 2, (3).
- 📖 WHA 58.33 *Financement durable de la santé, couverture universelle et systèmes de sécurité sociale*.

- 📖 Wibulpolprasert, S. (1999), *Inequitable distribution of doctors: Can it be solved?* in Human Resources for Health Development Journal, Vol. 3, No. 1, pp. 2-22.
- 📖 Wickramasekara, P. (2003). *Policy responses to skilled migration: Retention, return and circulation*. Perspectives on Labour Migration No. 5E, OIT, Genève.
- 📖 Winkelmann-Gleed, A. (2006), *Migrant nurses. Motivation, integration and contribution*, Radcliffe, Oxford.
- 📖 Wiskow, C. (2005), *Management of international health worker migration: Instruments on ethical recruitment and other policy options*. Miméo non publié, Genève.
- 📖 Whitehead, M., et al. (2001), *Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap?* *Lancet* 358: 833-6.
- 📖 OMS (2002), *Trade in Health Services: Global, Regional and Country Perspectives*, Washington DC: Organisation panaméricaine de la santé, Programme de politique et de santé publique, Division de la santé et du développement humain.
- 📖 OMS & Banque mondiale (2002), *Building strategic partnerships in education and health in Africa: Report on the Addis-Ababa Consultative meeting*, [www.who.afro.who.int](http://www.who.afro.who.int).
- 📖 OMS (2003), *International nurse mobility: Trends and policy implications*, International Council of Churches, and Royal College of Nursing, Genève.
- 📖 OMS (2006), *Le Rapport sur la santé dans le monde 2006 – Travailler ensemble pour la santé*, OMS, Genève.
- 📖 OMC (2001), *L'accès aux marchés: une entreprise inachevée*, Dossiers spéciaux n°6, Genève.
- 📖 Xaba, J. & Phillips, G. (2001), *Understanding nurse recruitment: Final report* (Prétoria, DENOSA).
- 📖 Zewdie, D. (2005), *The HIV/AIDS Epidemic in Africa: Implications for Development*, Commission de la Population et du Développement des Nations Unies, New York.