



Les migrations internationales des personnels de santé

AMÉLIORER LA COOPÉRATION INTERNATIONALE POUR FAIRE FACE À LA CRISE MONDIALE

Quelles sont les grandes tendances dans les migrations internationales des personnels de santé ?

Quels sont les principaux moteurs de la mobilité internationale des médecins et des personnels infirmiers ?

Quel est l'impact des migrations sur les pays les moins développés ?

Comment les pays peuvent-ils réagir ?

Comment renforcer la coopération internationale ?

Pour en savoir plus

Références

Où nous contacter ?

Introduction

En 2006, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estimait à plus de 4.3 millions de travailleurs le déficit en personnels de santé au niveau mondial. Les pays à faibles revenus sont particulièrement durement touchés : parmi les 57 pays où la pénurie était jugée critique, 36 étaient des pays d'Afrique subsaharienne.

Les migrations internationales de médecins et de personnels infirmiers étant de plus en plus visibles, on impute souvent la responsabilité des pénuries au phénomène migratoire. D'où un débat dans lequel on oppose les aspects négatifs des migrations et les droits individuels des personnels de santé à quitter n'importe quel pays, y compris le leur. Dans ce contexte, les discussions sur les politiques à mener tournent souvent autour de l'idée de compensation. Les travaux réalisés conjointement par l'OCDE et l'OMS décrivent précisément l'ampleur des migrations de personnels de santé et montrent que la crise des ressources humaines en santé au niveau mondial va au-delà de la seule question des migrations.

La crise économique mondiale et des événements récents comme la pandémie de grippe A/H1N1 ont accru la pression pesant sur les systèmes de santé et les personnels de santé, rendant plus urgente encore la nécessité de traiter le problème de la crise des effectifs au niveau mondial.

Pour remédier à la crise des effectifs dans le secteur de la santé, il faut accroître les capacités de formation, mieux fidéliser et mieux gérer les personnels, faire face aux inquiétudes suscitées par les migrations internationales des personnels de santé et mieux observer ces flux. Les récents sommets du G8 à Toyako (Japon, 2008) et à L'Aquila (Italie, 2009) ont réaffirmé la nécessité de progresser dans ces domaines et ont encouragé l'OMS à développer un code de pratique pour le recrutement international des personnels de santé.

Cette Synthèse donne de nouvelles indications sur les tendances récentes concernant les migrations de médecins et de personnels infirmiers jusqu'en 2008, et examine les principales causes et conséquences de ces évolutions pour les pays d'accueil et pour les pays d'origine. Elle suggère des réactions possibles au niveau des politiques gouvernementales, soulignant l'importance de la coopération internationale pour traiter le problème du manque de personnels de santé au niveau mondial. ■

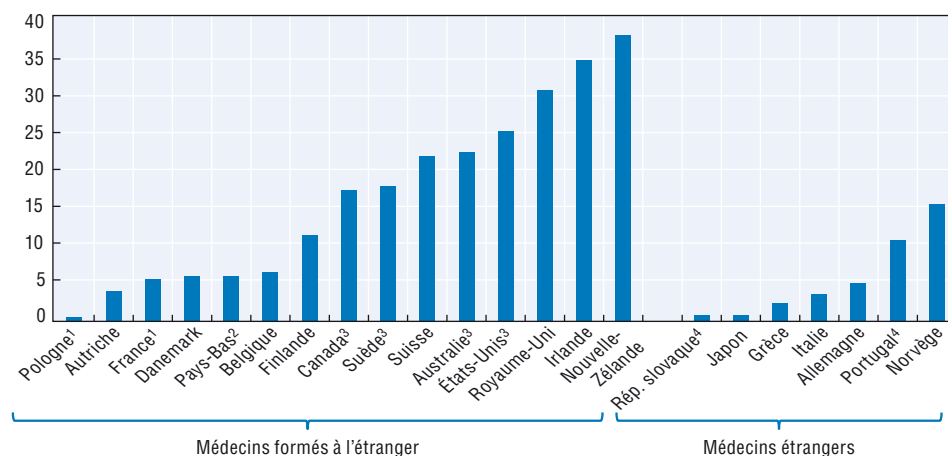
Quelles sont les grandes tendances dans les migrations internationales des personnels de santé ?

Les migrations des personnels de santé se sont rapidement intensifiées au cours de la dernière décennie, particulièrement dans la plupart des pays de l'OCDE (OCDE, 2007). En dépit des signes récents de stabilisation ou de déclin dans quelques pays, au total les migrations des personnels de santé vers les pays de l'OCDE continuent d'augmenter (pour les statistiques les plus récentes, se reporter à www.oecd.org/health/workforce et à OCDE, 2009).

Par exemple, aux États-Unis, le nombre de médecins formés à l'étranger passant le stade 3 de la procédure d'examen USMLE (étape indispensable pour voir sa qualification de médecin pleinement reconnue aux États-Unis) a augmenté de 70 % entre 2001 et 2008. Sur cette même période, les flux de migrations temporaires de médecins ont été multipliés par deux en Australie et ont augmenté de 40 % au Canada. Dans ces deux pays, les règles régissant les migrations permanentes de médecins ont été assouplies et les flux ont augmenté rapidement. Les entrées de médecins étrangers titulaires d'un permis de long séjour ont nettement augmenté en Suisse (+ 70 % entre 2001 et 2008), principalement en provenance d'Allemagne. Par contre, le nombre de nouvelles admissions de médecins formés à l'étranger pleinement autorisés à exercer la médecine au Royaume-Uni est en baisse depuis 2003, année où il a atteint un maximum aux alentours de 14 000. En 2008, à peine plus de 5 000 nouvelles admissions ont été enregistrées. Néanmoins, le Royaume-Uni reste le deuxième plus important pays d'accueil de médecins formés à l'étranger après les États-Unis.

Les changements dans la part des personnels de santé formés à l'étranger reflètent les effets cumulés des flux migratoires passés, parfois avec un certain décalage compte tenu des délais nécessaires pour une pleine reconnaissance de la qualification. Dans la plupart des pays de l'OCDE, la proportion de médecins formés à l'étranger est en augmentation, ces dernières années. En 2008 (ou dernière année connue), le pourcentage de médecins formés à l'étranger allait de moins de 1 % en Pologne à 39 % en Nouvelle-Zélande (graphique 1). Les pourcentages sont élevés également au Royaume-Uni et en Irlande où environ un tiers de l'ensemble des médecins ont été formés à l'étranger. En Australie et aux États-Unis, les pourcentages étaient respectivement de 23 % et 26 %, en 2007.

Graphique 1.
PROPORTION DE MÉDECINS FORMÉS À L'ÉTRANGER OU ÉTRANGERS DANS CERTAINS PAYS DE L'OCDE EN 2008 (OU DERNIÈRE ANNÉE CONNUE)
En pourcentage



1. 2005.
2. 2006.
3. 2007.
4. 2004.

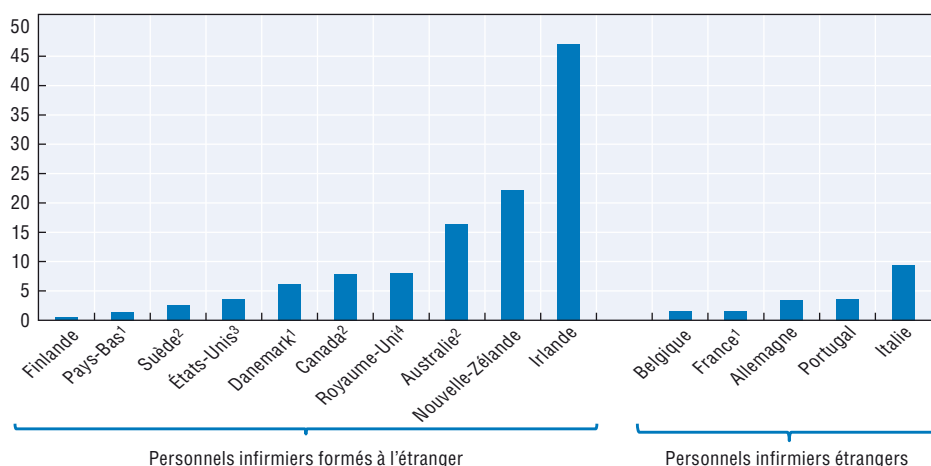
Source : www.oecd.org/health/workforce.

La proportion de personnels infirmiers formés à l'étranger tend à être inférieure à celle des médecins (graphique 2). En Suède, par exemple, en 2008, moins de 3 % des personnels infirmiers avaient été formés à l'étranger alors que la proportion était de plus de 18 % pour les médecins. On peut faire le même type d'observation dans la plupart des pays de l'OCDE mais pas en Irlande où le ratio personnel infirmier/ médecins est le deuxième plus important de la zone de l'OCDE (rapport de 5 à 1) et où environ 47 % des personnels infirmiers avaient été formés à l'étranger, en 2008, alors que la proportion était de près de 36 % pour les médecins.

Cela étant, les flux migratoires de personnels infirmiers sont en augmentation dans de nombreux pays de l'OCDE depuis 2000. Toutefois, au Royaume-Uni et en Irlande, entre 2001 et 2008, les nouvelles admissions d'infirmières ou d'infirmiers formés à l'étranger ont diminué dans la proportion de 4 et 2.7 respectivement. Sur cette même période, les migrations permanentes de personnels infirmiers étrangers étaient multipliées par 6 en Australie et par 3 au Canada. Aux États-Unis, le nombre de personnels infirmiers formés à l'étranger réussissant l'examen pour obtenir la reconnaissance de leur qualification a été multiplié par 4 entre 2001 et 2007, avant de décroître notablement au cours des deux dernières années. En Suède, au Danemark et en Suisse, les entrées de personnels infirmiers formés à l'étranger ont atteint un maximum aux alentours de 2003 avant de décroître nettement jusqu'en 2006. La montée des flux migratoires semble avoir repris depuis.

Il est peu probable que la crise économique récente affecte de façon drastique les migrations internationales de personnels de santé. L'emploi dans le secteur de la santé résiste mieux à un ralentissement conjoncturel que l'emploi dans la plupart des autres secteurs d'activité et la demande de soins de santé n'est assurément pas en baisse, à court terme, du fait de la crise. Les facteurs « push » (raisons qui font que les gens peuvent souhaiter émigrer) et « pull » (raisons pour lesquelles un pays peut souhaiter attirer des immigrants) pourraient néanmoins être affectés. D'une part, la dégradation de la situation économique dans les pays d'origine pourrait renforcer les incitations à rechercher activement un emploi à l'étranger. D'autre part, les personnes qui ont quitté récemment le secteur de la santé dans les pays de l'OCDE pour s'orienter vers d'autres types d'emplois pourraient envisager de

Graphique 2.
PROPORTION DE PERSONNELS INFIRMIERS FORMÉS À L'ÉTRANGER OU ÉTRANGERS DANS CERTAINS PAYS DE L'OCDE EN 2008 (OU DERNIÈRE ANNÉE CONNUE)
En pourcentage



1. 2005.
2. 2007.
3. 2004.
4. 2001.

Source : www.oecd.org/health/workforce.

revenir vers le secteur de la santé en raison de la plus grande sécurité d'emploi dans ce secteur. À moyen terme, toutefois, la crise économique soumet les finances publiques à de fortes tensions, ce qui pourrait affecter le nombre de travailleurs formés ou recrutés, à l'avenir, dans le secteur de la santé. Il n'y a guère d'éléments qui indiquent que ces effets soient significatifs, au moins jusqu'à présent.

Ces effets à court ou moyen terme ne doivent pas détourner l'attention de certaines des raisons, plus structurelles, pour lesquelles certains pays de l'OCDE recourent à l'immigration de professionnels de santé. En particulier, le vieillissement des effectifs dans le secteur de la santé va se poursuivre, privant les pays de cohortes de professionnels formés et expérimentés. La demande de services de santé ne manifeste aucun signe de tassement et pourrait bien augmenter avec le vieillissement de la population. Les pays de l'OCDE devront poursuivre les efforts qu'ils ont engagés récemment pour mieux former et mieux fidéliser les effectifs. Les migrations peuvent les aider à faire face aux pénuries à court terme mais ne constituent pas une solution crédible à plus long terme. ■

Quels sont les principaux moteurs de la mobilité internationale des médecins et des personnels infirmiers ?

Les travaux menés récemment par l'OCDE et l'OMS apportent des indications nouvelles sur les causes et les conséquences de la mobilité internationale des médecins et des personnels infirmiers (OCDE, 2007 ; OCDE, 2008). En particulier, les pays qui enregistrent comparativement plus de migrations de façon générale et, notamment, plus de migrations de personnels hautement qualifiés, tendent à enregistrer plus de migrations des personnels de santé. Autrement dit, si les flux migratoires internationaux, ces dernières années, tendent à sélectionner les personnels hautement qualifiés, ils ne concernent pas spécifiquement les personnels de santé.

L'élévation des niveaux de revenu, les nouvelles technologies médicales, la spécialisation accrue des services de santé et le vieillissement de la population, sont autant d'éléments poussant à l'augmentation de la demande de personnels de santé dans les pays de l'OCDE. Face à cette situation, il y a eu un mouvement prolongé d'augmentation de la densité des médecins et des personnels infirmiers dans les pays de l'OCDE au cours des années 1970 et 1980, mais les taux de progression ont fortement ralenti depuis le début des années 1990. Les politiques de maîtrise des coûts comme l'introduction d'un *numerus clausus* pour limiter l'accès aux études médicales et la fermeture de lits hospitaliers, avec leur incidence sur les effectifs infirmiers, expliquent sans doute pour beaucoup le ralentissement. En outre, la féminisation croissante des effectifs de médecins, la plus forte proportion de personnels travaillant à temps partiel et les cessations anticipées d'activité sont sans doute autant de facteurs qui ont réduit le volume moyen d'heures travaillées fourni par les personnels de santé.

En 2000, plusieurs pays de l'OCDE faisaient état de pénuries de médecins et de personnels infirmiers, au moins sur une partie de leur territoire. Dans ce contexte, recruter des professionnels à l'étranger est apparu comme une option intéressante, au moins à court terme. L'augmentation récente des flux migratoires peut s'expliquer au moins en partie par le fait que l'émigration a été utilisée comme une solution rapide à des besoins en personnels de santé qui n'avaient pas été anticipés, alors que former des médecins et des personnels infirmiers en plus grand nombre demande de nombreuses années avant qu'on en ressente les effets.

Récemment, de nombreux pays de l'OCDE ont déployé des efforts notables pour former plus de médecins et de personnels infirmiers. Depuis 2000, le nombre de diplômés d'instituts de formation en soins infirmiers a augmenté d'au moins 50 % en Australie, en France et au Royaume-Uni, et il a doublé au Canada. Dans

les trois premiers pays cités précédemment, le nombre de places dans les écoles de médecine a doublé depuis la fin des années 1990. Au Canada, il a augmenté de plus de 50 %. Cependant, comme cela peut demander plus de dix ans pour former complètement un médecin, et entre trois et cinq ans pour former un infirmier qualifié, dans la plupart des cas, les effets de ces mesures ne seront visibles que d'ici quelques années.

Pour les migrants potentiels, les facteurs « push » et « pull » (rejet ou attraction) qui motivent les migrations de travail coïncident assez largement avec ceux qui valent pour les travailleurs hautement qualifiés de façon générale. En dépit du manque de médecins et de personnels infirmiers dans de nombreux pays en développement, la première motivation de l'émigration tient souvent à des opportunités d'emploi meilleures à l'étranger (ce qui recouvre le salaire, les conditions de travail, l'évolution de carrière, etc.). Les écarts de salaire d'un pays à l'autre jouent un rôle important, mais ce n'est pas le seul facteur qui compte ; d'autres facteurs comme la possibilité d'offrir un avenir meilleur et plus sûr à ses enfants pouvant aussi jouer un rôle déterminant. Très souvent, en vérité, l'émigration des professionnels de santé est un symptôme des difficultés rencontrées par le système de santé et, plus généralement, par la société du pays d'origine plus qu'elle n'en est la cause directe. ■

Quel est l'impact des migrations sur les pays les moins développés ?

Trois grandes observations se dégagent des travaux de l'OCDE et de l'OMS concernant l'impact des migrations de professionnels de santé sur les pays d'origine. Premièrement, une part non négligeable des mouvements internationaux intervient entre pays de l'OCDE, même si l'essentiel des flux migratoires provient des pays en développement et des pays émergents. Autour de l'année 2000, les personnels infirmiers nés aux Philippines (110 000) et les médecins nés en Inde (56 000) représentaient l'essentiel des professionnels de santé immigrés dans la zone de l'OCDE, mais les pays qui venaient en deuxième et troisième rang des pays d'origine par ordre d'importance étaient le Royaume-Uni et l'Allemagne. En 2000, à peine moins de 40 % de l'ensemble des médecins immigrés et 30 % des personnels infirmiers immigrés dans les pays de l'OCDE provenaient d'un autre pays de l'OCDE.

Deuxièmement, les sorties de personnels de santé provenant de grands pays d'origine comme l'Inde ou la Fédération de Russie – même si elles sont importantes en termes absolus – restent faibles au regard de l'effectif total dans ces pays. En outre, quelques pays ayant un certain pourcentage de professionnels de santé à l'étranger parviennent à maintenir un effectif relativement important chez eux. C'est le cas, en particulier, de pays qui forment des personnels infirmiers pour les envoyer à l'étranger, comme les Philippines, certains États des Caraïbes et, de plus en plus, la Chine.

La situation est toutefois fort différente dans le cas de certains petits pays et de pays africains. Parmi les pays où le taux d'expatriation des médecins est supérieur à 50 % (ce qui signifie que les médecins nés dans ces pays sont aussi nombreux à travailler dans les pays de l'OCDE qu'à travailler dans leur propre pays) on trouve de petits États insulaires des Caraïbes et du Pacifique, ainsi que cinq pays africains – Mozambique, Angola, Sierra Leone, République Unie de Tanzanie et Liberia. Plusieurs pays africains francophones ont aussi des taux d'expatriation élevés, supérieurs à 40 %.

Troisièmement, d'après les estimations de l'OMS, les besoins en personnels de santé des pays en développement excèdent largement les expatriations de professionnels originaires de ces pays vers les pays de l'OCDE. En 2000, toujours d'après des estimations de l'OMS, tous les médecins et personnels infirmiers nés en Afrique et

travaillant dans la zone de l'OCDE ne représentaient pas plus de 12 % de la pénurie totale en professionnels de santé dans la région. Le pourcentage correspondant était même inférieur en Asie du Sud-Est (9 %). Les migrations internationales ne sont pas la principale cause des pénuries en soins et services de santé dans les pays en développement, et la réduction de ces flux ne suffirait pas à régler la crise des ressources humaines en santé au niveau mondial. Il est vrai, cependant, que dans les pays les moins développés où les taux d'expatriation sont particulièrement élevés, l'émigration contribue à exacerber l'acuité des problèmes d'effectifs et affaiblit encore plus des systèmes de santé déjà fragiles. ■

Comment les pays peuvent-ils réagir ?

Les pays de destination devraient développer leur capacité éducative et de formation. L'objectif devrait être non pas nécessairement d'atteindre l'« autosuffisance » mais d'éviter de devenir trop dépendant des professionnels de santé étrangers pour répondre à ses besoins nationaux. En outre, les pays de l'OCDE pourraient adopter toute une palette de mesures pour optimiser l'utilisation des effectifs existants, à savoir : i) mieux fidéliser le personnel (en particulier grâce à une meilleure organisation des effectifs et à de meilleures politiques de gestion) ; ii) favoriser l'intégration dans les effectifs de santé (par exemple en attirant de nouveau dans le secteur de la santé des professionnels qui avaient quitté le secteur) ; iii) opter pour une organisation plus efficiente des compétences (par exemple en développant le rôle des personnels infirmiers de pratique avancée, ainsi que des assistants de médecins) ; et iv) améliorer la productivité (par exemple en liant la rémunération à la performance). Les différents pays feront vraisemblablement des choix différents en fonction notamment de la flexibilité de leur marché du travail dans le secteur de la santé, de leurs contraintes institutionnelles et du coût.

Les pays source devraient intensifier leurs efforts pour conserver leurs personnels de santé. Ils devraient, pour ce faire, focaliser leur attention sur les zones rurales car il y a apparemment un lien entre les migrations internes et les migrations internationales. (La plupart des migrants internationaux viennent des villes bien que les pénuries les plus aiguës se fassent plutôt sentir dans les zones rurales.) Dans cette perspective, l'OMS développe un programme de travail, avec un ensemble de recommandations applicables au niveau mondial, visant à favoriser le maintien des effectifs de santé dans les zones rurales et les zones isolées (voir www.who.int/hrh/migration/retention/en/index.html). Même si, sur le plan financier, la tâche est ardue dans les pays en développement – les pays à faible revenu ne sont pas en mesure de combler l'écart de salaire avec les pays à haut revenu – d'autres mesures ont montré qu'elles étaient un moyen efficace pour fidéliser les personnels de santé. Il peut s'agir, par exemple, d'améliorer les conditions de travail et la gestion des personnels, de fournir de meilleurs équipements et de faciliter le développement professionnel. Sans doute faudra-t-il aussi, souvent, élever le niveau de formation des personnels de santé à l'échelon national. Ces mesures exigent une meilleure gouvernance et des engagements financiers à long terme, ce qui, dans bien des cas, ne pourra être atteint qu'avec le soutien de la communauté internationale. ■

Comment renforcer la coopération internationale ?

Renforcer la coopération internationale est donc une réponse clé face à cette situation. Plusieurs « codes de pratique » visant l'éthique dans le recrutement des personnels de santé sur le plan international ont été élaborés au cours des dernières années (encadré 1). Ces initiatives ont contribué à mieux sensibiliser l'opinion publique et les responsables publics, ainsi qu'à améliorer la cohérence des politiques publiques dans l'optique du développement.

Les États membres, lors de l'Assemblée mondiale de la Santé de 2004, ont demandé à l'OMS d'élaborer un Code de pratique pour le recrutement international des personnels de santé. Un projet de code a été élaboré et examiné dans différentes enceintes internationales et un plus grand nombre de consultations ont été menées aux niveaux national et régional. Le Conseil exécutif de l'OMS, en janvier 2010, a décidé de soumettre le projet de Code de pratique à l'Assemblée mondiale de la Santé de mai 2010 pour examen et adoption éventuelle par les États membres. Ce Code, de caractère non contraignant, serait de portée mondiale et applicable à tous les personnels de santé. Il énoncerait des principes et encouragerait la définition de normes, à titre volontaire, de façon à promouvoir un juste équilibre des intérêts entre les personnels de santé, les pays d'origine et les pays de destination, avec le souci, en particulier, d'éviter les effets négatifs des migrations de personnels de santé sur les pays confrontés à une crise des effectifs dans le secteur de la santé.

La coopération dans la gestion des migrations peut aussi prendre la forme d'accords bilatéraux ou multilatéraux entre pays ou institutions de santé. De tels accords peuvent privilégier les migrations régionales et faciliter les migrations circulaires ou de retour. Certains pays ont signé ce type d'accords et certains accords ont apparemment bien fonctionné. Passer en revue et évaluer de façon plus systématique ces accords, en vue d'identifier et de promouvoir les bonnes pratiques, sera une priorité importante dans la suite des travaux.

Enfin, améliorer l'offre et la comparabilité internationales des statistiques en matière de migrations des personnels de santé est fondamental pour que les pays puissent élaborer des politiques fondées sur l'observation des faits. Dans l'idéal, il faudrait suivre les migrations internationales de personnels de santé en recensant le nombre d'individus – aptes, de par leurs études et leur formation, à exercer une profession de santé – qui changent de pays au cours d'une année. Dans les faits, rares sont les pays qui, actuellement, sont en mesure de fournir ce type de données. Améliorer la collecte de données dans ce domaine devrait donc être une priorité. Il faudrait, pour cela, qu'il y ait consensus sur les indicateurs clés à recueillir, renforcer le système d'information sur les effectifs de santé dans les pays, élaborer des approches innovantes pour évaluer et analyser les migrations internationales des personnels de santé, et faciliter la diffusion et le partage de l'information. ■

Pour en savoir plus

Pour de plus amples informations à propos de cette Synthèse, veuillez contacter : Jean-Christophe Dumont (OCDE), e-mail : jean-christophe.dumont@oecd.org, tél. : + 33 1 45 24 92 43 ; ou Pascal Zurn (OMS), e-mail : zurpn@who.int, tél. : + 41 22 791 37 76.

Encadré 1

CODES DE PRATIQUE POUR LE RECRUTEMENT INTERNATIONAL DES PERSONNELS DE SANTÉ

Plusieurs codes de pratique pour le recrutement international des personnels de santé ont été élaborés au cours des dernières années dans le but de mieux protéger les migrants professionnels de santé et de minimiser l'impact négatif de l'expatriation de personnels de santé pour les pays source. Ces codes ne sont pas juridiquement contraignants mais énoncent des principes reposant sur le volontariat et des responsabilités définies d'un commun accord. Ils n'ont, jusqu'à présent, qu'une portée géographique limitée [on peut évoquer, par exemple, le Code de pratique pour le Commonwealth (2003), pour le Pacifique (2007), pour le Royaume-Uni (2001/2004) et pour l'Écosse (2006)], ou visent des services de santé spécifiques (Code de conduite FSESP/HOSPEEM des personnels de santé travaillant dans le secteur hospitalier au sein de l'UE, par exemple). Actuellement, il n'existe aucun code de portée mondiale. Un Code de pratique de l'OMS serait donc le premier code de portée mondiale applicable tant aux pays source qu'aux pays de destination.



Références

Martin, J.P. (2007), « Fuite des cerveaux dans le secteur de la santé : Mythes et réalité », dans **Perspectives des migrations internationales : SOPEMI 2007**, OCDE, Paris.

OCDE (2009), **Panorama de la santé 2009 : Les indicateurs de l'OCDE**, Paris.

OCDE (2008), « Les personnels de santé dans les pays de l'OCDE : Comment répondre à la crise imminente ? », **Études de l'OCDE sur les politiques de santé**, Paris.

OCDE (2007), « Les personnels de santé immigrés dans les pays de l'OCDE dans le contexte général des migrations de travailleurs hautement qualifiés », **Perspectives des migrations internationales : SOPEMI 2007**, OCDE, Paris.

OMS (2006), « Travailler ensemble pour la santé », **Rapport sur la santé dans le monde 2006**.

OMS-OCDE, Dialogue organisé par l'OMS et l'OCDE sur les migrations et autres questions relatives aux personnels de santé dans une économie globale (octobre 2008, Genève, Suisse). Pour plus d'informations : www.who.int/hrh/migration/who_oecd_dialogue/en/index.html.

Les publications de l'OCDE sont en vente sur notre librairie en ligne :
www.oecd.org/librairie

Les publications et les bases de données statistiques de l'OCDE sont aussi disponibles
sur notre bibliothèque en ligne : www.SourceOCDE.org

Où nous contacter ?

SIÈGE DE L'OCDE DE PARIS

2, rue André-Pascal
75775 PARIS Cedex 16
Tél. : (33) 01 45 24 81 67
Fax : (33) 01 45 24 19 50
E-mail : sales@oecd.org
Internet : www.oecd.org

ALLEMAGNE

Centre de l'OCDE de Berlin
Schumannstrasse 10
D-10117 BERLIN
Tél. : (49-30) 288 8353
Fax : (49-30) 288 83545
E-mail : berlin.centre@oecd.org
Internet : www.oecd.org/berlin

ÉTATS-UNIS

Centre de l'OCDE
de Washington
2001 L Street N.W., Suite 650
WASHINGTON DC 20036-4922
Tél. : (1-202) 785 6323
Fax : (1-202) 785 0350
E-mail : washington.contact@oecd.org
Internet : www.oecdwash.org
Toll free : (1-800) 456 6323

JAPON

Centre de l'OCDE de Tokyo
Nippon Press Center Bldg
2-2-1 Uchisaiwaicho,
Chiyoda-ku
TOKYO 100-0011
Tél. : (81-3) 5532 0021
Fax : (81-3) 5532 0035
E-mail : center@oecdtokyo.org
Internet : www.oecdtokyo.org

MEXIQUE

Centre de l'OCDE du Mexique
Av. Presidente Mazaryk 526
Colonia: Polanco
C.P. 11560 MEXICO, D.F.
Tél. : (00 52 55) 9138 6233
Fax : (00 52 55) 5280 0480
E-mail : mexico.contact@oecd.org
Internet : www.oecd.org/centrodemexico

Les Synthèses de l'OCDE sont préparées par la Division des relations publiques de la Direction des relations publiques et de la communication. Elles sont publiées sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE.