



Bilan :

Les pénuries en personnel de santé et la riposte au sida

nationales globales pour le développement des ressources humaines dans l'ensemble des programmes de lutte contre les maladies. Il s'inscrit en outre dans l'action de l'OMS destinée à promouvoir un accès universel aux services de lutte contre le VIH. «TFF» compte renforcer et augmenter les ressources humaines pour la santé en traitant à la fois les causes et les effets du VIH et du sida pour les personnels de santé (Encadré). Le respect de cet engagement global dépendra de la mise en place de systèmes de soins solides et efficaces, qui soient en mesure de fournir des services à bien plus grande échelle qu'aujourd'hui.

La qualité des services de santé dépend d'un personnel adéquat, possédant les compétences appropriées et travaillant dans des lieux adaptés aux besoins. Or le monde connaît une pénurie chronique en personnels de santé bien formés, crise qui se fait ressentir de la façon la plus aiguë dans les pays où les menaces sur la santé publique sont les plus graves. On compte 57 pays, pour la plupart en Afrique subsaharienne mais comprenant aussi le Bangladesh, l'Inde et l'Indonésie, qui sont confrontés à des pénuries désastreuses en personnels de santé. L'OMS estime à plus de 4 millions le nombre des professionnels de la santé nécessaires pour répondre à ce manque, et le déficit mondial en médecins, infirmières et sages-femmes, en particulier, s'élève à au moins 2,4 millions de personnes. C'est l'Afrique subsaharienne qui est confrontée aux plus graves difficultés. Avec 11% de la population mondiale et 24% de la charge de morbidité, la région ne compte que 3% des personnels de santé dans le monde, représentant moins de 1% des dépenses mondiales de santé. À l'opposé, la Région

TRAITER Ensemble de services de traitement du VIH, de prévention, de soins et de soutien en faveur des personnels de santé qui pourraient être infectés ou affectés par le VIH/sida.

FORMER Mesures donnant aux personnels de santé la capacité d'assurer un accès universel aux services du VIH, notamment par une formation initiale et continue dans une «approche de santé publique».

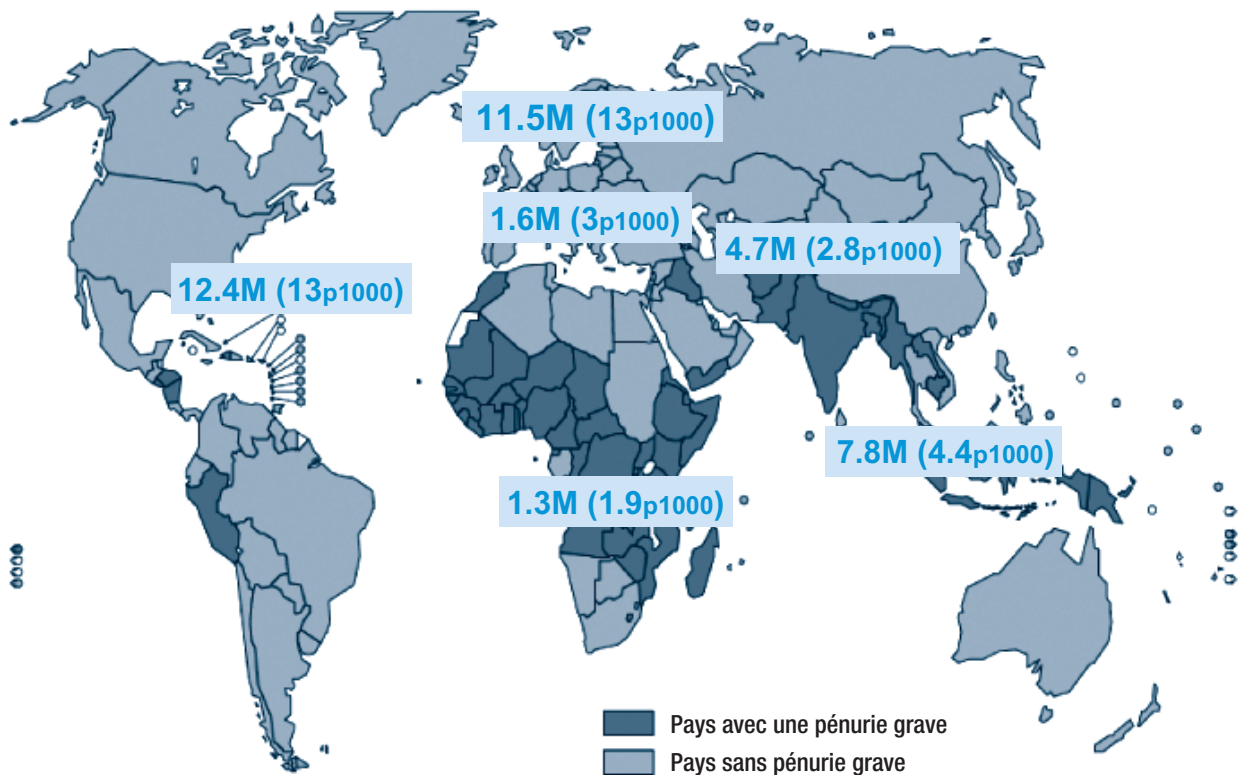
FIDÉLISER Stratégies permettant aux systèmes de santé publique de conserver leurs personnels, notamment par des incitations financières et autres, par des mesures de santé et de sécurité au travail, et autres mesures améliorant les lieux de travail, accompagnées d'initiatives visant à réduire l'émigration des personnels de santé.

En août 2006, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a lancé une action mondiale coordonnée afin de surmonter un obstacle majeur mais souvent méconnu qui s'oppose à la prévention et au traitement du VIH : la grave pénurie en personnel de santé, particulièrement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Ce plan, intitulé «Traiter, Former, Fidéliser» (TFF), constitue un élément important de l'action générale de l'OMS visant à renforcer les ressources humaines pour la santé et à favoriser des stratégies

Figure 1

Nombre de personnels de santé (densité pour 1 000 personnes) dans les régions de l'OMS



Source : Organisation mondiale de la Santé, rapport annuel 2006

OMS des Amériques, avec 10% de la charge mondiale de morbidité, compte 37% des personnels de santé et dépense plus de 50% des sommes mondiales allouées au secteur de la santé.

Les déséquilibres dans les associations de compétences et dans la répartition des personnels aggravent encore les problèmes actuels. Dans bien des pays, les compétences de professionnels peu nombreux mais coûteux correspondent mal au profil local des besoins sanitaires, et les pays souffrent presque tous de concentrations urbaines et de déficits ruraux. Bien que, en moyenne, la moitié

de la population vive dans les zones rurales, plus de 75% des médecins et de 60% des infirmières exercent dans les zones urbaines.

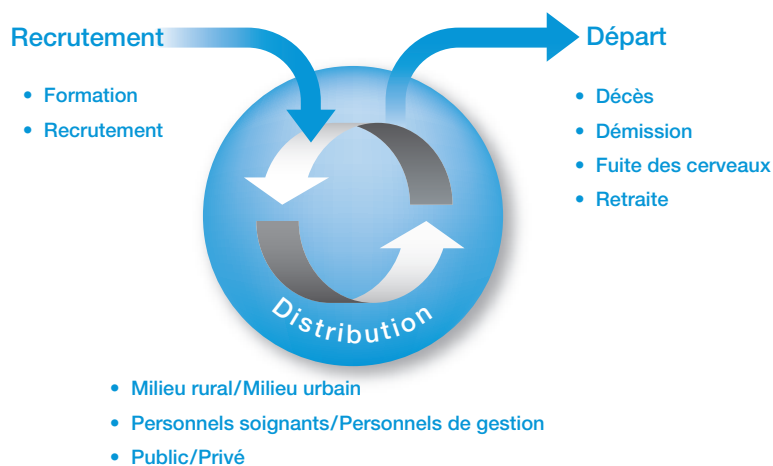
Parmi les causes de cette pénurie en personnels de santé, on relève l'insuffisance des salaires et des conditions de travail, le manque de formation et l'émigration. Mais le problème revêt une complexité particulière dans les pays les plus touchés par le VIH. En effet, lorsque le VIH est prévalent, il contribue lui aussi à la pénurie en exposant les personnels de santé eux-mêmes à la maladie et à la mort. On estime qu'au Botswana, entre

1999 et 2005, 17% du personnel de santé est mort du sida. Sans une action appropriée, les projections indiquent que 40% de ce personnel décèdera entre 1999 et 2010. Au Lesotho et au Malawi, les décès dus au sida sont la première cause de la baisse des effectifs sanitaires.

En résumé, la riposte au sida repose largement sur des personnes qui elles-mêmes tombent malades et décèdent. C'est pourquoi il est maintenant nécessaire et urgent de mener des interventions plus ciblées afin de soutenir ces personnels de santé, de leur permettre de fournir des soins de qualité, et de les maintenir en poste.

LE VISAGE DE LA CRISE

Figure 2



La Figure 2 illustre la cause de la crise du personnel de santé en tant que cycle de travail et de vie en trois phases : recrutement, affectation et départ. Le nombre de personnes formées et recrutées dans les systèmes de santé publique est insuffisant. Ensuite, la répartition du personnel qualifié se fait de façon inégale,

avec de fortes concentrations en zones urbaines et un grand nombre qui exercent dans le secteur privé plutôt que dans les services de santé publique. Bon nombre démissionnent en raison des mauvaises conditions de travail et des faibles salaires. D'autres quittent leur poste dans le secteur public pour travailler dans le secteur privé et les ONG, ou pour trouver de meilleures conditions de travail à l'étranger. Mais la première cause de réduction des effectifs est le VIH lui-même dans les pays à forte prévalence pour le VIH. Dans ces pays, le nombre des professionnels de la santé qualifiés qui, simplement, tombent malades et meurent, est énorme.

De plus, à cause de la maladie, les personnels atteints s'absentent de leur travail, tandis que d'autres prennent sur leur temps pour s'occuper de parents malades. En moyenne, un membre du personnel de santé vivant avec le VIH

La crainte de l'infection par le VIH ainsi que le stress et l'épuisement professionnel amènent des personnels de santé à quitter le service actif dans les communautés affectées par le VIH.

peut être absent de son poste jusqu'à 50% du temps prévu au cours de sa dernière année de vie. On a en outre montré que la crainte de l'infection par le VIH ainsi que le stress et l'épuisement professionnel amènent des personnels de santé à quitter le service actif dans les communautés affectées par le VIH.

Les effectifs de santé sont insuffisants pour atteindre l'objectif d'un accès universel au traitement du VIH.

CAUSES ET EFFETS

Le traitement antirétroviral et les autres services liés au VIH sauvent des vies. Dans les pays riches, où le traitement est disponible depuis le milieu des années 1990, on a enregistré une baisse de 70% du nombre des décès liés au sida depuis que les traitements antirétroviraux ont été introduits et que le VIH est pris en charge de façon globale.

Tout aussi probants sont les chiffres qui montrent une corrélation directe entre le nombre de prestataires de soins et le taux d'accès au traitement antirétroviral pour les personnes qui en ont besoin. Le Tableau 1 permet de comparer la situation du Lesotho, avec un taux de couverture en traitements antirétroviraux de 14% et seulement 20,9 soignants pour 1 000 personnes ayant besoin d'un traitement, à celle de l'Ouganda où le taux atteint 51% avec sa densité très supérieure de 145,5 soignants pour 1 000 personnes ayant besoin d'un traitement.

Tableau 1

Densité du personnel de santé et couverture en traitements antirétroviraux

Pays	Nombre de prestataires de services de santé	Nombre de personnes ayant besoin d'un TARV	Densité pour 1000 personnes ayant besoin d'un TARV	Couverture en TARV
Lesotho	1 212	58 000	20.9	14%
Malawi	7 530	169 000	44.6	20%
Ouganda	21 534	148 000	145.5	51%

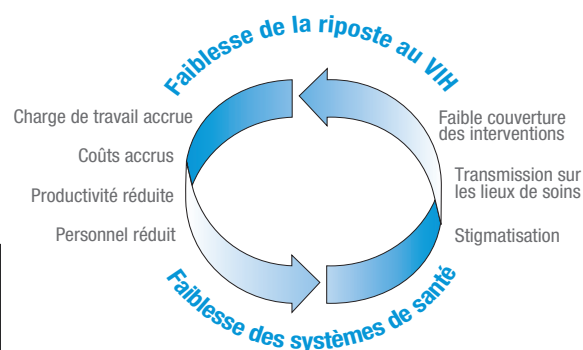
Source : Organisation mondiale de la Santé, rapport annuel 2006

La conclusion semble s'imposer : l'augmentation des effectifs et l'amélioration des compétences du personnel de santé pourraient transformer la riposte au VIH, et sauver des millions de vies.

Mais la crise des personnels de santé fait indissociablement partie d'un cercle vicieux où interagissent la faiblesse des systèmes de santé et celle de la riposte au VIH. La faiblesse des systèmes de santé entraîne une faible couverture en services du VIH. La prévalence augmente, ce qui accroît d'autant la charge de travail des services de santé. Le mauvais état de santé du personnel retentit à son tour sur des systèmes de santé déjà faibles, et la faiblesse des systèmes de santé mène à une riposte inadéquate à l'épidémie de VIH (Figure 3).

Figure 3

Le cercle vicieux



Dans ces conditions, la nécessité d'un plan qui s'inscrit dans le renforcement général des systèmes de santé et qui est destiné à renforcer le personnel de santé dans le contexte du sida devient évidente. En effet, si l'on n'agit pas sur ce front, il est à peu près certain que les engagements mondiaux vis-à-vis des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), et envers l'accès universel aux services de lutte contre le VIH, ne pourront être tenus.

Le plan devra couvrir les trois éléments du cycle de travail et de vie. Cet objectif peut être atteint par la prévention du VIH au sein des personnels de santé, par un renforcement des effectifs en formant de nouveaux personnels et en améliorant les compétences des personnels en poste, et par la fidélisation du personnel qualifié au sein des services de santé publique où il peut être le plus utile pour assurer des services au plus grand nombre de celles et ceux qui en ont besoin.

UN PLAN GLOBAL DE RENFORCEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LE SIDA

En mai 2006, une consultation internationale s'est tenue à Genève afin d'envisager la voie à suivre. Elle a réuni 134 délégués représentant des gouvernements, des organisations internationales, des organismes de développement, des institutions universitaires et des organisations de la société civile et de personnes vivant avec le VIH, agissant dans le domaine du VIH/sida et des ressources humaines pour la santé.

La consultation a adopté un plan intitulé «Traiter, Former, Fidéliser», dont la dénomination en anglais est: «*Treat, Train, Retain*» (Encadré page 1).

TRAITER

On pourrait supposer que les personnels de santé soient suffisamment informés pour se protéger contre l'infection par le VIH. Mais ce ne semble pas être le cas. Au Swaziland, le personnel de santé se compose à 80% de femmes, et on estime qu'elles présentent le même risque de VIH que l'ensemble de la population, où

la prévalence chez les adultes a atteint 33,6%. Cet exemple montre bien que les personnels de santé ne sont pas à l'abri des influences des facteurs sociaux et environnementaux qui favorisent la transmission sexuelle du VIH, qu'il s'agisse de l'inégalité entre genres, des pressions économiques ou des influences et attentes culturelles.

Si les infections au sein du personnel de santé résultent en majorité de relations sexuelles non protégées, ces personnes sont également exposées à des risques sur leur lieu de travail, où ils peuvent se trouver en contact avec du sang ou d'autres fluides corporels contaminés. Chaque année, 170 000 membres du personnel de santé sont exposés au VIH dans le monde, et 1 000 sont infectés, essentiellement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. L'OMS estime par ailleurs que, au niveau mondial, 2,5% des cas de VIH au sein du personnel de santé résultent de piqûres d'aiguilles. En général, le manque d'équipements de sécurité tels que des gants et des moyens sûrs d'évacuer les instruments tranchants, ainsi que le manque de procédures destinées à observer les précautions universelles, exposent le personnel de santé au risque d'une transmission professionnelle.

On pourrait également supposer que les personnels de santé auraient aisément accès aux services de santé en cas de besoin. Au contraire, de nombreux membres du personnel de santé sont aujourd'hui dissuadés de demander un traitement et un soutien par la crainte des attitudes et réactions de leurs confrères et patients. Sur le terrain, nombre d'observateurs estiment que la stigmatisation interne constitue le principal obstacle à l'accès des personnels de santé aux services du VIH. Selon une étude, les infirmières craindraient la divulgation de leur statut davantage que l'infection elle-même.

Le plan TFF considère la lutte contre le VIH comme un moteur pour le renforcement des systèmes de santé.

Au Botswana, entre 1999 et 2005, le VIH a tué 17% du personnel de santé. Sans une action urgente, les projections montrent que ce chiffre déjà stupéfiant passera à 40% sur la période 1999–2010.

Le plus souvent, les conditions de consultation et d'examen manquent d'intimité, et les soignants peuvent même se retrouver dans les files d'attente aux côtés de leurs patients. Par conséquent, le personnel de santé est souvent le moins à même de profiter des services disponibles. Il est donc clair que les questions de confidentialité relatives aux soins et au traitement des personnels de santé infectés par le VIH, ainsi que la stigmatisation au sein des établissements de soins, doivent être traitées de façon spécifique si l'on veut que ces personnes obtiennent l'aide dont elles ont besoin, avant d'aider les autres.

«Traiter» se résume fondamentalement à cette assertion que les personnels de santé doivent faire l'objet de mesures spéciales de prévention et de traitement, qui tiennent compte des difficultés particulières de leur situation. Toute objection éthique concernant la priorité à accorder au traitement des personnels de santé sur celui de leurs patients est balayée dès lors que l'on admet largement que la protection de ces personnels est un préalable essentiel aux services de santé pour tous. Mais lever les obstacles à l'accès des personnels de santé aux services de traitement, de prévention, de soins et de soutien n'est pas chose facile.

Tout d'abord, il conviendrait de dispenser au personnel de santé une éducation à la prévention, dans le cadre de la formation initiale et de la formation continue. Pour prévenir la transmission du VIH sur le lieu de travail, il conviendrait de même de dispenser une éducation et une formation en matière de santé professionnelle et de sécurité. Ces formations devraient être appuyées par du matériel adéquat, telles que des gants de protection, et par des procédures améliorées de santé professionnelle et de sécurité ainsi qu'une prophylaxie en cas d'exposition au VIH. En second lieu, il faudrait mener des

actions ciblées pour sensibiliser les personnels de santé au dépistage et au conseil.

En troisième lieu, il sera essentiel de mettre en œuvre des stratégies de traitement prioritaire en faveur des personnels de santé, et il sera peut-être nécessaire d'élargir cet accès prioritaire à leurs familles. Les stratégies visant à garantir la confidentialité pourront inclure des sites spéciaux pour les personnels de santé, des transferts de sites ou des accords particuliers avec le secteur privé.

En quatrième lieu, il faudrait mettre en place des programmes de soins et de soutien pour permettre aux personnels de santé de travailler efficacement et réduire le stress et l'épuisement professionnel.

Enfin, il conviendrait de mener des campagnes ciblées de lutte contre la stigmatisation, ainsi que des interventions spécifiques pour combattre la discrimination sur le lieu de travail.

À ce jour, l'action sur tous ces fronts est restée limitée et parcellaire, mais un certain nombre d'éléments sont en place qui pourraient désormais être utilisés pour réaliser un plan de traitement en faveur des personnels de santé. Par exemple, l'Organisation internationale du travail (OIT) et l'OMS ont mis au point des directives globales couvrant une large gamme de politiques concrètes de gestion du VIH sur les lieux de travail. Des organisations professionnelles représentant un grand nombre de soignants ont pris des initiatives visant à protéger leurs membres exposés au risque du VIH. Ainsi en est-il du Conseil International des Infirmières, qui milite en faveur de sites séparés, où les personnels de santé auraient accès aux services du VIH sans craindre que leur statut soit divulgué. Le Conseil collabore avec le gouvernement du Swaziland et le Conseil Zambien des Infirmières dans le

cadre d'un programme spécial qui est en cours au Swaziland.

L'enjeu est ici d'attirer l'attention sur ces initiatives, de leur donner une impulsion, et d'étudier, par une recherche permanente, les succès et les échecs.

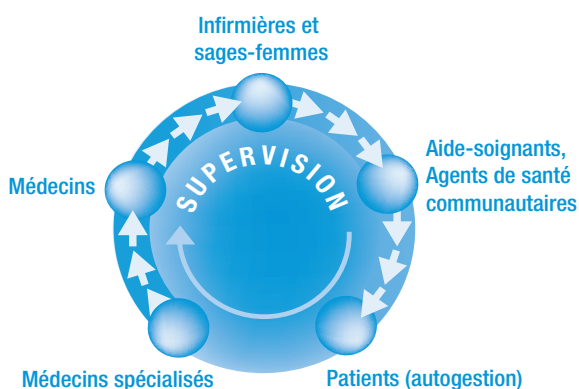
FORMER

Face à l'épidémie de VIH, il est évidemment nécessaire d'accroître les effectifs de santé. Il y a aussi un besoin de compétences plus spécifiques au VIH. Le volet de formation du plan prévoit deux voies d'action à suivre en parallèle.

Il faudra s'efforcer d'accroître le nombre des médecins, infirmières, sages-femmes, pharmaciens et techniciens qui rejoignent les effectifs. Mais le recrutement et la formation prennent du temps. La formation d'un médecin peut durer six ans, délai trop long pour une riposte efficace au sida. Il est donc d'une importance primordiale de trouver des modèles alternatifs, plus simples, de nature à élargir rapidement les effectifs de santé actuels.

Figure 4

Le transfert de tâches



La réponse viendra de ce qu'on appelle le «transfert de tâches» (Figure 4).

Le transfert de tâches permet de mieux utiliser les ressources humaines disponibles, en transférant les tâches appropriées à des personnels moins spécialisés. Par exemple, lorsque l'on manque de médecins, il n'est pas nécessaire qu'un médecin qualifié gère la prescription et l'administration d'un traitement antirétroviral, alors qu'une infirmière en serait tout aussi capable. De même, les agents communautaires pourraient assurer une large gamme de services du VIH, soulageant d'autant les infirmières. Les personnes vivant avec le VIH/sida peuvent elles aussi assumer une part importante de leurs propres soins, à condition d'être convenablement conseillés à cette fin. Ce processus élargit le cercle des ressources humaines, et présente l'avantage supplémentaire de jeter des ponts entre l'établissement de santé et la communauté. Il crée en outre des emplois dans la communauté, et ouvre de nouvelles possibilités aux personnes vivant avec le VIH.

De nombreux pays ont déjà reconnu l'intérêt du transfert de tâches dans le secteur de la santé. L'OMS encourage une telle approche dans le cadre de la prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte (PCIMAA). Au Malawi et en Ouganda, le «paquet de soins de base» destiné aux personnes vivant avec le VIH a été conçu pour être administré par des médecins non spécialistes ou par des infirmières, avec l'appui d'aides soignants, d'agents de santé communautaires et de personnes vivant avec le VIH. Dans le même ordre d'idées, l'Éthiopie est sur le point de mettre en œuvre un plan de recrutement de prestataires non professionnels, afin de renforcer les effectifs qui assurent actuellement les services du VIH.

Le transfert de tâches permet d'utiliser au mieux les ressources humaines disponibles en déléguant les tâches appropriées à des personnels moins spécialisés.

**La formation
devra être revue
pour inclure des
enseignements
adéquats et
actualisés sur le
VIH, de sorte que les
personnels de santé
soient mieux outillés
des compétences
nécessaires pour
fournir les services
VIH.**

Le transfert de tâches constitue une rupture radicale vis-à-vis des modèles de prestation traditionnels, reposant sur des spécialistes, et pourrait apporter une contribution majeure à l'élargissement de l'accès aux services du VIH, en particulier parmi les populations défavorisées et marginalisées. Mais les pays qui souhaiteront mettre en œuvre le transfert de tâches à grande échelle auront à surmonter d'importantes difficultés.

L'une des plus complexes consiste à élargir de cette manière les ressources humaines sans compromettre la qualité des services. Un programme national standardisé de formation et de certification sera donc nécessaire pour garantir des normes essentielles de soins. Dans certains cas, il sera nécessaire d'établir un nouveau cadre réglementaire, comprenant entre autres des modifications de la législation sanitaire, afin par exemple d'autoriser les infirmières à prescrire des traitements antirétroviraux. Une protection sera nécessaire pour les personnels de rang inférieur dans la hiérarchie administrative confrontés à de nouvelles responsabilités. Il faudra ainsi prendre soin d'éviter tout effet négatif pour les infirmières, qui risquent de voir leurs tâches s'alourdir et de n'obtenir en compensation ni augmentation des salaires, ni amélioration de leurs conditions de travail. Dans certains pays, les syndicats professionnels se sont opposés pour cette raison au transfert des tâches, mais l'établissement d'échelles de salaires raisonnables et équitables devrait permettre de résoudre le problème.

Le transfert de tâches est considéré comme un élément majeur par ceux qui s'intéressent à la formation des personnels de santé dans la perspective des services du VIH. Mais on n'échappera pas au fait que le nombre absolu des personnels de santé qualifiés devra augmenter. Cet aspect devra être traité

dans chaque pays en fonction des besoins, et intégré à la planification générale de l'enseignement et de la santé, ainsi qu'aux budgets et aux stratégies nationales de réduction de la pauvreté. De nombreux pays ont besoin d'augmenter leurs établissements d'enseignement afin de former de nouveaux professionnels de la santé. L'accroissement du nombre de diplômés pourrait être initié simplement en augmentant les effectifs dans les salles de cours et en dispensant des formations accélérées. Toutefois, dans les pays où la pénurie en personnel est généralisée, il sera nécessaire d'adopter une approche plus globale comportant le développement de nouvelles institutions et une coopération régionale. La Région OMS de l'Afrique, par exemple, a globalement besoin d'accroître de 139% ses effectifs de professionnels de la santé, mais ne dispose actuellement que de 354 établissements pour les former.

D'autres actions, telles que des mesures d'urgence de recrutement à l'étranger ou visant à éliminer la corruption et les salariés fantômes ou absentéistes, seront peut-être elles aussi nécessaires dans cet effort urgent d'augmentation des ressources humaines pour la santé.

Enfin, les programmes des formations initiale et continue sont à revoir afin d'y inclure des enseignements adéquats et actualisés sur le VIH, de façon à ce que les personnels de santé, quelle que soit leur catégorie, soient mieux outillés en termes de compétences pour assurer les services du VIH.

FIDÉLISER

Les abandons massifs des services de la santé publique par des professionnels de la santé qualifiés ne sont pas un

problème nouveau. Et ce problème ne se limite pas non plus aux lieux particulièrement touchés par le VIH. De nombreux acteurs sont d'ores et déjà engagés dans la mise en œuvre de stratégies en vue de retenir les personnels de santé là où on en a besoin, par exemple dans les pays à faible revenu ou dans les zones rurales. Mais on n'a guère prêté attention au rôle que jouent désormais le VIH et le sida tant dans le problème de la fidélisation que dans sa solution. D'autres réflexions sont nécessaires pour définir comment les questions de sida et les acteurs concernés pourraient et devraient se rattacher aux questions plus générales de fidélisation. Il est néanmoins clair que, à tous les niveaux, l'épidémie de VIH rend elle-même le problème de la fidélisation des personnels de santé plus aigu dans les pays et communautés où sévit le VIH.

Les personnels de santé quittent les services de santé publique pour occuper des emplois mieux payés, ou quittent les zones rurales pour aller travailler en ville. L'un des principaux facteurs d'incitation à cet égard semble être la crainte de l'infection et l'énorme stress qu'engendre le travail dans des communautés très gravement affectées par le VIH. On a même constaté, dans une étude sur les motifs d'émigration dans quatre pays africains (Cameroun, Afrique du Sud, Ouganda et Zimbabwe), que 6 des 13 raisons invoquées pouvaient être attribuées au VIH. Parmi ces raisons, on peut citer «un environnement plus sûr», «le manque d'installations», et «la lourde charge de travail». Un nouveau problème qui se fait de plus en plus sentir est celui des personnels de santé qui quittent leur emploi dans le secteur public pour travailler dans des programmes de lutte contre le VIH financés par des ONG, qui offrent des salaires supérieurs.

L'émigration internationale, ou «fuite des cerveaux», est elle aussi très sensible, puisque les services sanitaires du monde entier cherchent à compenser leurs propres pénuries en recrutant à l'étranger des professionnels de la santé qualifiés. Paradoxalement, les pays donateurs qui ont été les plus dynamiques dans le financement de la lutte contre le VIH sont aussi ceux qui accueillent en grand nombre des professionnels de la santé originaires des pays les plus touchés par le VIH. (Tableau 2)

Tableau 2

La fuite des cerveaux dans quelques pays africains

Pays	% (Nb) de médecins hors de leur pays d'origine	% (Nb) d'infirmières hors de leur pays d'origine
Afrique du Sud	37 (32 973)	7.0 (13 496)
Angola	19 (168)	0.1 (105)
Éthiopie	17 (1936)	0.1 (195)
Ghana	29 (3240)	13.0 (2267)
Ouganda	16 (1918)	0.1 (21)
Zimbabwe	11 (2086)	34.0 (3183)

Source : Organisation mondiale de la Santé, rapport annuel 2006

Mais le pire reste le fléau qu'est la maladie elle-même. Les membres des professions de santé tombent malades et décèdent, ou quittent la profession par crainte de la maladie.

Le volet «fidéliser» du plan TFF devra réduire les facteurs incitatifs afin que les personnels de santé demeurent dans les zones rurales et dans le secteur de la santé publique. En termes généraux, cela peut se faire en améliorant leurs conditions de vie et de travail par des incitations financières et non financières. Des augmentations de salaire sont nécessaires. Mais les rémunérations financières directes peuvent être

Les personnels de santé quittent les services de santé publique pour occuper des emplois mieux payés, ou quittent les zones rurales pour aller travailler en ville.

La riposte au VIH repose en grande partie sur des personnes qui elles-mêmes tombent malades et meurent. C'est pourquoi il est maintenant nécessaire de mener des interventions plus ciblées afin de soutenir ces personnels de santé et les maintenir en poste.

complétées par d'autres formes de rétributions appréciées des personnels de santé, telles que logement, aides aux déplacements, systèmes de crédit, allocations à la petite enfance, ou couverture des frais de scolarité. Ainsi, les gouvernements du Malawi et de Zambie ont mis sur pied des stratégies nationales audacieuses portant sur des compléments de salaires pour les professionnels de la santé et sur des avantages éducatifs et autres, afin de fidéliser les personnels de santé.

Parallèlement à ces approches générales, il est également nécessaire de traiter les facteurs spécifiques au sida, tels que la crainte de la transmission professionnelle du VIH, et la maladie et la mort liées au sida. Les types d'interventions relevant des volets «traiter» et «former» du plan TFF, tels que la protection contre les risques d'infection par l'amélioration de la sécurité au travail, la fourniture du traitement antirétroviral, ou les mesures visant à réduire le stress et l'épuisement professionnel, devraient également s'avérer efficaces en tant que stratégies de fidélisation dans les zones affectées par le VIH.

Le facteur attractif de l'émigration internationale doit lui aussi être amoindri. Mais la complexité des relations entre le professionnel lui-même, le lieu de travail et les forces du marché, et la nécessité de peser le droit des individus à émigrer en regard du droit à la santé dans leur pays d'origine, excluent toute mesure simple ou unique. Les codes de bonne conduite et les politiques font l'objet d'une attention soutenue de la part de la communauté internationale, et nombreux sont ceux qui appellent à une action et à une application plus fermes de la part des pays d'émigration et d'immigration. Les divers codes de bonne conduite qui existent pour l'éthique du recrutement fixent des

normes importantes. Mais n'étant pas juridiquement contraignants, ils manquent de force. Les codes de bonne conduite adoptés unilatéralement par les pays d'accueil sont peut-être plus faciles à mettre en œuvre. Au Royaume-Uni, qui est l'un des plus grands employeurs de professionnels de la santé étrangers, le gouvernement a montré le chemin en stipulant que 150 pays en développement ne seraient pas visés par des actions de recrutement, à moins que des accords bilatéraux explicites n'aient été conclus. Mais cela ne semble pas avoir endigué l'afflux de professionnels de la santé africains dans ce pays.

Un autre angle d'attaque consiste à découvrir de nouveaux moyens pour les pays d'origine d'utiliser les compétences de ceux qui ont émigré. Il s'agit là des programmes Diaspora, qui peuvent comprendre des programmes d'échanges ou d'apprentissage en ligne. L'urgence de la crise du sida pourrait également être exploitée pour encourager les professionnels à rentrer dans leur pays d'origine moyennant diverses incitations.

Une grande partie des débats et des travaux en matière de politiques se sont focalisés sur l'émigration des pays à faible revenu vers les pays à revenu élevé. Toutefois, dans le secteur du sida, l'émigration du secteur de la santé publique vers les emplois mieux rémunérés du secteur privé et les projets exécutés par les ONG dans le même pays contribue elle aussi à la crise des services de santé publique. C'est ainsi qu'en un an, la région de Masaka (Ouganda) a perdu 10 de ses 21 médecins, nouvellement formés en matière de VIH, en faveur de programmes menés par des ONG dans la région. Manifestement, des discussions et une collaboration s'imposent entre le secteur de la santé publique et les secteurs privé et non gouvernemental.

LES SYSTÈMES DE SANTÉ ET LE VIH

Au cours de ces dernières années, les initiatives parallèles visant à renforcer les services de santé dans les pays pauvres et à étendre la riposte au sida se sont intensifiées (Encadré). Pourtant, le mouvement de renforcement des systèmes de santé et le mouvement d'élargissement de l'accès aux services du sida se sont déroulés de façon indépendante. L'approche par les systèmes de santé et l'approche verticale des programmes touchant des maladies spécifiques ont même été considérées comme contradictoires. Cette situation a nui aux deux approches. Pour réussir, elles devraient être intégrées et se renforcer mutuellement.

L'OMS s'est clairement prononcée en faveur d'un modèle de santé publique pour la prestation des services liés au VIH. Par modèle de santé publique, on n'entend pas simplement un financement public. Par nature, l'approche de santé publique des soins prévoit des services pour tous, y compris les plus démunis. Parvenir à ce but, en particulier dans les pays à ressources limitées, suppose de se départir des modèles de soins classiques qui reposent sur des professionnels hautement qualifiés, et sont donc très concentrés et très coûteux. Au lieu de cela, l'approche de santé publique repose sur des systèmes uniformisés, simplifiés et décentralisés, de nature à tirer le meilleur bénéfice des soins primaires et des soins communautaires.

Dans le contexte de l'épidémie de VIH, l'approche de santé publique est la

Unissant les dynamiques et les engagements mondiaux envers l'accès universel aux services du VIH, le plan TFF a le potentiel de stimuler un effort mondial pour le renforcement des systèmes de santé.

L'appel pour un accès universel et les objectifs du Millénaire pour le développement

Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) ont apporté une vision et créé un élan pour un mouvement mondial qui s'intensifie sur la question du renforcement des services de santé dans les pays à faible revenu. Les forums de haut niveau qui se sont succédés à propos des progrès accomplis vers les OMD relatifs à la santé se sont de plus en plus focalisés sur la question des ressources humaines pour la santé, et en particulier sur la crise des ressources humaines pour la santé en Afrique, où l'on estime le déficit de personnel sanitaire à 1 million de personnes, et dont on considère qu'elle exige une action exceptionnelle.

Il en est résulté une nouvelle architecture mondiale et un plan d'action visant à

renforcer les ressources humaines pour la santé. En avril 2006 a été lancée l'Alliance mondiale pour les personnels de santé, en vue de constituer une plateforme mondiale faisant intervenir les principaux acteurs des ressources humaines pour la santé.

Parallèlement aux engagements pris dans le cadre des OMD, la détermination s'est renforcée au niveau mondial pour étendre les services du VIH. Le G8 l'a confirmé en 2005 au Sommet de Gleneagles, et les réunions qui ont suivi ont conduit à la création du Comité mondial d'orientation sur l'intensification pour l'accès universel. En décembre 2005, l'engagement consistant à "développer, s'agissant du VIH, la prévention, les soins, le traitement et les services d'accom-

pagnement, en s'efforçant de s'approcher le plus possible de l'objectif d'un accès universel au traitement à l'horizon 2010, pour tous ceux qui en ont besoin" était adopté par tous les États Membres des Nations Unies et intégré à une résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies (A/60/L.43).

À la base de cette résolution, il y a l'idée qu'inverser la propagation et les effets du VIH n'est pas seulement un OMD en soi, mais la voie, sinon le préalable, pour atteindre cinq autres OMD. Ce qui implique non seulement qu'il faut renforcer les systèmes de santé pour atteindre ces objectifs, mais aussi qu'ils doivent être en mesure d'assurer à grande échelle des services de qualité contre le VIH.

Le succès du plan TFF en tant que vaste plan polyvalent en faveur des personnels de santé concernés par le VIH, reposera sur les partenariats, la coopération et la coordination aux niveaux mondial, national, régional et communautaire.

seule qui offre une possibilité réaliste d'un accès universel aux services de prévention, de soins, de soutien et de traitement. En outre, si l'action visant à étendre les services du VIH doit être durable, il est essentiel que ces derniers soient intégrés aux services de santé existants. Il s'ensuit que les interventions menées dans le cadre du plan TFF, visant à protéger et à renforcer les effectifs de santé dans la perspective du VIH, fourniront également des occasions de renforcer les services de santé dans leur ensemble. Bien que l'urgence d'agir soit née de la crise du sida, le plan TFF ne constitue pas une nouvelle initiative verticale. Il s'agit plutôt d'un catalyseur, qui tend à introduire un caractère d'urgence et à apporter une coordination aux nombreuses actions déjà en cours dans le domaine des ressources humaines et du sida, et donc à relancer l'intérêt envers le développement des ressources humaines pour la santé. En tant que tel, ce plan ne pourra aboutir que s'il s'intègre dans les processus plus généraux de développement, de réduction de la pauvreté et de planification.

L'IMPORTANCE DES PARTENARIATS

Le plan TFF est désormais adopté, et a trouvé des soutiens auprès de nombreux acteurs. Le moment est venu de lui donner vie.

Ce plan est conçu comme une approche stratégique de mobilisation, et non comme un programme. Il n'est donc pas prévu de créer à cette fin de structure organisée nouvelle et différente. Pour porter ses fruits, le plan TFF devra être conduit et pris en main par les pays. Et par-dessus tout, la construction de partenariats sera essentielle pour le faire avancer.

La proposition du plan TFF est née d'un partenariat entre l'OIM, l'Organisation Internationale pour les Migrations (OIM) et l'OIT. Au niveau international, le plan est intégré à la nouvelle Alliance mondiale pour les personnels de santé, et il sera aligné avec le plan à 10 ans proposé par l'OIM pour agir sur le renforcement des ressources humaines pour la santé. Un groupe de pilotage du plan est en cours de constitution, composé d'acteurs importants appartenant aux gouvernements nationaux, aux agences et institutions financières internationales, aux institutions universitaires et aux organisations de la société civile (notamment des ONG et des organisations représentatives des personnes vivant avec le VIH).

Des groupes techniques spéciaux sont également en cours de constitution pour chacun des volets «traiter», «former», «fidéliser», et les mécanismes de partenariat envisageables entre les acteurs du plan TFF et les partenaires internationaux de la santé sont actuellement à l'étude.

Des plans détaillés de TFF devront être établis au niveau des pays, conformément aux priorités nationales. La gamme des besoins est fonction à la fois de l'étendue de l'épidémie et de la nature de la crise des ressources humaines pour la santé, de sorte que les différents volets du plan n'aient pas partout la même importance. Les besoins des pays qui connaissent une forte prévalence du VIH et un déficit massif en ressources humaines seront différents de ceux des pays à épidémie concentrée ou des pays à pénurie en personnel modérée. En Inde, par exemple, où les membres du secteur de la santé sont relativement peu nombreux à avoir besoin d'un traitement antirétroviral, mais où les besoins en personnels qualifiés sont importants, le volet «former» prendrait le pas sur le volet «traiter». Et les besoins du Brésil, où l'on compte deux personnes VIH-positives

par médecin, sont différents de ceux du Malawi, où l'on en compte 4 000. Le plan TFF vise à renforcer le personnel de santé dans le contexte du sida, mais il recouvre un grand nombre de disciplines, de secteurs et de domaines. Ainsi certains volets du plan pourront-ils être du ressort des acteurs concernés par le sida, et d'autres relever d'acteurs des domaines des ressources humaines, de l'éducation, de la gestion des migrations ou de la santé et de la sécurité au travail.

Pour toutes ces raisons, le succès de TFF dépendra de la coordination entre plusieurs ministères comme ceux de la santé, de l'éducation, des finances et du travail, et les plans TFF devront être incorporés aux plans généraux des ressources humaines pour la santé, qui seront eux-mêmes intégrés aux stratégies nationales de réduction de la pauvreté et de développement.

ÉVALUATION DES COÛTS ET FINANCEMENT

Le plan TFF exigera également des fonds. L'urgence de la crise du sida a mobilisé des engagements en faveur des services de lutte contre le VIH, et le financement s'est considérablement accru au niveau mondial. Mais un plan d'ensemble visant à renforcer les ressources humaines consacrées au sida engendrera forcément de nouveaux besoins.

L'OMS a procédé aux premières estimations des ressources nécessaires pour mettre en œuvre le plan TFF. Cette analyse montre que l'application du plan dans les 60 pays dont l'impact de l'épidémie du VIH est la plus élevée coûtera sur les 5 prochaines années au moins US \$ 7,2 milliards, et que ce chiffre pourrait atteindre US \$ 14 milliards. L'important décalage entre ces deux estimations résulte de deux analyses

alternatives : l'une prévoit un doublement des salaires des personnels de santé, l'autre prévoit de les multiplier par 5. Des différences budgétaires apparaissent en outre en fonction des modes de prestation de services. Le chiffre le plus faible correspond à un coût annuel par habitant de US \$ 0,60 dans les pays concernés, soit entre 3% et 5% des dépenses de santé couramment constatées dans les pays à faible revenu.

Le financement de la plupart des éléments du plan sera compris dans la politique de financement du secteur santé, et la gestion devra être orientée vers les priorités spécifiques aux pays. Les sources de financement peuvent se classer en sources nationales (notamment l'impôt et l'amélioration des dépenses actuelles) et extérieures (notamment l'emprunt et les subventions).

Les principales préoccupations et contraintes en matière de financement du secteur santé portent sur la concurrence des autres secteurs, la capacité d'absorption, la mauvaise gouvernance et des questions concernant la pérennité et la dépendance à l'égard des donateurs.

Cependant, le financement d'un plan en faveur du personnel de santé concerné par le sida soulève nombre des questions et défis plus vastes évoquées ces dernières années à propos du financement et du développement. La plus importante de ces questions est celle de la nécessité d'un financement prévisible et stable. Les dépenses de santé publique sont aussi soumises à d'autres contraintes. Afin de préserver la stabilité macroéconomique, certains pays imposent des plafonds aux dépenses publiques. Il en résulte des moratoires sur les recrutements et hausses de salaires dans le secteur de la santé, et des freins à l'expansion du secteur santé, particulièrement en Afrique subsaharienne. Certains pays en sont arrivés à une

L'application du plan dans les 60 pays dont l'impact de l'épidémie du VIH est le plus élevé coûtera sur les 5 prochaines années au moins US \$ 7,2 milliards.

L'urgence du sida a conduit les gouvernements à prendre l'engagement politique d'augmenter l'espace budgétaire destiné aux dépenses publiques en faveur de la santé et de la lutte contre le VIH/sida.

situation paradoxale, avec la coexistence du chômage parmi les personnels de santé qualifiés et d'une pénurie en ressources humaines dans le système de santé.

Toutefois, dans de nombreux pays, l'urgence du sida a conduit les gouvernements à prendre l'engagement politique d'augmenter l'espace budgétaire destiné aux dépenses publiques en faveur de la santé et de la lutte contre le VIH/sida. Le Rapport sur la santé dans le monde 2006 soutient que la négociation d'un espace budgétaire pour le personnel de santé impliquera que la communauté internationale du développement sanitaire engage des discussions productives avec les ministères des finances, les institutions financières internationales et les grands intervenants internationaux. Dans les pays où il existe des plafonds de dépenses publiques, on peut soutenir que le financement du plan TFF et des plans généraux en faveur des personnels de santé justifie un statut dérogatoire. La cause sera d'autant mieux entendue que l'on aura réuni les éléments pour prouver qu'à défaut de mener une action spéciale, les conséquences à long terme seront néfastes pour l'ensemble de l'économie.

LE RÔLE DE L'OMS

L'OMS est l'organisme chef de file du plan TFF, et elle aidera les pays à le mettre en œuvre. L'Organisation a déjà entrepris une analyse rigoureuse des coûts qu'impliquera cette mise en œuvre. Il s'agira là d'une première étape importante dans la mobilisation des fonds nécessaires. Ensuite, l'OMS aidera les pays à affiner leurs budgets en fonction de leurs besoins nationaux propres.

Au titre du volet «traiter» du plan TFF, pour apporter aux personnels de santé

prévention, soins, soutien et traitement du VIH, il faudra créer un cadre institutionnel qui le permette. En partenariat avec l'OIT, l'OMS aidera les pays en élaborant un ensemble d'outils et de recommandations reconnaissant les personnels de santé en tant que groupe vulnérable ayant besoin d'interventions adaptées. L'OMS lancera en outre des campagnes ciblées sur des questions comme la lutte contre la stigmatisation concernant le VIH/sida, et la réduction des risques de transmission professionnelle, et définira des normes de nature à guider l'action dans ces domaines.

Dans le cadre du volet «former», l'OMS œuvrera pour aider les pays à surmonter les importantes difficultés qui se présenteront dans la mise en œuvre du transfert de tâches à grande échelle. L'une des plus complexes consiste à augmenter de cette manière les ressources humaines sans compromettre la qualité des services. Par conséquent, l'OMS poursuivra sa collaboration avec ses partenaires en vue d'un programme standardisé de formation et de certification des effectifs professionnels et non professionnels pour garantir des normes essentielles de soins. L'OMS aidera également à définir la législation sanitaire nécessaire à la réglementation du transfert de tâches, afin par exemple d'autoriser les infirmières à prescrire des traitements antirétroviraux et les prestataires non professionnels à pratiquer le dépistage du VIH et le conseil. Elle mettra au point des critères de recrutement pour les non professionnels, y compris les personnes vivant avec le VIH. Elle recherchera en outre des dispositifs permettant de créer et de financer de nouveaux postes.

Il s'agit là de quelques-unes des questions importantes qui devront être traitées pour faire aboutir les approches simplifiées et uniformisées que comporte le transfert de tâches. Il s'agit en outre de domaines où l'OMS peut apporter une contribution utile et importante.

Pour appuyer le volet «fidéliser», l'OMS, en partenariat avec l'OIM et l'OIT, entend jouer un rôle moteur et plaider en faveur d'incitations financières afin de retenir les personnels de santé et, dans ce cadre, elle contribuera à l'élaboration d'échelles de salaires durables et équitables. Elle recherchera également quel rôle peuvent jouer les incitations non financières. L'OMS entreprendra d'analyser les facteurs incitatifs issus des lieux de travail, et apportera son assistance à l'amélioration des lieux de travail en offrant ses conseils sur les meilleures pratiques.

Plus généralement, l'OMS collaborera étroitement avec ceux des pays qui s'engageront en premier dans la mise en œuvre du plan TFF, afin d'évaluer et de suivre les progrès accomplis et de rassembler les expériences et les exemples de bonnes pratiques qui pourront être appliqués ailleurs.

Au niveau mondial, l'OMS jouera un rôle de coordination et, avec l'OIT et l'OIM, plaidera la cause du plan TFF en vue de susciter une solidarité internationale qui pourra elle-même faciliter l'établissement de cadres techniques et la conclusion d'accords de coopération. L'OMS remplira

également une fonction essentielle en suivant la progression du plan dans le monde.

En conclusion, le plan TFF est un vaste plan polyvalent portant sur les personnels de santé et les questions de VIH, qui tient compte des besoins particuliers du personnel de santé; qui impliquera une prise en main de la part des pays et une intégration dans la planification nationale; qui s'appuiera sur des modèles alternatifs de soins, tels que le transfert de tâches et la participation des personnes vivant avec le VIH; qui associera la cohérence d'une approche systémique à la rapidité nécessaire pour riposter à l'urgence de l'épidémie; et qui reposera sur des coopérations et des partenariats, ainsi que sur des bases factuelles.

Le plan de l'OMS «Traiter, Former, Fidéliser» constitue pour les systèmes de santé nationaux un renfort indispensable, qui produira des effets bien au-delà du VIH. En accroissant le nombre des professionnels et agents de santé bien formés, en bonne santé et motivés, ce plan apportera un bénéfice important aux systèmes de santé dans leur ensemble.

**Le plan TFF
associera la
cohérence
d'une approche
système à la
rapidité nécessaire
pour riposter
à l'urgence de
l'épidémie.**

A blue-tinted photograph showing the silhouettes of several people walking across a zebra crossing at night. The scene is captured from a low angle, emphasizing the shapes of the figures against the dark background.

Programme VIH/SIDA

Renforcer les services de santé pour
combattre le VIH/SIDA