

# Travailler *ensemble* pour la santé

Rapport sur la santé dans le monde 2006

## Notes d'orientation



Organisation  
mondiale de la Santé





Travailler *ensemble* pour la santé

Rapport sur la santé dans le monde 2006

---

# Notes d'orientation

---



Organisation  
mondiale de la Santé

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS

Organisation mondiale de la Santé.

Rapport sur la santé dans le monde 2006 : travailler ensemble pour la santé : notes d'orientation.

1.Organisation mondiale de la Santé. 2.Politique sanitaire. 3.Enseignement médical. 4.Personnel sanitaire. 5.Main-d'oeuvre. I.Titre. II.Titre : Travailler ensemble pour la santé : notes d'orientation. III.Titre : Notes d'orientation.

ISBN 92 4 259424 5

(NLM classification: W 21)

ISBN 978 92 4 259424 9

© Organisation mondiale de la Santé 2006

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 32 64; télécopie: + 41 222 791 48 57; adresse électronique : [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci-dessus (télécopie: +41 22 791 48 06; adresse électronique : [permissions@who.int](mailto:permissions@who.int)).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé par le Service de production des documents de l'OMS, Genève, Suisse.

# Contents

---

1.	Stratégies visant à améliorer les moyens d'information et de recherche sur le personnel de santé .....	1
2.	Développer les capacités et l'apprentissage tout au long de la vie par l'investissement dans l'enseignement .....	7
3.	Tirer le meilleur parti du personnel de santé existant .....	11
4.	Faire face aux défis complexes posés par les migrations du personnel de santé .....	15
5.	Créer des passerelles entre agents de santé affectés à des programmes de santé publique distincts .....	19
6.	Financer le développement des ressources humaines du secteur de la santé .....	23



# Stratégies visant à améliorer les moyens d'information et de recherche sur le personnel de santé

## Considérations générales

Qu'il s'agisse de parer aux situations d'urgence ou d'adopter une perspective à long terme, les mesures nécessaires pour résoudre la crise de plus en plus aiguë que connaît le personnel de santé doivent pouvoir s'appuyer sur des informations précises, des études fiables et un solide gisement de connaissances. La recherche peut aider les décideurs à déterminer les questions les plus pressantes concernant la situation du personnel, son niveau de performance et les problèmes qu'il rencontre, et à tenter d'y apporter des réponses.

Tous les pays sont aujourd'hui les acteurs d'un marché caractérisé par une mobilité internationale et intranationale accrue des agents de santé. Par ailleurs, les réformes du secteur de la santé, l'évolution démographique et épidémiologique, l'introduction de nouvelles technologies et de nouveaux types de soins contribuent à alimenter la demande d'agents de santé partout dans le monde. Les pouvoirs publics ont par conséquent besoin d'informations précises et actualisées, ainsi que d'études de pointe pour être en mesure d'évaluer l'impact de ces changements sur le personnel de santé, d'élaborer des stratégies efficaces et de prendre au moment voulu les mesures qui s'imposent.

Cependant, le morcellement des informations sur le personnel sanitaire, la dilution des responsabilités dans le réseau des ministères et des organisations, les pénuries de ressources humaines et l'absence d'infrastructures ont pour l'instant empêché les pays de mener véritablement à bien la collecte, l'exploitation et l'analyse des données concernant les agents de santé. Par ailleurs, même lorsque l'on dispose d'un volume suffisant de données de qualité, l'absence d'indicateurs de base en matière de personnel de santé, conjuguée à des problèmes de définition touchant la classification des catégories professionnelles, font que les décideurs ne peuvent pas en tirer véritablement parti.

Les études consacrées aux ressources humaines du secteur de la santé sont insuffisantes, d'inégale qualité et essentiellement descriptives. Il existe peu de recherches systématiques et de recueils de meilleures pratiques. L'absence de collaboration entre les organisations concernées – qui a pour double conséquence un chevauchement des activités et une sous-utilisation des savoir-faire et des bases de données – rend encore plus difficile l'utilisation des informations et des études sur le personnel sanitaire pour l'élaboration de politiques et de mesures concrètes.

La présente note d'orientation propose quelques stratégies susceptibles de contribuer à la mise en place de systèmes d'information efficaces, à l'élaboration d'une base de données solide sur le personnel sanitaire, l'objectif étant d'orienter, d'accélérer et d'améliorer les actions menées au plan national.

## Stratégies d'action

Il importe d'améliorer rapidement la base de données sur le personnel de santé afin que les décisions prises au niveau local, national et international puissent s'appuyer sur des éléments d'information solides, répondre aux besoins croissants de personnel de santé et résoudre les difficultés que cela pose. Pour assurer l'efficacité des systèmes d'information et des recherches sur le personnel de santé, il importe:

- que chaque pays en assure la maîtrise et la conduite;
- qu'ils reposent sur les initiatives coordonnées des ministères et des institutions universitaires ainsi que des autres partenaires concernés;
- qu'ils bénéficient d'un soutien financier et technique de la part des institutions internationales.

Les stratégies définies ci-dessous doivent être considérées comme complémentaires, mais elles n'auront un impact maximal que si elles sont menées de front.

### **Assurer la collecte, la saisie et l'exploitation des informations sur le personnel sanitaire**

Bien que nous ne disposions pas des données qui pourraient mettre en lumière toute la complexité des problèmes rencontrés par les ressources humaines du secteur de la santé, il existe cependant quelques sources d'informations facilement accessibles susceptibles de renseigner sur la taille des effectifs du personnel sanitaire, sur ses caractéristiques et sa dynamique. Il est notamment possible de consulter:

- les registres administratifs (des ministères de la Santé, de l'Education et de l'Immigration, ceux des associations professionnelles et des organismes de réglementation);
- les enquêtes sur les établissements de soins;
- les enquêtes sur la population active ou autres enquêtes effectuées auprès des ménages;
- les recensements nationaux de la population et de l'habitat.

Il importe de tirer le meilleur parti des informations issues de ces sources, sans oublier toutefois leur caractère partiel et en se réservant la possibilité de chercher, si nécessaire, d'autres moyens d'information. La plupart des sources d'information ne fournissent en effet qu'un tableau incomplet de la situation du personnel sanitaire; les données sont souvent recueillies à intervalles longs ou irréguliers, ce qui réduit l'utilité qu'elles peuvent présenter pour l'élaboration des politiques. En définitive, il serait souhaitable à long terme que les pays puissent mettre au point un système spécialement conçu pour recueillir, traiter et exploiter régulièrement les informations sur les agents de santé et les établissements de formation sanitaire.

### **Investir dans la technologie de l'information**

Pour être en mesure, aujourd'hui ou demain, d'utiliser les données disponibles de manière optimale, il est important que les pays puissent équiper les services concernés des technologies appropriées. Une étude réalisée en 2004 par le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique révèle, par exemple, que 22% des services des ministères de la santé n'avaient pas d'équipement informatique, 45% n'avaient pas accès à la messagerie électronique, et que 32% seulement des services possédaient un fax. On comprend, dans ces conditions, qu'un investissement, même modeste, pourrait donner des résultats non négligeables.

### **Développer l'expertise et les compétences locales**

Ce sont souvent les pays qui ont le plus besoin de renforcer leurs effectifs sanitaires qui ont également la capacité de suivi la plus limitée, d'où l'importance cruciale pour ces pays de la coopération technique et de la formation. Les ministères concernés, les associations professionnelles et les organismes chargés des homologations devraient eux aussi bénéficier de ce travail de renforcement des capacités. La formation devrait comporter plusieurs volets et permettre de développer des compétences dans des domaines tels que le recensement et la collecte de données sur le personnel sanitaire, la gestion des bases de données, la conduite d'analyses et l'établissement de rapports. L'avantage du renforcement des capacités est qu'il permet d'effectuer de manière continue la collecte et l'analyse des données utiles au niveau local et national. Ces données sont alors disponibles au moment voulu pour la planification et les prises de décisions.

### **Harmoniser le système de classification du personnel sanitaire**

La saisie, le traitement et l'exploitation des données sur le personnel de santé nécessitent un système de classification homogène et cohérent. Il faut prendre des mesures, au niveau local et international, pour améliorer la définition et la classification des professions de santé; il serait souhaitable, par exemple, de mettre sur pied un système de classification du personnel de santé agréé au plan



international, pour étayer la Classification internationale type des professions (CITP) mise au point par l'Organisation internationale du Travail. Outre qu'elle permettra une utilisation optimale des données existantes, une meilleure harmonisation facilitera à l'avenir le recueil des données et simplifiera les comparaisons dans le temps et dans l'espace ainsi qu'entre sources.

### **Utiliser des indicateurs types**

La gestion de bases de données sur le personnel n'est utile que si l'on peut ainsi obtenir des informations susceptibles de faciliter les décisions stratégiques. L'utilisation d'indicateurs de base peut faciliter la conversion de simples données en informations et en éléments d'appréciation à part entière. Si, dans un contexte donné, le choix de l'indicateur approprié dépend généralement du type des questions à traiter ainsi que de la nature des données disponibles, il est cependant important que les pays utilisent une série d'indicateurs normalisés susceptibles de faciliter les comparaisons.

En attendant la mise au point d'indicateurs de base qui soient à la fois faciles à appliquer et suffisamment généraux pour permettre des comparaisons et mettre en lumière des thématiques présentant de l'intérêt pour de nombreuses parties prenantes, on pourra utiliser avec profit les indicateurs suivants:

- l'effectif et la densité des agents de santé (pour 10 000 habitants);
- la proportion relative de médecins et d'infirmières ou autres agents de santé;
- la composition géographique et sociodémographique des effectifs;
- la répartition des agents de santé entre les diverses institutions (publiques, privées et non gouvernementales);
- le taux de chômage et l'incidence du cumul d'emplois chez les professionnels de santé;
- les écarts salariaux entre les professions de santé et les autres professions, entre les médecins et les infirmières, ou, dans les professions de santé, entre les hommes et les femmes.

Il existe d'autres indicateurs intéressants concernant les arrivées, la constitution des effectifs et les établissements de formation, à savoir: le nombre d'arrivants/diplômés sortis des établissements de formation, les flux migratoires internationaux et interrégionaux, le nombre de départs à la retraite et de décès parmi le personnel de santé, enfin, le nombre d'établissements par type de formation.

La liste qui précède n'ayant qu'une valeur indicative, il appartiendra aux pays, selon leurs besoins et leur situation propres, de mettre au point d'autres indicateurs et d'explorer d'autres types de rapports.

### **Promouvoir des recherches actives et novatrices**

Des systèmes d'information efficaces permettent de disposer de données fiables et actualisées sur les caractéristiques du personnel de santé, d'évaluer les tendances et de faire des comparaisons dans la durée. Pour l'heure, des contraintes financières font que le nombre de recherches opérationnelles et d'études d'impact sur le personnel sanitaire est très limité. Il est essentiel d'accroître les investissements, comme en sont convenus les délégués lors du Sommet ministériel sur la recherche en santé (Mexico, octobre 2004). Les décideurs devraient s'attacher à promouvoir les recherches au plan national, dans le cadre d'une stratégie nationale en matière de recherche sur les systèmes de santé qui tienne compte des priorités de la recherche sur les agents de santé.

Les pays devraient promouvoir une recherche axée sur les objectifs suivants:

- passer d'études purement descriptives à des recherches conceptuelles, des analyses stratégiques et des évaluations d'impact;
- promouvoir les recherches internationales et comparatives en examinant des projets de recherche polyvalents menés dans plusieurs pays et dans divers contextes, afin de pouvoir mieux comparer et

transférer les résultats – par exemple, l'étude sur les migrations de personnel sanitaire en provenance d'Afrique ou, en Europe, l'étude sur l'érosion du personnel infirmier;

- intégrer les recherches dans les mesures et activités en cours ou prévues, comme la réforme du secteur de la santé, afin que l'on puisse tirer de l'expérience des divers pays des enseignements susceptibles d'être comparés et partagés;
- évaluer les problèmes relatifs au personnel sanitaire dans le cadre de programmes consacrés à une pathologie déterminée et financés par des initiatives mondiales en faveur de la santé et faire apparaître, preuves à l'appui, l'impact de ces initiatives ainsi que celui d'autres programmes (comme ceux qui sont consacrés à la santé de la mère et de l'enfant) sur le personnel de santé. De même, les pays auront tout intérêt à étudier les liens existant entre les résultats de l'action de santé et la densité des ressources humaines.

### **Mettre en place, renforcer et assurer le fonctionnement durable des réseaux**

La mise en place d'un gisement de connaissances et de données sur le personnel sanitaire nécessite une action coordonnée dans divers secteurs – santé, éducation, travail, fonction publique et secteur privé – ainsi que de la part des instances de réglementation, de l'organisme national de statistique, des institutions universitaires et autres parties prenantes. Il importe donc de mettre sur pied et de consolider des mécanismes permettant de réunir les producteurs et les utilisateurs des informations et des études sur le personnel de santé au niveau national, régional et international.

Cela permettrait d'améliorer la qualité et l'harmonisation des données, de renforcer les capacités en matière de recueil, d'analyse et de diffusion des informations et des études sur le personnel de santé. Il existe déjà des réseaux qui ont fait leurs preuves, notamment les observatoires mis en place dans les Amériques et l'Observatoire européen des Systèmes et des Politiques de Santé. La création d'un observatoire africain proposée par le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et ses partenaires est une autre initiative souhaitable qui doit bénéficier du soutien sans réserve de la communauté internationale.

Il conviendrait également de créer et de gérer des réseaux de ce type pour rapprocher les producteurs et les utilisateurs de la recherche. On peut citer comme exemple le Réseau de bases factuelles à l'appui des politiques (EVIPNet) mis en place par l'OMS pour favoriser les échanges entre décideurs, chercheurs et représentants de la société civile en vue de mettre les informations scientifiques au service de l'élaboration de politiques sanitaires. EVIPNet se charge également de définir les grandes priorités et les grands problèmes et de traduire les résultats des recherches en propositions d'action faciles à mettre en oeuvre par les usagers.

Les décideurs doivent également s'efforcer de multiplier les contacts avec les chercheurs dans leur propre pays afin de créer une masse critique de spécialistes de la recherche sur le personnel sanitaire, de développer la recherche locale et d'en faciliter l'accès. Il est également crucial de promouvoir l'accès aux travaux extérieurs, moyennant la mise sur pied de réseaux de recherche et la création de répertoires de meilleures pratiques.

### **Lectures conseillées**

Awases M, Nyoni J, Gbary A, Chatora R. *Migration of health professionals in six countries: a synthesis report*. Brazzaville, World Health Organization Regional Office for Africa, 2003.

Black, N. Health care workforce: how research can help. Editorial. *Journal of Health Services Research & Policy*, 2004, 9(Suppl. 1):S1-2.

Dal Poz MR, Kinfu Y, Dräger S, Kunjumen T, Diallo K. *Counting health workers: definitions, data, methods and global results*. Background paper for *Working together for health: the world health report 2006*. Geneva, World Health Organization, 2006 (available at: <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).

Diallo K, Zurn P, Gupta N, Dal Poz MR. Monitoring and evaluation of human resources for health: an international perspective. *Human Resources for Health*, 2003, 1:3 (14 April 2003).

- Dubois C-A, Mckee M. Cross-national comparisons of human resources for health. What can we learn? *Health Economics, Policy and Law*, 2006, 1:59–78.
- Hamid M, Bustamante-Manaog T, Viet Dung T, Akkhavong K, Fu H, Ma Y, Zhong X, Salmela R, Panisset U, Pang T. *EVIPNet: translating the spirit of Mexico*. *The Lancet*, 2005, 19 November, 366(9499):1758–1760.
- Hasselhorn H-S, Müller BS, Tackenberg P, eds. *Sustaining working ability in the nursing profession – investigation of premature departure from work*. Nurses Early Exit Study – NEXT. NEXT Scientific Report. Wuppertal, University of Wuppertal, July 2005.
- Hernandez P, Dräger S, Evans DB, Tan-Torres T, Dal Poz MR. *Measuring expenditure for the health workforce: challenges and evidence*. Background paper for *Working together for health: the world health report 2006*. Geneva, World Health Organization, 2006 (available at: <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).
- Hongoro C, McPake B. How to bridge the gap in human resources for health. *The Lancet*, 2004, 364:1451–1456.
- Human Resources of European Health Systems: Final Report*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2001.
- Kinfu Y, Mercer H, Dal Poz MR, Evans DB. *Estimating inflows and outflows of health providers in sub-Saharan Africa*. Background paper for *Working together for health: the world health report 2006*. Geneva, World Health Organization, 2006 (available at: <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).
- Ministerial Summit on Health Research: Mexico City, Mexico. Report from the Ministerial Summit on Health Research: identify challenges, inform actions, correct inequities*. Geneva, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2004. (available at: <http://www.who.int/rpc/summit/en/>).
- Moore J, Karnaukhova J, McGinnis S, Ricketts T, Skillman S, Paul E, Dal Poz MR, Rigoli F. *Human resources for health: options for analysis and monitoring*. Unpublished manuscript, 2005.
- Report of the Task Force on Health Systems Research*. Geneva, World Health Organization, 2005. (available at: [http://www.who.int/rpc/summit/Task\\_Force\\_on\\_HSR\\_2.pdf](http://www.who.int/rpc/summit/Task_Force_on_HSR_2.pdf), accessed on 12 February 2006).
- Report on WHO workshop on formulating a global research agenda for human resources for health. Cape Town, 6-8 September 2004*. Geneva, World Health Organization, 2004.
- Rigoli F, Arteaga O. *The experiences of the Latin America and Caribbean observatory of human resources in health, 2004* (<http://www.lachsr.org/Observatório/eng/pdfs/arteagaObservatoryHR.pdf>).
- Speybroeck N, Kinfu Y, Dal Poz MR, Evans DB. Reassessing the relationship between human resources for health, intervention coverage and health outcome. Background paper for *Working together for health: the world health report 2006*. Geneva, World Health Organization, 2006 (available at: <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).
- Working together for health: the world health report 2006*. Geneva, World Health Organization, 2006.



# Développer les capacités et l'apprentissage tout au long de la vie par l'investissement dans l'enseignement

## Pourquoi privilégier l'enseignement et la formation?

Aucun système de santé ne peut s'offrir le risque de fournir une formation médiocre aux agents de santé. De même, aucun système de santé ne peut fonctionner correctement si la formation du personnel n'est pas adaptée aux besoins sanitaires de la population. On constate cependant que beaucoup de pays ont tendance à négliger cette formation qui peine à évoluer alors même que les besoins sanitaires connaissent de rapides mutations.

Il existe trois raisons impérieuses qui commandent d'accorder à nouveau toute notre attention à la formation des agents de santé.

- D'abord, les besoins en personnel de santé augmentent partout dans le monde. *Le Rapport sur la santé dans le monde 2006* fait état d'une pénurie de 4,3 millions d'agents de santé dans le monde. Pour former ces travailleurs, les établissements de formation devront accroître leurs capacités.
- Ensuite, de nombreux secteurs sanitaires ont besoin de renforcer leurs effectifs à plusieurs niveaux – ils n'ont pas seulement besoin de plus de médecins et d'infirmières, mais également de plus de responsables administratifs, de professionnels de la santé publique et d'agents de santé communautaires. Il y a dans le monde beaucoup plus d'établissements de formation pour les médecins (plus de 1600 établissements) et les infirmières (environ 6000 établissements) que pour les spécialistes de la santé publique (environ 375 écoles). S'ils veulent pouvoir former un personnel de santé possédant un vaste éventail de qualifications, les responsables de la formation sanitaire devront proposer une formation plus diversifiée et plus riche.
- Enfin, les agents sanitaires travaillent dans un monde qui ne cesse d'évoluer. Les risques pathologiques évoluent, ce qui amène constamment à réformer les protocoles de traitement. Les structures de gestion se modernisent. Les individus, les familles et les communautés sont de mieux en mieux informés sur les questions de santé et sur le traitement qu'il souhaitent. Pour "produire" des agents de santé qui soient en mesure de faire face à ce contexte en pleine mutation, les établissements de santé devront leur permettre d'acquérir les compétences appropriées, notamment la capacité de rester des apprenants durant toute leur vie professionnelle.

## Que faut-il faire?

### Evaluer les programmes destinés aux agents de santé

Pour savoir quels sont les changements nécessaires, les décideurs devront évaluer les formations existantes en fonction des besoins de leur secteur. A cette fin, il faudra rassembler les informations qui permettront de répondre à certaines questions clés, notamment les suivantes:

- De quels établissements de formation, avant l'emploi et en cours d'emploi, disposons-nous pour former notre personnel? Dans quelle domaine ces établissements peuvent-ils proposer une formation? Quel est le nombre actuel de diplômés qui sortent chaque année de ces établissements, compte tenu de leurs capacités actuelles? Ou se trouvent-ils? En quelle langue la formation est-elle dispensée?
- Quels sont les besoins présents et futurs du secteur de la santé? Quelles qualifications et quelles compétences sont et seront nécessaires pour le personnel de santé? (Il convient de tenir compte non seulement des compétences médicales purement techniques, mais également d'autres

compétences, notamment dans le domaine de la gestion, de la santé publique et des atouts personnels, comme les compétences linguistiques). De nouveaux cadres – infirmières cliniciennes, assistants médicaux ou agents communautaires – sont-ils nécessaires?

- A quel niveau se situent les lacunes? Dans quelle mesure le pays peut-il s'appuyer sur les écoles nationales, régionales ou internationales? Combien et comment faut-il investir pour améliorer la formation des agents de santé?

### **Vérifier qu'il existe des institutions et des programmes de formation adéquats et contrôler la qualité de leurs activités**

Les décideurs disposent de plusieurs solutions pour améliorer la formation avant l'emploi et en cours d'emploi des agents de santé. La solution adéquate ne sera pas la même selon les endroits. Certains pays se doteront de toute une gamme d'écoles et d'établissements de formation. D'autres préféreront combiner formation sur le territoire et formation à l'étranger. Dans certaines régions qui utilisent la même langue de travail les pays peuvent décider de coordonner leur approche de telle sorte que l'un des pays ait une faculté de médecine et son voisin une école de santé publique.

Quelle que soit l'option retenue, l'élément crucial pour les décideurs est de s'assurer de l'existence de mécanismes de contrôle de la qualité. L'homologation des établissements de formation (et, dans certains pays, la certification des enseignants) permet en effet de se faire une bonne idée du fonctionnement des établissements en question et de déterminer les améliorations nécessaires. La procédure d'homologation, effectuée par des instances gouvernementales ou des organisations instituées par un ensemble d'établissements, impose aux institutions de prouver qu'elles sont en mesure d'atteindre les objectifs pédagogiques qu'elles se sont fixés. Une enquête récente effectuée auprès d'écoles de médecine montre que les programmes d'homologation ne sont pas répartis régulièrement dans le monde. Il faut également faire le nécessaire pour que les procédures d'homologation soient mises en œuvre dans d'autres établissements de formation sanitaire que les écoles de médecine et les écoles d'infirmières.

### **Veiller aux infrastructures**

Les établissements de formation sanitaire se doivent de posséder certains équipements tels que terrains appropriés, locaux spécialement adaptés, laboratoires spécialisés, matériels didactiques adéquats. L'absence d'infrastructures adéquates peut limiter les effectifs d'étudiants et le potentiel d'expansion de l'établissement.

Pour nombre de pays à bas revenu et à revenu intermédiaire, il n'est pas toujours facile d'assurer la fourniture de manuels et autres matériels didactiques de qualité. Certaines solutions ont été mises au point pour résoudre cette difficulté. En Amérique latine et dans les Caraïbes, le programme PALTEX effectue un contrôle de la qualité, propose des rabais sur une gamme importante de manuels et offre des outils de diagnostic de base à plus de 600 établissements. Grâce au programme HINARI, mis sur pied par l'OMS en collaboration avec quelques éditeurs de renom, des institutions universitaires, des instituts de recherche, des administrations publiques et des hôpitaux universitaires de pays en développement ont accès à l'une des plus importantes sources de littérature biomédicale et sanitaire du monde. Les établissements sanitaires de plus de 69 pays ont désormais accès gratuitement à plus de 3200 revues non abrégées et autres ressources; 44 autres pays y ont également accès pour un coût modique.

### **S'assurer que l'on dispose des fonds nécessaires pour la formation d'élèves de divers niveaux**

La plupart des établissements de formation aux professions de santé exigent des candidats un diplôme de fin d'études secondaires. Beaucoup de pays rencontrent cependant des problèmes de financement qui contribuent à restreindre fortement le nombre de ceux qui ont accès à ce type de formation. Qui

plus est, le profil des étudiants qui commencent des études médicales ne reflète guère ni le profil social et linguistique du pays ni sa diversité ethnique car, dans leur grande majorité, les étudiants sont issus des classes sociales supérieures et des groupes ethniques dominants. La conscience de plus en plus aiguë que l'on a aujourd'hui de l'importance des facteurs socioculturels et linguistiques dans les professions médicales et assimilées explique le regain d'attention porté aux procédures d'admission, qui sont souvent biaisées. Il pourrait ainsi se révéler nécessaire de prévoir un certain contingent de bourses d'études pour s'assurer, par exemple, que les prestataires de soins de santé parlent la langue de ceux auprès desquels ils sont appelés à exercer.

### **Gérer l'évolution des programmes de formation et privilégier un enseignement axé sur les besoins du patient et sur la pratique**

Le programme d'études correspond aux connaissances et aux compétences que les différents types d'agents de santé doivent acquérir. L'introduction d'un nouveau cours dans un programme d'enseignement consacre la légitimité d'une matière et peut induire des bouleversements susceptibles de déboucher sur la création de nouvelles disciplines, de nouveaux départements, de nouvelles écoles et de nouvelles catégories d'agents de santé. Une telle évolution peut avoir d'importantes répercussions sur la pratique des soins de santé. Au cours des 40 dernières années, par exemple, l'épidémiologie clinique est peu à peu passée du statut de parente pauvre de la médecine à celui d'initiatrice de l'approche fondée sur la preuve qui a renouvelé de fond en comble le domaine de la santé et de la médecine.

Il n'est pas facile de réformer des programmes d'études. Il convient d'abord de vérifier si les programmes en place sont toujours adéquats; dans ce domaine, toute recommandation d'amélioration peut apparaître comme une remise en cause des frontières entre spécialités et des hiérarchies. L'introduction de changements majeurs peut nécessiter un renouvellement à plusieurs niveaux – compétences du personnel enseignant, matériel didactique, sites de formation – qui n'est pas sans avoir des incidences sur l'allocation des ressources.

De nombreux éléments semblent plaider en faveur d'un enseignement axé sur la pratique (c'est-à-dire pour lequel il importe que l'étudiant mette son savoir livresque à l'épreuve de situations concrètes). La supériorité de ce type d'approche sur les autres programmes de formation est régulièrement mise en évidence par des évaluations qui indiquent que les professionnels qui passent par cette école sont mieux qualifiés et ont un comportement plus adéquat. On pourra donc améliorer efficacement les programmes de formation en privilégiant ce type d'enseignement. De même, on pourra faciliter la mise en œuvre d'approches intégrées de la santé (de l'individu ou des communautés) en intégrant dans les disciplines cliniques une formation en santé publique.

Quelles que soient les réformes des programmes d'études ou des méthodes d'enseignements que l'on envisage, le personnel enseignant devra bénéficier d'un appui soutenu, tant pour l'introduction des réformes que pour le maintien de la validité de leurs compétences. Par ailleurs, un programme d'encadrement visant à assurer le développement professionnel des enseignants aura pour effet, non seulement d'améliorer la performance de ces derniers, mais aussi de les motiver et de les inciter à poursuivre leur mission éducative. Il importera, le cas échéant, de veiller à ce que les femmes ne soient pas désavantagées.

### **Stimuler l'apprentissage tout au long de la vie par des approches d'orientation personnelle et de résolution de problèmes**

Etant donné le rythme des changements qui surviennent dans le secteur de la santé ainsi que la constante production de nouvelles connaissances, il est peu probable que les programmes de formation puissent dispenser la totalité du savoir dont les agents de santé auront besoin tout au long de leur carrière. De fait, le but des écoles devraient être d'aider les étudiants à "apprendre à apprendre". La capacité d'acquérir de nouvelles compétences et de nouvelles connaissances durant toute la vie est elle-même une compétence de base dont les programmes d'enseignement doivent favoriser le

développement. S'ils admettent ce principe, les éducateurs vont prendre leurs distances vis-à-vis de l'enseignement à visée essentiellement didactique pour adopter une stratégie éducative centrée sur l'étudiant, axée sur la résolution de problèmes et mettant davantage l'accent sur l'acquisition du savoir-faire que sur l'accumulation de savoir. Il y a lieu de penser que les étudiants sont très satisfaits de cette nouvelle orientation et que les enseignants apprécient également beaucoup l'apprentissage dans lequel ils confrontent l'apprenant aux problèmes à résoudre. Il serait cependant nécessaire de poursuivre des recherches pour s'assurer de l'efficacité et de la rentabilité de cette forme d'apprentissage dans divers contextes.

## Conclusion

Qu'il s'agisse d'atteindre les grands objectifs sanitaires mondiaux, notamment ceux qui relèvent des objectifs du Millénaire pour le développement, de prévenir et de traiter les maladies chroniques ou de faire face aux situations d'urgence, la formation du personnel sanitaire constitue un enjeu considérable. Partout dans le monde, les responsables doivent faire le nécessaire pour accroître les capacités de formation et d'enseignement des futurs agents de santé. Le monde a besoin d'un personnel de santé capable de s'adapter, doté des qualifications appropriées, engagé dans un processus d'apprentissage continu, et qui sache à la fois comment trouver les nouvelles connaissances et comment les mettre en pratique. Il faut cependant savoir que la constitution des effectifs d'agents de santé de demain aura un coût élevé.

## Lectures conseillées

Aronson B. Improving online access to medical information for low-income countries. *New England Journal of Medicine*, 2004, 350(10):966–968.

Butler R, Inman D, Lobb D. Problem-based learning and the medical school: another case of the emperor's new clothes? *Advances in Physiology Education*, 2005, 29:194–196.

Coomarasamy A, Khan KS. What is the evidence that postgraduate teaching in evidence-based medicine changes anything? A systematic review. *British Medical Journal*, 2004, 329:1017–1021.

Daly J. *Evidence-based medicine and the search for a science of clinical care*. New York, NY, University of California Press, New York, and Milbank Memorial Fund, 2005.

Dolmans DH, De Grave W, Wolhagen IH, van der Vleuten CP. Problem-based learning: future challenges for educational practice and research. *Medical Education*, 2005, 39:732–741.

Illife S, Lenihan P. Integrating primary care and public health: learning from the community-oriented primary care model. *International Journal of Health Services*, 2003, 33(1):85–98.

*Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX)* [The Expanded Textbook and Instructional Materials Program]. Washington, DC, Pan American Health Organization and Pan American Health and Education Foundation, 2005 (<http://www.pahef.org/pahef/pages/paltex>).

*Survey of medical education accreditation capacity at national level, as part of the strategic partnership to improve medical education*. Geneva, World Health Organization/Copenhagen, World Federation for Medical Education, 2005 (<http://www.wfme.org>).



# Tirer le meilleur parti du personnel de santé existant

## Pourquoi faut-il mettre l'accent sur l'amélioration de la performance de l'agent de santé?

Un personnel performant travaille de façon responsable, équitable et efficace en vue d'obtenir les meilleurs résultats sanitaires possibles compte tenu des ressources disponibles et des circonstances. Il est évident qu'il ne sera pas possible de relever les défis sanitaires mondiaux sans utiliser au mieux les capacités des agents de santé; on constate cependant que les décideurs pourraient contribuer à optimiser la performance de ces derniers en définissant les conditions qui permettront aux administrateurs d'améliorer les emplois et les conditions de travail.

Les décideurs et les administrateurs doivent dès maintenant faire le nécessaire pour accroître la performance du personnel sanitaire, et cela pour trois raisons. Tout d'abord, les mesures qui seront prises dans ce sens seront sans doute efficaces plus rapidement que des investissements qui viseraient à renforcer les effectifs. Ensuite, même si l'on augmente les effectifs, l'offre d'agents de santé sera toujours insuffisante, et les décideurs seront de toute façon obligés de tirer le meilleur parti de ces ressources limitées. Enfin, les initiatives visant à améliorer la performance essaient également de renforcer la motivation du personnel, et l'on sait que la présence d'un personnel motivé ne peut que favoriser la fidélisation des effectifs en place et le recrutement de nouveaux employés. On trouvera dans l'encadré 1 ci-dessous les divers aspects de la performance du personnel de santé.

### Encadré 1. Aspects de la performance du personnel de santé

<b>Disponibilité</b>	Disponibilité dans l'espace et dans le temps : englobe la répartition et l'assiduité du personnel existant, la présence d'effectifs suffisants pour répondre aux besoins.
<b>Compétence</b>	Englobe les connaissances techniques, le savoir-faire et le comportement.
<b>Réactivité</b>	Tous les patients sans distinction sont bien traités, quel que soit leur situation sociale, économique ou leur état de santé et que ce dernier s'améliore ou non.
<b>Productivité</b>	Assurer les meilleurs services et obtenir les meilleurs résultats possibles compte tenu des effectifs ; éviter que le temps de travail, les compétences du personnel ou d'autres ressources ne soient mal employés.

## Quelles sont les solutions?

Les modes de gestion du secteur de la santé diffèrent sensiblement entre les pays selon leur degré de développement, entre le secteur public et le secteur privé, entre les villes et les zones rurales ou difficiles d'accès, ainsi qu'entre les soins primaires et les soins destinés aux cas aigus. Dans toutes les configurations, il existe trois grandes catégories de moyens d'action permettant de promouvoir la performance; il y a d'abord ceux qui portent sur le métier en tant que tel; puis ceux qui concernent les systèmes d'encadrement dont les employés ont besoin pour mener à bien leurs tâches; enfin ceux visent à concevoir et à mettre sur pied un milieu de travail sain et stimulant. On peut rarement établir un lien direct entre un moyen d'action particulier et le changement souhaité. Par ailleurs, ces moyens d'action ne sont pas systématiquement utilisables dans chaque contexte, mais, réunis, ils constituent pour les décideurs un véritable répertoire d'options.

### Moyens d'action portant sur le métier en tant que tel

**Les descriptions de poste.** Les descriptions de poste qui définissent clairement les objectifs, les responsabilités, les pouvoirs et la structure hiérarchique sont toujours associées à une meilleure

performance pour toutes les catégories d'agents, et les initiatives prises en ce sens peuvent en outre avoir des effets très rapides. Cette stratégie est très prometteuse, étant donné les lacunes qui subsistent encore dans de nombreux pays à cet égard.

**Normes et codes de conduite.** De nombreux employeurs adoptent maintenant des codes écrits de bonne conduite pour tous leurs employés, où il est stipulé, par exemple, qu'ils doivent arriver au travail à l'heure, traiter les patients avec dignité et respect et leur donner des informations exhaustives. L'efficacité de ces codes dépend logiquement de la manière dont les professionnels de la santé et les responsables parviennent à les diffuser et à les faire appliquer. Des codes de conduite professionnels, comme le serment d'Hippocrate que doivent prononcer ceux qui entrent dans la carrière médicale, peuvent constituer une importante source de motivation déontologique.

**Adapter les compétences aux tâches à accomplir.** Réorganiser le travail en équipes et aménager des horaires plus flexibles peut être un autre moyen d'augmenter la productivité. Cette stratégie devrait permettre, à moindre frais, de mieux accorder la dotation en personnel à la charge de travail. Une autre manière d'accroître la productivité consisterait à déléguer les compétences et à transférer les tâches – en remplaçant par exemple les infirmières par des agents communautaires, ou les médecins par des infirmières.

**Encadrement.** On a constaté que l'encadrement, surtout couplé à des audits dont les résultats sont communiqués au personnel, contribue toujours à améliorer la performance de nombreux types d'agents de santé, qu'il s'agisse de prestataires ou d'administrateurs. La nature de cet encadrement est importante. Si les visites de supervision deviennent une routine administrative stérile ou si elles sont perçues comme ayant pour but de prendre le personnel en défaut et de le sanctionner, il y a peu de chances qu'elles aient un effet positif. Par contre, un encadrement attentif, à visée pédagogique et cohérent qui aide à résoudre des problèmes particuliers, peut améliorer la performance et accroître la satisfaction et la motivation du personnel.

## **Moyens d'action portant sur les systèmes d'encadrement**

### **Rémunération**

Trois aspects de la rémunération influent sur le comportement des agents de santé : le montant et la régularité du traitement, les modalités de paiement et les avantages éventuellement accordés. Les agents de santé doivent être suffisamment payés pour le travail qu'ils accomplissent; leur salaire doit leur permettre de subvenir à leurs besoins; il doit aussi leur paraître correspondre aux responsabilités qu'ils assument et équitable comparé à celui versé pour un poste identique ou équivalent à celui qu'ils occupent. Des organismes extérieurs pourraient aider à améliorer la performance des agents de santé dans les pays à faible revenu en participant à moyen terme au financement des salaires. Il conviendrait en outre de panacher si possible les systèmes de rémunération et les mesures incitatives.

**Informier et communiquer.** On dit souvent qu'on n'a de prise que sur ce qu'on peut mesurer. Toute mesure visant à améliorer la productivité globale du personnel doit être étayée par des données fiables concernant les effectifs, leur distribution et l'éventail de compétences, et par des informations sur les facteurs qui, d'après ce que l'on sait, empêchent les agents de santé d'être plus performants ainsi que sur les différentes options possibles. Un système d'information qui fonctionne bien est indispensable pour améliorer la performance du personnel.

**Infrastructures et fournitures.** Aussi motivés et qualifiés que soient les agents de santé, ils ne peuvent travailler correctement dans un établissement mal éclairé, mal chauffé, où il n'y a pas d'eau propre, et qui manque de véhicules, de médicaments, de matériel en état de fonctionnement et d'autres fournitures. On dispose de très peu de données attestant les effets bénéfiques d'une amélioration des infrastructures et des fournitures de base sur la performance, mais il est fort probable qu'elle pourrait présenter des avantages importants presque immédiats. On néglige parfois un moyen simple et évident de déterminer comment apporter les plus grandes améliorations le plus vite possible : demander leur avis aux agents de santé eux-mêmes. Enfin, toute initiative visant à parer aux risques de violence ou de harcèlement sur le lieu de travail ne peut que renforcer la motivation et le dévouement du personnel.

**Moyens d'action portant sur le lieu de travail.** Les agents de santé doivent tenir leurs connaissances à jour pour être performants. Les progrès rapides du savoir et l'évolution des systèmes de santé imposent aux agents de santé de progresser en permanence pendant tout leur parcours professionnel. Le perfectionnement professionnel continu peut se définir simplement comme un processus cyclique et systématique d'apprentissage autodirigé. Une telle notion dépasse la formation et englobe, par exemple, les perspectives de carrière, le retour d'informations, le mentorat et le détachement. Il faudrait aussi explorer les différentes formes d'enseignement à distance compte tenu de la répartition géographique des nombreux agents de santé qui ont besoin de se perfectionner en permanence.

**Travail en équipe.** Le travail d'équipe et les processus tels que l'élaboration conjointe de recommandations et l'examen collégial peuvent améliorer dans une certaine mesure la performance des agents de santé. Au nombre des effets bénéfiques du travail d'équipe figurent un plus grand bien-être du personnel et une meilleure qualité des soins. Peu d'éléments attestent que les approches s'appliquant à l'ensemble de l'organisation contribuent à améliorer durablement les services. Le personnel réagit positivement à un ensemble d'incitations non financières que l'on peut regrouper sous la notion de bonne gestion ou de bon leadership, et qui consiste notamment pour le responsable à exposer clairement ses attentes, à reconnaître et à valoriser le travail des uns et des autres, à être à l'écoute du personnel et à l'associer davantage aux décisions, à encourager l'innovation, à créer une culture de référence à des normes, à proposer des perspectives de carrière et des possibilités de promotion, à rendre compte à ceux dont la performance est bonne, et à utiliser sanctions et récompenses de façon juste et cohérente.

**Responsabilité et obligation de rendre des comptes.** Quelle que soit la façon dont sont organisés les services, les administrateurs ne peuvent les gérer correctement s'ils n'ont aucun pouvoir sur les finances et le personnel. On fait généralement trois constats au sujet des systèmes de santé. Tout d'abord, la décentralisation est en cours dans de nombreux pays mais, si les administrateurs locaux se voient confier davantage de responsabilités concernant la prestation de services, on ne leur donne pas toujours l'autorité nécessaire en matière de finances et de gestion du personnel pour assumer ces nouvelles responsabilités. Ensuite, il existe généralement peu de mécanismes effectifs pour rendre compte de l'utilisation des fonds, du recrutement du personnel ou de la qualité des prestations. Enfin, la structure hiérarchique qui régit l'établissement des rapports est souvent floue, surtout en période de réorganisation. Cette confusion non seulement limite la responsabilisation et les possibilités de se servir de ce moyen pour améliorer la performance, mais nuit à la motivation du personnel. Le fait de laisser une certaine liberté aux administrateurs locaux dans l'affectation des fonds peut avoir des effets importants sur la performance du personnel et des établissements, car les responsables peuvent alors rapidement faire face aux problèmes locaux. Les mécanismes qui rendent les agents de santé comptables de leurs actes permettent eux aussi d'améliorer la productivité et la performance.

## Conclusion

L'amélioration de la performance du personnel de santé ne se résume à pas à l'utilisation des modes de gestion que l'on vient de décrire. La performance dépend également des caractéristiques de la population desservie ainsi que de celles des agents de santé eux-mêmes (y compris leurs origines socioculturelles, leur expérience et leur motivation). Cependant, les conditions qui tiennent au métier, à l'encadrement et au milieu de travail jouent un rôle important en matière de performance. *Le Rapport sur la santé dans le monde 2006* montre que les résultats des études sur l'efficacité relative des méthodes décrites sont mitigés. Un complément de recherche sur la gestion des agents de santé s'impose à l'évidence. Cela dit, les décideurs pourraient tirer un meilleur parti des effectifs dont ils disposent en créant un environnement qui permettrait aux responsables de mieux utiliser les moyens d'actions décrits ci-dessus et en investissant dans la formation à la gestion ainsi que dans le perfectionnement des cadres.

## Lectures conseillées

- Borrill CS, Carletta J, Carter AJ, Dawson JF, Garrod S, Rees A, et al. *The effectiveness of healthcare teams in the National Health Service*. Final report submitted to the Department of Health, 2000. London, Department of Health, 2000.
- Boyle DK, Bott MJ, Hansen HE, Woods CQ, Taunton RL. Managers' leadership and critical care nurses' intent to stay. *American Journal of Critical Care*, 1999, 8:361–371.
- Boyne GA, Walker RM. Introducing the “determinants of performance in public organizations symposium”. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 2005, 15:483–488.
- Buchan J. Increasing the productivity of an existing 'stock' of health workers: Unpublished review for United Kingdom Department for International Development, 2005.
- De Savigny D, Kasale H, Mbuya C, Reid G. *Fixing health systems*. Ottawa, International Development Research Centre, 2004.
- Egger D, Travis P, Dovlo D, Hawken L. *Strengthening management in low-income countries*. Geneva, World Health Organization, Department of Health System Policies and Operations, 2005 (Making health systems work. Working Paper No. 1).
- Franco LM, Bennett S, Kanfer, R. Health sector reform and public sector health worker motivation: A conceptual framework, 2002, *Social Science and Medicine*, 54:1255–1266.
- George A. *Accountability in health services. Transforming relationships and contexts*. Cambridge, MA, Harvard Center for Population and Development Studies, 2002 (Working Paper Series, Vol. 13, No. 1).
- Hasselhorn H-M, Tackenberg P, Müller BH. *Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe. NEXT – nurses early exit study, 2003*. Stockholm, National Institute for Working Life, 2004.
- Howie JG, Hopton JL, Heaney DJ, Porter AM. Attitudes to medical care, the organization of work and stress among general practitioners. *British Journal of General Practice*, 1992, 42:181–195.
- Developing through partnership – Continuous professional development portfolio for healthcare managers*. London, Institute of Healthcare Management. 2004.
- Kekki P. *Teamwork in primary health care*. Geneva, World Health Organization, 1990.
- Kelly P. Local problems, local solutions: improving tuberculosis control at district level in Malawi. *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, 79:111–117.
- Larrabee JH, Janney MA, Ostrow CL, Withrow ML, Hobbs GR Jr, Burani CB. Predicting registered nurse job satisfaction and intent to leave. *Journal of Nursing Administration*, 2003, 33:271–283.
- Mathauer I, Imhoff I. *The impact of non-financial incentives and quality management tools on staff motivation. A case study from Benin and Kenya*. Eschborn, German Technical Cooperation (GTZ), 2004.
- Moynihan DP, Pandey SK. Testing how management matters in an era of government by performance management. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 2005, 15:421–439.
- Rowe AK, de Savigny D, Lanata CF, Victora CG. How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings? *Lancet*, 2005, 366:1026–1035.
- Stekelenberg J, Kyanamina S S, Wolfers I. Poor performance of community health workers in Kalabo District, Zambia. *Health Policy*, 2002, 65:109–118.
- Stordeur S, D'hoore W, Vandenberghe C. Leadership, organizational stress and emotional exhaustion among nursing hospital staff. *Journal of Advanced Nursing*, 2001, 35:533–542.
- Zurn P, Dal Poz MR, Stilwell B, Adams O. Imbalance in the health workforce. *Human Resources for Health*, 2004, 2:13.

# Faire face aux défis complexes posés par les migrations de travailleurs

---

Au cours des dix dernières années, l'émigration du personnel de santé qualifié est devenu un phénomène plus complexe, plus global et de plus en plus inquiétant pour les pays qui perdent ainsi des agents de santé dont ils ont le plus grand besoin. Chacun a évidemment le droit d'aller où il le souhaite pour essayer de trouver le meilleur emploi possible, mais certains pays, soucieux de respecter ce droit, sont beaucoup plus touchés que d'autres par les effets néfastes des migrations. Lorsque des médecins et des infirmières émigrent en grand nombre, les pays qui ont financé leur formation offrent en fait de manière indirecte ce qu'il est convenu d'appeler une "subvention perverse" aux pays qui accueillent ces professionnels. Mais cette perte financière n'est finalement pas ce qu'il y a de plus grave. Lorsque le système de santé d'un pays est fragile, le départ d'une partie de la main-d'œuvre constitue une charge supplémentaire dont le poids se fera particulièrement sentir dans les zones rurales ou mal desservies qui sont fréquemment les plus touchées par l'émigration.

Les migrations de professionnels qualifiés produisent chaque année des flux de milliards de dollars sous forme de transferts de fonds (l'argent que les migrants envoient au pays) à destination des pays à faible revenu, et contribuent de ce fait à réduire la pauvreté. Mais elles peuvent également compromettre le droit de chacun aux soins de santé et doivent donc être traitées à part, ce qui les rend justiciables d'une politique différente de celle qui vaut pour les autres travailleurs qualifiés.

A l'heure même où les flux migratoires s'accroissent, il est paradoxal de constater que toutes les enquêtes indiquent clairement que la plupart des agents de santé préféreraient travailler dans leur pays d'origine s'ils pouvaient y compter sur un salaire qui leur permette de vivre et sur une certaine stabilité économique et politique.

## Politiques de gestion des flux migratoires

Pays d'origine et pays d'accueil peuvent élaborer des politiques et conclure des accords bilatéraux susceptibles d'avoir un impact sur les déplacements des professionnels de santé qualifiés. Aucune politique ne peut être conçue sans données fiables sur les stocks et les flux, y compris toute les informations sur le recrutement et l'érosion des effectifs.

### Pays d'origine

**Investir en vue de former davantage d'agents de santé.** Conscients de tous les risques qui peuvent contribuer à réduire les effectifs, certains pays prévoient de former plus d'agents de santé qu'il n'est normalement nécessaire, et peuvent également prévoir d'adopter une stratégie d'exportation. Il n'existe pour l'instant aucune évaluation systématique des effets que peut avoir une stratégie d'exportation; celle-ci n'en est pas moins un choix envisageable pour les pays d'émigration à la réputation établie.

Un phénomène apparemment paradoxal constaté dans certains pays – une pénurie d'agents de santé coexistant avec un taux de chômage élevé chez ces derniers – est l'une des raisons qui pousse le personnel sanitaire à s'expatrier. Il est important également d'offrir davantage de débouchés aux diplômés, que l'initiative en revienne au secteur public (compte tenu des contraintes budgétaires) ou au secteur privé. On a pu constater parfois que le fait d'investir dans du personnel local, avec un programme d'études axé sur les besoins locaux, pouvait contribuer à fidéliser le personnel dans les zones rurales et à réduire les flux migratoires.

Les dispositions contractuelles aux termes desquelles les diplômés s'engagent à travailler pour un employeur pendant une période donnée peuvent également exercer cet effet de fidélisation. L'efficacité de cette pratique largement répandue est assez mal comprise et, de toute façon, cette formule n'est pas

envisageable dans le cadre d'un enseignement privé. Les résultats sont d'ailleurs à double tranchant: cette pratique permet en effet d'assurer la couverture voulue mais s'accompagne fréquemment d'un faible degré de performance et d'un taux de rotation élevé du personnel.

**Améliorer les conditions de travail.** Les écarts de salaire entre les pays d'origine et les pays d'accueil sont tellement importants que l'amélioration des salaires dans les premiers ne suffira pas par elle-même à transformer radicalement la structure des migrations. Il est cependant essentiel que les salaires soient versés régulièrement et à la date convenue. Il importe également d'engager toute une série de réformes sur le lieu de travail, notamment autour des questions relatives aux conditions de travail, au transport, au logement et à la formation des agents de santé et des membres de leurs familles. On peut en outre favoriser la fidélisation des travailleurs en leur offrant des possibilités de perfectionnement professionnel et de progression de carrière. Par ailleurs, la qualité de la gestion et de l'encadrement vont jouer ici un rôle déterminant: bonne, elle va largement contribuer à la satisfaction professionnelle de l'employé; mauvaise, elle ne peut que le démotiver et contribuer à saper les effectifs.

**Encourager les travailleurs migrants à retourner dans leur pays.** Une prise en charge active et institutionnelle de la situation des travailleurs expatriés peut contribuer à leur bien-être non seulement pendant leur séjour à l'étranger mais aussi lorsqu'ils sont de retour chez eux. La mise en place de services spéciaux au service des travailleurs migrants peut également aider les travailleurs à maintenir des liens fructueux avec les institutions sanitaires locales pendant qu'ils sont à l'étranger.

## **Pays d'accueil**

**Investir pour "produire" davantage de travailleurs.** Dans les pays d'accueil, une meilleure planification de la main-d'œuvre, conçue en sorte que les flux des nouveaux arrivants compense judicieusement l'érosion naturelle des effectifs, modifiera la structure du marché de l'emploi et réduira la demande d'agents de santé et les migrations des pays pauvres vers les pays riches.

**Introduire des modes de recrutement responsables.** De nombreux pays ont essayé d'utiliser des modes de recrutement plus responsables – codes de bonnes pratiques ou accords bilatéraux, par exemple – pour engager le personnel de santé provenant de pays dotés d'un système de santé fragile. Par ailleurs, des négociations avec les établissements de formation et les services ministériels de planification de la main-d'œuvre sanitaire doivent permettre d'éviter les allégations de « débauchage » et d'autres comportements peu scrupuleux en matière de recrutement.

Qui dit comportement responsable dit également traitement correct des travailleurs migrants; il importe par conséquent que ces derniers soient recrutés selon des modalités et dans des conditions équivalentes à celles qui sont appliquées au personnel recruté localement et qu'ils puissent également bénéficier de services d'orientation culturelle.

**Promouvoir le développement des ressources humaines pour la santé dans les pays d'origine.** De nombreux pays d'accueil aident également d'autres pays à développer leurs propres services de santé. Il serait possible de cibler cette aide plus directement sur l'augmentation des effectifs du personnel sanitaire, non seulement pour endiguer l'émigration mais également pour résoudre les problèmes de ressources humaines qui font obstacle à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé.

**Apporter un soutien direct aux pays d'origine dans le domaine des ressources humaines pour la santé.** Il est possible d'apporter un soutien direct en faisant appel aux services de travailleurs bénévoles ou à ceux d'organisations non gouvernementales internationales. Le jumelage d'institutions sanitaires entre pays riches et pays pauvres est une forme d'aide au développement, formule qui connaît un succès certain et donne lieu à d'importants échanges de personnel. Des efforts plus systématiques pour comprendre l'intérêt de ces initiatives permettraient d'en accroître les effets bénéfiques à court et à long terme, tant pour les pays d'émigration que pour les pays d'accueil.

## Initiatives internationales

**Assurer une cohérence au plan international.** La nécessité de concilier les droits des agents de santé migrants avec l'exigence d'équité qui impose de maintenir un personnel sanitaire suffisant dans les pays d'émigration a conduit à élaborer des directives et des codes de pratiques internationaux instituant les principes déontologiques à respecter en matière de recrutement. Au cours des cinq dernières années, les pouvoirs publics, les associations professionnelles et les organismes internationaux ont créé de nombreux instruments de ce genre. Bien que ces derniers ne soient pas juridiquement contraignants, ils établissent un certain nombre de normes importantes concernant le comportement des principaux acteurs qui interviennent dans le recrutement des agents de santé au niveau international. Reste à savoir si ces normes auront suffisamment d'influence pour modifier ces comportements.

**Accords bilatéraux.** Les accords bilatéraux portant sur les prestataires de services de santé peuvent constituer un cadre formel et négocié pour la régulation des migrations. Etant donné le caractère complexe des migrations – certains pays peuvent accueillir des agents de santé en provenance de nombreux autres pays tout en envoyant leurs propres agents ailleurs – un certain nombre de questions importantes restent posées quant à la possibilité, pour un pays donné, de gérer une multiplicité d'accords bilatéraux.

## Conclusion

On manque de personnel de santé dans presque tous les pays. Faute de véritables stratégies visant à fidéliser les agents de santé et à améliorer le recrutement, ce sont les migrations qui constituent aujourd'hui la principale solution pour faire face à ces pénuries; ces dernières étant selon toute vraisemblance appelées à s'aggraver dans un futur proche, on peut logiquement s'attendre à une intensification des flux migratoires. Cette mobilité mondiale a un coût, d'ailleurs inégalement réparti entre les pays d'origine, et des avantages, dont les pays d'accueil sont les principaux bénéficiaires.

S'il est compréhensible que les pays en développement ne soient pas en mesure d'offrir des salaires comparables à ceux des autres pays, la mise en place d'un système de santé efficace dépend de trois facteurs, à savoir une amélioration de la performance économique, la stabilité politique et un environnement de travail favorable. Ces trois éléments, qui semblent déjà bien souvent des objectifs inatteignables, semblent prendre aujourd'hui, dans un monde où la bonne gouvernance est devenue un lieu commun dont on se gargarise à l'envi, des allures de mirage.

Etant donné, d'une part qu'il n'est pas possible de mettre un terme aux migrations et d'autre part que les pays d'émigration auront besoin de temps avant de parvenir à infléchir suffisamment leurs politiques pour accroître l'effectif de leur personnel de santé et améliorer la situation de ce dernier, on considère de plus en plus qu'il appartient aux pays d'accueil d'agir de manière responsable tant pour la formation de leur propre personnel de santé que pour le recrutement de personnel étranger. Il importe désormais que cette fameuse gestion des migrations – autre formule ressassée depuis peu – puisse se traduire dans les faits.

## Lectures conseillées

Allen H, Aggergaard Larsen J. *"We need respect" - experiences of internationally recruited nurses in the UK*. London, Royal College of Nursing, 2003 [<http://www.rcn.org.uk>].

Awases M, Gbary A, Nyoni J, Chatora R. *Migration of health professionals in six countries*. Brazzaville, World Health Organization Regional Office for Africa, 2004.

Connell J, Brown R. *Remittances in the Pacific: an overview*. Manila, Asian Development Bank, 2005 [<http://www.adb.org>].

*Global economic prospects: economic implications of remittances and migration*. Washington, DC, World Bank, 2005.

*Healers abroad: Americans responding to the human resource crisis in HIV/AIDS.* Fitzhugh Mullan, Claire Panosian, Patricia Cuff, editors. Washington, DC, Institute of Medicine Committee on the Options for Overseas Placement of US Health Professionals, Institute of Medicine, 2005.

Reid S. Community service for health professionals: coercion, change and challenge. In: Ijumba P, ed. *South African Health Review*, 2002. Durban, Health Systems Trust, 2003 [<http://www.hst.org.za>].

Stilwell, B., Diallo, K., Zurn, P., Vujcic, M., Adams, O., Dal Poz, M. (2004) Migration of health workers from developing countries: strategic approaches to its management. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82(8):595–600.

*World migration report: costs and benefits of international migration.* Geneva, International Organization for Migration, 2005.



# Créer des passerelles entre agents de santé affectés à des programmes de santé publique distincts

## Introduction

Si le secteur de la santé est confronté à des difficultés multiples et variées, il n'existe bel et bien qu'une seule main-d'œuvre pour toutes les résoudre. Pour éviter tout gaspillage de temps et tout chevauchement des tâches, il importe donc d'harmoniser la formation, les tâches, les plans de travail, les incitations et l'encadrement des agents de santé, ce qui nécessitera une collaboration entre les programmes de santé prioritaires et, au niveau des pays, une approche homogène de la part de la communauté internationale des donateurs. Mais surtout, il faudra une direction dynamique et une action centralisée. Une collaboration entre les diverses organisations et parties prenantes sera nécessaire pour aider les ministères ou les départements de la santé à jouer ce rôle mobilisateur.

Cette note d'orientation a pour but de mettre en lumière toutes les difficultés rencontrées à tous les niveaux par les responsables de programmes lorsqu'il s'agit de tirer le meilleur parti du personnel, et, plus précisément, d'examiner ce qui se passe lorsque les programmes prioritaires rivalisent à coups d'incitations financières pour attirer les ressources humaines.

## Pourquoi faut-il harmoniser?

Le personnel sanitaire doit être en mesure de faire face à tous les besoins qui peuvent se présenter en matière de promotion, de prévention et de soins. Les agents de santé doivent par conséquent faire face à la charge croissante des maladies chroniques, intervenir dans les situations d'urgence – catastrophes naturelles, troubles civils, guerres, et toutes leurs séquelles – et déployer des efforts tout particuliers pour contribuer à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). On constate pourtant, dans bien des endroits, que le personnel de santé est éparpillé, qu'il est affecté tour à tour à divers objectifs sanitaires, ce qui entraîne inévitablement des chevauchements d'activités et un gaspillage de ressources.

Les OMD ont donné lieu à tout un ensemble de résolutions et d'initiatives mondiales – comme la création du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme – qui, à leur tour, ont contribué au renforcement des programmes prioritaires dans les pays. Dans chaque pays, les programmes et les projets établissent leur propres cibles et objectifs, avec toutes les exigences que cela comporte tant pour la prestation des services que pour la mobilisation des ressources humaines nécessaires. L'effectif de personnel de santé, par nature limité, devient alors l'enjeu d'une âpre concurrence entre les divers programmes, qui s'efforcent souvent de retenir les employés en leur proposant un salaire plus élevé ou d'autres avantages. Les agents de santé passent alors d'un prestataire de soins à l'autre, d'un programme à un programme concurrent. Nombreux par ailleurs sont les pays, les districts de santé ou les établissements dans lesquels il n'existe pas, ou pratiquement pas, de planification intégrée des ressources humaines. Obligé de répondre aux exigences de chaque programme, le personnel souffre inévitablement d'une surcharge de travail.

Le problème touche également la formation et l'encadrement du personnel. Chaque année, des milliers de cours de formation sont dispensés afin que les personnes souffrant de pathologies spécifiques puissent bénéficier de soins de meilleure qualité. L'employé qui suit la formation devant quitter son poste de travail, il en résulte que des centaines de milliers de journées de travail ne peuvent plus être consacrées aux soins des patients ni aux activités de prévention. Par ailleurs, un temps précieux est souvent gaspillé du fait que les différents cours couvrent souvent des domaines communs.

L'encadrement est lui aussi fragmenté; les visites de supervision prévues pour chaque programme sont

échelonnées dans le temps alors qu'elles pourraient avoir lieu simultanément, dans le cadre d'une planification coordonnée.

La création de programmes nationaux destinés à améliorer certains problèmes sanitaires et comportant chacun ses propres objectifs répond certes à des intentions louables. Mais on constate cependant qu'il en résulte, sans qu'on le veuille, un gaspillage des ressources et une rivalité contre-productive entre les programmes sanitaires. Il se pourrait même qu'à long terme un tel fonctionnement aille précisément à l'encontre des objectifs visés par ces programmes.

Par ailleurs, les dispositifs préventifs permettant d'assurer le déploiement du personnel sanitaire en cas de situation d'urgence sont limités, voire inexistant dans certains endroits. *Le Rapport sur la santé dans le monde 2006* propose un certain nombre de stratégies en matière de ressources humaines en vue de faciliter la réalisation des OMD, de lutter contre les maladies chroniques et de faire face aux situations d'urgence. Pour éviter les problèmes résultant de l'éparpillement et des chevauchements d'activités il sera nécessaire de coordonner et d'harmoniser la gestion des ressources humaines pour les divers programmes et de planifier des interventions pour les situations d'urgence.

## **Que faut-il faire, et comment?**

### **Mieux coordonner la formation en cours d'emploi et décentraliser la formation chaque fois que cela est possible**

Les responsables de la formation sanitaire, les pouvoirs publics, les organisations internationales et les ONG doivent réexaminer les modules de formation axés sur certains besoins sanitaires spécifiques afin d'en harmoniser le contenu. Les programmes d'enseignement pourraient être synthétisés de manière à couvrir l'ensemble des tâches des divers programmes prioritaires auxquelles les agents de santé se consacrent quotidiennement. Il serait par exemple possible de réduire sensiblement la perte de temps de travail due à la formation en promouvant une approche consistant à passer de la lutte contre les maladies diarrhéiques à une prise en charge intégrée des maladies de l'enfant. Formation plus décentralisée, formation sur le lieu de travail et télé-apprentissage, notamment les cours sur les soins de santé en ligne, sont également des options à explorer pour réduire la durée pendant laquelle les agents de santé sont absents de leur poste de travail.

### **Intégrer la supervision**

Les autorités sanitaires nationales doivent s'attacher à faire converger étroitement les programmes de santé prioritaires afin que les procédures de supervision soient moins fragmentées. Les autorités sanitaires compétentes au niveau du district doivent avoir les moyens nécessaires pour assurer une supervision intégrée des divers programmes de santé prioritaires. Il serait possible de gagner en efficacité en confiant à un seul superviseur le soin de combiner les tâches effectuées pendant les visites sur le terrain.

Par exemple, les tournées effectuées dans les villages pour contrôler les activités liées à la santé de la mère et de l'enfant pourraient être combinées avec d'autres interventions sanitaires prioritaires effectuées sur le terrain (comme la distribution et le traitement insecticide de moustiquaires); cependant, la planification de ces activités est souvent du ressort des responsables des programmes, lesquels peuvent ne pas être habilités à collaborer. Pour prendre un autre exemple, les véhicules destinés à telle ou telle tâche spécifique pourraient être utilisés pour accomplir tout un ensemble d'activités; là encore, il se peut que les responsables locaux ne puissent pas avaliser ce type d'initiative. Il faudra compter sur un appui à tous les niveaux, notamment de la part de la communauté internationale des donateurs, pour parvenir à unifier les procédures de supervision.

## **Harmoniser les rémunérations et les mesures incitatives**

Pour aider les responsables des programmes de santé prioritaires à atteindre les objectifs qu'ils se sont fixés, il est fréquent qu'on leur accorde des fonds destinés à leur permettre de proposer au personnel certains avantages (des primes, par exemple). L'intention est certes louable – on ne peut en effet que renforcer la motivation des agents de santé en leur assurant un revenu satisfaisant – mais il arrive que des initiatives de ce genre aient un effet démotivant sur les autres membres du personnel, appelés à côtoyer leurs collègues qui bénéficient de ce revenu supplémentaire. L'harmonisation des mesures incitatives dans l'ensemble des programmes de santé prioritaires et la prise en compte de l'ensemble des membres du personnel – que ce soit au niveau de l'établissement ou à d'autres niveaux du système – peut contribuer à atténuer le sentiment d'injustice que certains peuvent ressentir et accroître par là-même leur motivation.

## **Repenser les activités des services et le partage des responsabilités**

Deux règles – simplifier les tâches et déléguer les responsabilités – pourraient être très utiles pour aider les agents de santé à assumer toutes les responsabilités qui leur incombent. Pour prendre un exemple, la simplification de toutes les activités de base est l'un des principaux éléments de l'initiative pour l'éradication mondiale de la poliomyélite. L'ensemble des ressources humaines, depuis les bénévoles non qualifiés jusqu'au personnel de haut niveau, à l'intérieur comme à l'extérieur du secteur de la santé, est considérées comme un corps de "vaccinateurs" potentiels et de préposés à la surveillance.

Par ailleurs, certains services peuvent être confiés à du personnel relativement peu expérimenté. Ainsi, après avoir confié le diagnostic du paludisme à des agents sanitaires bénévoles chargés de faire des examens au microscope dans les villages, on a pu constater que les résultats étaient fiables et que le traitement de la maladie s'améliorait. Dans beaucoup d'endroits, plusieurs tâches pourraient être transférées des hôpitaux aux centres de soins primaires.

## **Collaborer avec les patients**

Il est largement prouvé que les interventions visant à encourager les malades à prendre part à la prévention et à la prise en charge de leurs maladies chroniques peuvent améliorer l'issue de ces maladies et permettent au personnel de gagner du temps. Ce que les malades et les membres de leur famille font pour eux-mêmes au jour le jour, par exemple faire de l'exercice, s'alimenter correctement, renoncer au tabagisme, avoir un cycle de sommeil régulier et respecter les plans de traitement, sont autant de comportements qui ont une influence importante sur leur santé. De même, l'initiative de l'OMS « 3 millions d'ici 2005 » a montré que les personnes vivant avec le VIH/SIDA pouvaient contribuer de manière importante à l'ensemble des services de prévention et de traitement du VIH/SIDA.

## **Plans pour les situations d'urgence**

En mettant en place des plans de préparation faciles et rapides à mettre en oeuvre, il est possible de réduire les pertes en vies humaines et les maladies causés par les flambées épidémiques et les catastrophes naturelles. Pour être préparé aux situations d'urgence, il faut disposer d'une base de données actualisée répertoriant les compétences effectives du personnel sanitaire, ainsi que d'un plan de déploiement des effectifs qui permette d'éviter les chevauchements d'activités. Pour être en mesure d'organiser la direction et la conduite des opérations pour les situations d'urgence, il se peut que les pays aient également besoin de développer des capacités de gestion dans plusieurs secteurs (la santé, les communications et les transports, par exemple).

## Lectures conseillées

Aylward RB, Linkins J. Polio eradication: mobilizing the human resources for health. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, 83:268–273.

Bell D, Rouel G, Miguel C, Walker J, Cacal L, Saul A. Diagnosis of malaria in a remote area of the Philippines: comparison of techniques and their acceptance by health workers and the community. *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, 79:933–941;

Cho-Min-Naing, Gatton M.L. Performance appraisal of rapid on-site malaria diagnosis (ICT malaria Pf/Pv test) in relation to human resources at village level in Myanmar. *Acta Tropica*, 2002, 81:13–19.

Dreesch N, Dolea C, Dal Poz MR, Goubarev A, Adams O, Aregawi M, Bergstrom K, Fogstadt H, Sheratt D, Linkins J, Scherpbier R, Youssef-Fox M. An approach to estimating human resource requirements to achieve the Millennium Development Goals. *Health Policy and Planning*, 2005, 20(5):267–276.

*Evaluation of short-term training activities of technical divisions in the WHO African Region*. Final draft. Brazzaville, World Health Organization Regional Office for Africa, 2004.

Lorig KR, Ritter P, Stewart AL, Sobel DS, Brown BW Jr, Bandura A, Gonzalez VM, Laurent DD, Holman HR. Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. *Medical Care*, 2001, 39:1217–1223.

Nair VM, Thankappan KR, Sarma PS, Vasan RS. Changing roles of grass-root level health workers in Kerala, India. *Health Policy and Planning*, 2001, 16(2):171–179.

Pruitt SD, Epping-Jordan JE. Preparing the 21st century global healthcare workforce. *British Medical Journal*, 2005, 330:637–639.

*Scaling up HIV/AIDS care: service delivery and human resource perspectives*. Geneva, World Health Organization, 2004 ([http://www.who.int/hrh/documents/en/HRH\\_ART\\_paper.pdf](http://www.who.int/hrh/documents/en/HRH_ART_paper.pdf))

Svitone EC, Garfield R, Vasconcelos MI, Craveiro VA. Primary health care lessons from the Northeast of Brazil: the Agentes de Saúde Program. *Pan American Journal of Public Health*, 2000, 7(5):293–302.

# Financer le développement des ressources humaines du secteur de la santé

## Pourquoi est-il important de trouver des ressources supplémentaires?

Nous assistons à une crise mondiale du personnel de santé. La plupart des pays – riches ou pauvres, grands ou petits – connaissent des pénuries de personnel ou des problèmes de déséquilibre au niveau de l'éventail de qualifications ou de la répartition des agents de santé. Dans de nombreux pays, le secteur de la santé, qui a longtemps souffert de l'insuffisance des investissements, ploie aujourd'hui sous le poids de nouvelles contraintes comme la pandémie de certaines maladies, le vieillissement de la population ou la croissance démographique. La situation est particulièrement inquiétante dans les pays en développement. Sans les ressources humaines nécessaires, tous les projets mis en œuvre dans le secteur de la santé dans le cadre des documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté et des Objectifs du Millénaire pour le Développement risquent fort d'avorter. La crise du personnel de santé est donc l'un de facteurs susceptibles de freiner la réalisation de certains objectifs clés en matière de développement.

Selon les estimations du *Rapport sur la santé dans le monde 2006*, il faudrait 4,3 millions d'agents de santé supplémentaires dans 57 pays (principalement en Afrique sub-saharienne et en Asie) qui connaissent de graves pénuries de personnel. D'importants investissements financiers seront nécessaires pour résoudre ce problème de pénurie, c'est-à-dire former et rémunérer les agents de santé nécessaires. Le coût nécessaire pour accélérer le rythme de la formation et parvenir ainsi à réduire d'ici 2015 (soit le délai prévu pour la réalisation des objectifs énoncés dans la Déclaration du Millénaire) le déficit de médecins, d'infirmières et de sages-femmes sera, selon les estimations du rapport précité, de 136 millions de dollars par année (en prix de 2004) pour un pays type.

L'investissement supplémentaire nécessaire pour rémunérer ces agents de santé, lorsque le déficit sera résorbé, est légèrement supérieur à 311 millions de dollars par pays, en tenant compte du niveau actuel des salaires. Imaginons que l'accélération en question ait lieu sur une vingtaine d'années, l'investissement annuel pour la formation sera alors de 88 millions de dollars par pays. Dans ce scénario, il faut tenir compte du fait que la forte croissance démographique qui doit avoir lieu entre 2015 et 2025 s'accompagnera de besoins accrus en personnel de santé; de ce fait, les coûts salariaux supplémentaires qui apparaîtront lorsque la dotation en effectifs sera achevée seront plus élevés et pourront dépasser les 400 millions de dollars par pays. Pour pouvoir assumer le coût de la formation sur une période de 20 années, chaque pays devra en moyenne augmenter son niveau de dépense de santé par habitant d'environ 1,60 dollar par an. D'ici à 2025, il faudra au minimum une augmentation de 8,30 dollars par habitant pour assurer le salaire des agents de santé.

Ces estimations de coût représentent une moyenne mondiale et n'ont qu'une valeur indicative. Il existe d'importantes différences d'un pays à l'autre et d'une région à l'autre. Il est toutefois évident que pour assurer une véritable expansion du personnel sanitaire – que ce soit sur 10 ans ou sur 20 ans – il faudra prévoir un financement très substantiel. Et il ne s'agit là que d'un des postes de dépense qui seront liés à l'avenir au développement des ressources humaines du secteur de la santé. Il faudra également investir pour d'autres initiatives indispensables, comme l'amélioration du système d'incitation pour remédier aux problèmes de répartition du personnel, la mise en place de nouveaux cadres pour mieux équilibrer l'éventail des qualifications et l'augmentation des salaires et des primes pour retenir les agents de santé.

## D'où les fonds proviendront-ils?

Les ressources supplémentaires nécessaires à la mise en place du personnel de santé proviendront d'initiatives nationales et, pour les pays en développement, de l'aide internationale. Au niveau national,

les pays ont trois grandes voies à explorer: augmenter les dépenses de santé, améliorer le rendement de ces dépenses de santé et trouver d'autres sources de financement pour la santé.

## **Au niveau des pays**

### **Augmenter la part des dépenses consacrée au personnel de santé**

Le statut particulier du personnel de santé tient à des raisons morales et politiques. Si la population ne jouit pas d'une bonne santé, c'est la croissance économique elle-même qui est en danger. Si le pays ne dispose pas de la main-d'œuvre sanitaire nécessaire, les objectifs de développement relatifs au domaine de la santé ne peuvent pas être atteints. Les dépenses ordinaires, comme le versement des salaires, engagées pour la main-d'œuvre sanitaire ne doivent pas être considérées comme un simple poste de dépense budgétaire, mais également comme un investissement à part entière destiné à renforcer la productivité globale de l'économie nationale.

Dans nombre de pays, il semble que les pouvoirs publics disposent d'une marge de manœuvre suffisante pour augmenter la part des ressources nationales allouées au secteur de la santé. On pourra juger de la détermination des pays à valoriser le secteur de la santé aux politiques qu'ils mettront en œuvre pour assurer le transfert de fonds provenant d'autres secteurs. Les responsables du secteur de la santé doivent quant à eux engager le dialogue et les négociations pour obtenir une aide pour les investissements nécessaires. Pour pouvoir investir davantage dans la formation, des négociations devront se poursuivre entre différentes parties prenantes, tant publiques que privées. L'enjeu est de faire valoir, preuve à l'appui, les avantages qui découlent d'une augmentation des fonds consacrés à la santé, y compris en termes de croissance économique.

### **Accroître l'efficacité**

Vis-vis des responsables politiques, il sera d'autant plus facile de plaider en faveur d'une augmentation des dépenses en faveur du secteur de la santé que l'on constatera que ce dernier a un rendement accru. Une utilisation plus efficace des ressources permettra également de renforcer le financement. On constate toutefois d'importantes pertes dans de nombreux pays. Une enquête sur les dépenses publiques destinée à évaluer le comportement des fonctionnaires des secteurs de la santé et de l'enseignement a fait apparaître que 2,4% des membres du personnel sanitaire figurant sur les registres des salaires officiels étaient en fait des travailleurs "fantômes". Un taux alarmant d'absentéisme a pu également être mis en évidence, avec 39% du personnel manquant sans raison valable. La perte de productivité qui en est résultée correspondait à 10% du temps de travail total. Il est donc possible d'obtenir un gain d'efficacité et de réduire les coûts liés à l'externalisation en supprimant les travailleurs "fantômes" et en traquant l'absentéisme.

### **Trouver de nouvelles sources de financement**

- **Taxations ciblées.** Les pouvoirs publics ne doivent pas compter sur les seules recettes fiscales pour financer les soins de santé. Des taxes spéciales – sur le tabac et l'alcool par exemple – pourraient être affectées aux dépenses de santé. La création de loteries spéciales pour la santé pourrait assurer une autre source de revenus.
- **Régimes d'assurances.** Les assurances-maladies sociales, privées et communautaires, et les comptes d'épargne santé pourraient contribuer au financement du secteur de la santé.
- **Secteur privé.** Les employés du secteur privé peuvent contribuer davantage aux coûts de la santé, notamment ceux qui sont liés à des impératifs sanitaires ou sécuritaires.

## **Au niveau international**

Pour mobiliser les fonds importants nécessaires au financement du personnel sanitaire des pays en développement, il faut associer augmentation du budget de l'Etat et aide internationale au développement. Il y a quelques signes prometteurs qui témoignent d'une mobilisation de la

communauté internationale en faveur des ressources humaines du secteur de la santé: ainsi, l'Alliance mondiale pour les Vaccins et l'Immunisation (GAVI) a récemment budgété sur cinq ans un financement dédié au renforcement des systèmes de santé à hauteur de 500 millions de dollars; certains donateurs financent également des initiatives d'urgence pour le personnel sanitaire.

Si la budgétisation ascendante sur la base des plans d'urgence constitue la meilleure manière de procéder, il est néanmoins nécessaire d'avoir une ligne de conduite en matière de financement qui permette de veiller à ce que l'action soit adaptée aux besoins et autour de laquelle la communauté internationale puisse se mobiliser. Sur un financement total au titre de l'aide internationale au développement sanitaire – qui atteignait environ 12 milliards de dollars par an en 2004 –, les auteurs du *Rapport sur la santé dans le monde 2006* recommandent une répartition à parts égales – c'est-à-dire que 50 % des fonds soient alloués au renforcement des systèmes de santé, dont au moins la moitié pour le soutien des plans d'urgence en matière de ressources humaines. La logique de cette répartition tient au fait que les agents de santé sont tributaires du fonctionnement du système de santé et à la nécessité de mettre sur pied des stratégies qui soient spécialement consacrées au financement ou à la mise en valeur des ressources humaines.

## **Qu'en est-il des limitations des finances publiques?**

Soucieux de préserver la stabilité macroéconomique et la pérennité fiscale, les institutions internationales et les ministres des finances se fondent sur des critères tels que le rapport des dépenses publiques au PIB pour fixer des plafonds.

En ce qui concerne le secteur de la santé, la conséquence la plus visible de cette façon de faire est le plafonnement des recrutements et la stagnation des salaires des agents de santé du secteur public. Les moratoires imposés au recrutement limitent le développement des services de santé et sont générateurs de chômage parmi le personnel sanitaire de certaines régions. Les stratégies de réduction de la pauvreté, par exemple, font souvent explicitement référence à ce type de restriction. Dans de nombreux pays, les pouvoirs publics s'abstiennent de recruter des agents de santé car ils ne parviennent pas à trouver le moyen de tourner ces prescriptions.

Devant la nécessité d'élargir l'espace fiscal (c'est-à-dire d'accorder une place plus importante à la santé dans le budget), il importe d'accorder un statut particulier au financement de la santé et du personnel de santé sur des fonds publics. Négocier des garanties de protection de l'espace fiscal pour le financement du personnel sanitaire va exiger, de la part des acteurs mondiaux du développement sanitaire, qu'ils s'engagent dans un dialogue productif avec les ministères des finances, les institutions financières internationales et les principaux acteurs internationaux.

Les préoccupations au sujet du financement public de l'expansion des effectifs sanitaires portent en partie sur la capacité des pouvoirs publics d'assurer le paiement des salaires pendant toute la durée de la carrière des agents. Les pays sont réticents à contracter une dette publique qui risque d'être insupportable, aussi ont-ils besoin de pouvoir compter sur le soutien à long terme de la communauté des donateurs. Cela étant, les fonds octroyés par les donateurs sont l'expression des priorités gouvernementales du moment et on ne voit généralement pas se profiler de systèmes permettant de garantir ce soutien dans la durée.

Les problèmes posés par le financement à long terme de l'accroissement du personnel sanitaire sont donc indissociables du problème plus général de la mobilisation des ressources pour la santé. Des prises de position audacieuses et de nouveaux mécanismes pourraient rendre plus prévisibles les flux d'aide au niveau mondial. Il faudrait les compléter par des stratégies nationales tendant à pérenniser le financement du secteur de la santé.

## Lectures conseillées

*A summary of the findings of the Commission on Macroeconomics and Health.* Geneva, World Health Organization, Commission on Macroeconomics and Health, CMH Support Unit, 2001.

Foster M. *Fiscal space and sustainability – towards a solution for the health sector.* Background paper for the High Level Forum on the Health MDGs, Paris, November 2005

(<http://www.hlfhealthmdgs.org/Documents/FiscalSpaceTowardsSolution.pdf>, accessed 26 February 2006).

G8 Summit. *The Gleneagles communiqué.* Gleneagles, Scotland, July 2005.

Government of Zambia. *Human resources for health strategic plan 2006–2010.* Lusaka, Ministry of Health Zambia, 2005.

*Health financing revisited* (forthcoming). Washington, DC, World Bank, 2006.

Heller P. Back to basics: fiscal space, what it is and how to get it. *Finance and Development*, 2005, 42(2)

(<http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2005/06/basics.htm>, accessed 21 March 2006).

*HIV/AIDS and work: global estimates, impact and response 2004.* Geneva, International Labour Organization, 2004.

*Is there a single best system of health insurance?* Geneva, World Health Organization

(<http://www.who.int/features/qa/35/en>, accessed 27 March 2006).

Michaud C. *Development assistance for health (DAH): recent trends and resource allocation.* Paper prepared for the Second Consultation Commission on Macroeconomics and Health, World Health Organization, Geneva, 29–30 October, 2003 ([http://www.who.int/macrohealth/events/health\\_for\\_poor/en/dah\\_trends\\_nov10.pdf](http://www.who.int/macrohealth/events/health_for_poor/en/dah_trends_nov10.pdf), accessed 26 February 2006).

*Summary of meeting on fiscal space, social expenditure and aid effectiveness.* October 11, 2005. Washington, DC, World Bank, 2006.

Verboom P, Tan-Torres Edejer T, Evans DB. *The cost of eliminating critical shortages in human resources for health.* Geneva, World Health Organization, 2005 (background paper prepared for *Working together for health: the world health report 2006*; available at: <http://www.who.int/hrh/en>).

Williams G, Hay R. *Fiscal space and sustainability from the perspective of the health sector.* Background paper for the High Level Forum on the Health MDGs, Paris, November 2005

(<http://www.hlfhealthmdgs.org/November2005Mtg.asp>, accessed 12 February 2006).





Destiné à compléter le *Rapport sur la santé dans le monde 2006: travailler ensemble pour la santé*, ces notes d'orientation visent à aider tous ceux qui de par le monde sont chargés de définir et de mettre en œuvre les politiques sanitaires. Elles correspondent aux rubriques ci-après:

- Stratégies visant à améliorer les moyens d'information et de recherche sur le personnel de santé
- Développer les capacités et l'apprentissage tout au long de la vie par l'investissement dans l'enseignement
- Tirer le meilleur parti du personnel de santé existant
- Faire face aux défis complexes posés par les migrations du personnel de santé
- Créer des passerelles entre agents de santé affectés à des programmes de santé publique distincts
- Financer le développement des ressources humaines du secteur de la santé

Les présentes notes exposent d'abord un problème, puis proposent quelques moyens d'y faire face, en s'inspirant dans bien des cas de l'expérience de divers pays. Elles ont été conçues pour promouvoir l'adaptation aux besoins locaux et à la langue parlée dans le pays.

Bases factuelles et information à l'appui des politiques  
Département des Ressources humaines pour la santé  
Organisation mondiale de la Santé  
1211 Genève 27  
Suisse  
Adresse électronique: [hrh@who.int](mailto:hrh@who.int)  
Site internet: <http://www.who.int/hrh>

ISBN 92 4 259424 5

