

travailler ensemble :



chapitre sept

la coopération dans les pays et entre pays

dans ce chapitre

135 Catalyser l'acquisition des connaissances et l'apprentissage

143 Passer des accords de coopération

144 Faire face à la crise des ressources humaines pour la santé

148 Aller ensemble de l'avant

153 Marcher de concert vers l'avenir

Il existe cinq sujets de préoccupation qui incitent les pays à regarder au-delà de leurs frontières et à collaborer avec les autres afin de s'attaquer plus efficacement aux problèmes des ressources humaines pour la santé :

- Le manque considérable d'informations, d'instruments et de mesures, le nombre limité d'éléments d'appréciation au sujet de ce qui fonctionne et l'absence de normes, de structures techniques et de méthodes de recherche communes appellent impérieusement à une collaboration régionale et internationale.
- Devant la rareté des compétences techniques nécessaires pour élaborer une meilleure métrologie, contrôler la performance, établir des normes, déterminer les priorités de la recherche et valider les méthodologies, le seul moyen de progresser plus rapidement consiste à mener une action collective au niveau mondial.
- L'évolution démographique, la demande de soins et le progrès technique ignorent les frontières et se manifestent sur un marché du travail de plus en plus mondialisé. Des arrangements et des accords de coopération sont essentiels entre les pays pour gérer ces flux et en réduire le plus possible les effets néfastes.
- Un conflit violent, une poussée épidémique de maladie infectieuse ou un événement catastrophique inattendu peuvent dévaster le système national de santé le mieux préparé ; c'est là une réalité qui montre qu'aucun pays ne disposera jamais de moyens humains suffisants pour être en mesure, à lui seul, de faire face efficacement et en tout temps à de tels événements.
- Devant la crise très importante de main-d'œuvre qui affecte si profondément le développement sanitaire des pays les plus pauvres du monde, une réaction internationale s'impose.

Le présent chapitre met l'accent sur la raison d'être de la coopération et s'achève par un plan d'action qui repose sur les initiatives nationales et la solidarité mondiale.

CATALYSER L'ACQUISITION DES CONNAISSANCES ET L'APPRENTISSAGE

Comme cela a été souligné dans le présent rapport, les données de base relatives aux ressources humaines qui sont nécessaires à l'action, à la planification et à l'évaluation font cruellement défaut dans pratiquement tous les pays. Les rares informations dont on dispose sont difficiles à regrouper et à comparer au fil du temps ou selon les sources ou les pays (1-4). Ces insuffisances ne transparaissent pas seulement dans les problèmes que pose la coordination des flux d'informations entre les différents secteurs – enseignement, santé, main-d'œuvre/emploi –, mais plus fondamentalement dans l'absence de cadres et de normes convenus pour l'évaluation des effectifs sanitaires. Il conviendrait d'investir dans la mise

au point de tels cadres et normes de manière à pouvoir disposer plus largement, plus rapidement et à moindre coût de meilleurs instruments pour comprendre les problèmes qui se posent en matière d'effectifs sanitaires et y faire face.

Asseoir l'information sur une base solide

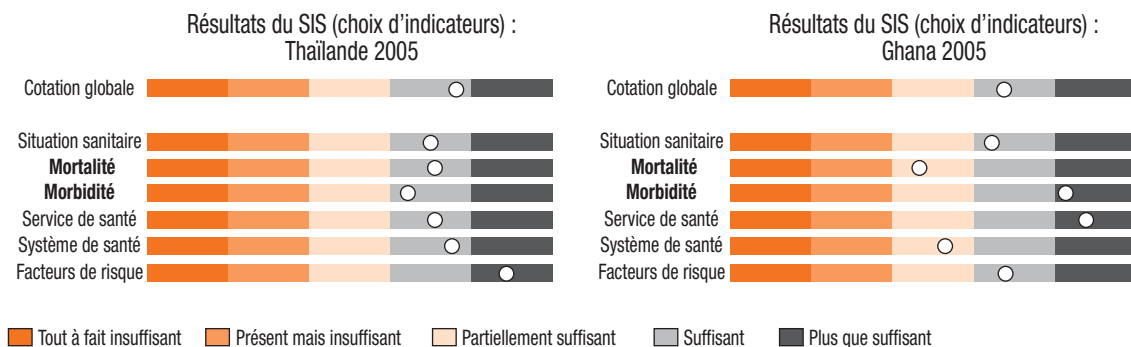
Une première étape importante dans le renforcement des bases sur lesquelles repose l'information relative au personnel sanitaire consiste à élaborer un cadre conceptuel clair qui indique les limites et décrit la composition de ce personnel. Il est encourageant de constater que des efforts sont actuellement déployés dans l'ensemble du monde en vue d'élaborer un tel cadre technique commun (voir Encadré 7.1). Toutefois, même si l'on dispose d'un tel instrument, il reste un certain nombre de problèmes fondamentaux au sujet de l'information relative aux ressources humaines pour la santé qu'il importe de résoudre.

Un point difficile consiste dans la classification des personnels sanitaires. Jusqu'en 2006, seuls ont été pris en compte dans les rapports de l'OMS les professionnels de la santé – médecins, personnels infirmiers, sages-femmes, pharmaciens et dentistes –, ce qui a occulté la présence d'autres prestataires de services importants ainsi que celle du personnel administratif et d'appui (qui représente environ un tiers des effectifs). Cette omission est révélatrice des erreurs auxquelles on est conduit lorsqu'on utilise des instruments dont la vocation première n'est pas de recueillir des informations sur le personnel sanitaire. Elle souligne la nécessité d'élaborer des outils de classification spécialement adaptés au personnel sanitaire que l'on puisse intégrer plus efficacement dans les dispositifs actuellement utilisés pour les rapports de recensement, les rapports d'enquête ou les rapports sur les professions.

La nécessité de mettre sur pied un système de métrologie de la performance constitue un autre besoin important en matière d'information. Les décideurs et les donateurs exigent de plus en plus qu'on leur donne la preuve que leurs décisions ou leurs investissements contribuent effectivement à renforcer les ressources humaines pour la santé. Dans le domaine des systèmes d'information pour la santé, on a mis au point un instrument d'évaluation de la performance qui permet des comparaisons entre les différents pays (voir Figure 7.1). Si l'on disposait d'un instrument similaire dans le cas des ressources humaines, on pourrait investir davantage et de manière plus judicieuse dans le personnel sanitaire. Parmi les indicateurs qui peuvent être pris en considération pour élaborer un système de métrologie de la performance des agents de santé figurent la présence d'un personnel en nombre suffisant, une répartition équitable, de bonnes compétences, l'appartenance à un milieu socioculturel approprié et les connaissances linguistiques voulues, la capacité de répondre aux besoins des clients et la productivité.

Il est également nécessaire de disposer d'informations sur les ressources humaines pour comprendre le fonctionnement du marché mondial du travail, connaître les flux migratoires de personnel sanitaire et avoir une idée des activités des multinationales qui

Figure 7.1 Performance des systèmes d'information pour la santé (SIS)



Source des données : (5).

Encadré 7.1 S'efforcer d'établir un cadre technique commun applicable aux ressources humaines pour la santé : un instrument d'intérêt public utile à tous les pays ?

Un cadre technique commun pourrait-il aider les pouvoirs publics et les planificateurs nationaux à comprendre les problèmes multiples et complexes qui se posent en matière de ressources humaines pour la santé – et à trouver des solutions réalistes ? Un tel instrument permettrait-il d'aborder la question sous tous ses aspects et d'une manière exhaustive, se prêterait-il à une mise au point collective et à une utilisation universelle ? Serait-il un instrument d'intérêt public au service de tous les pays ?

Disposer d'un cadre commun présenterait plusieurs avantages. En premier lieu, il permettrait de définir les compétences techniques essentielles pour élaborer et mettre en œuvre une stratégie de mise en valeur des ressources humaines. C'est un point particulièrement important compte tenu du nombre limité de spécialistes dans le monde. En second lieu, il permettrait aux équipes de plus en plus nombreuses qui s'intéressent à ce secteur de mieux appréhender les complexités inhérentes à la question des ressources humaines pour la santé et d'éviter la diffusion d'idées simplistes et limitées au sujet des problèmes qui se posent (par exemple que le développement des ressources humaines pour la santé ne serait qu'une question de formation et d'augmentation des salaires). Enfin, il constituerait un repère commun pour tous ceux qui sont partie prenante à la question des ressources humaines pour la santé et éviterait aux décideurs, aux agents d'exécution, aux donateurs, aux universitaires et autres de « réinventer la roue ».

Une tentative en vue d'élaborer un cadre technique commun s'est amorcée en décembre 2005 lors de la réunion organisée à Washington, au Siège de l'Organisation panaméricaine de la Santé, sous l'égide de l'OMS et de l'USAID et à laquelle ont été invités 35 représentants d'organismes multilatéraux et bilatéraux, de pays donateurs, d'organisations non gouvernementales et du monde universitaire. Les participants ont travaillé sur la base de 11 cadres techniques développés au fil des années par des chercheurs et des spécialistes en matière de ressources humaines de différentes régions du monde. Certains de ces instruments avaient un champ d'application très spécialisé ; d'autres par contre se présentaient sous la forme de guides conceptuels plus

généraux permettant d'examiner tous les problèmes en détail. Un grand nombre d'entre eux ne prenaient en compte qu'un seul aspect des ressources humaines, par exemple la planification.

Les participants sont convenus que le cadre commun souhaité devait reposer sur des bases scientifiques, être parfaitement fonctionnel (expérimenté en situation réelle) et utilisable dans un contexte caractérisé par la pluralité des secteurs et des acteurs. Ils ont admis que cet instrument devait permettre de saisir le contenu et les processus à la base de l'élaboration et de la mise en œuvre d'une stratégie nationale en matière de ressources humaines pour la santé, qu'il devait être simple mais exhaustif et enfin capable de mettre en lumière les interconnexions entre les différents acteurs, organismes et marchés du travail dont le personnel sanitaire est tributaire.

La figure ci-dessous reproduit le cadre technique élaboré lors de cette réunion. L'ensemble des sept secteurs thématiques interconnectés – systèmes de gestion des ressources humaines, politiques, finances, enseignement, partenariat et capacité d'initiative – doit être pris en considération lorsqu'on aborde la question du développement des ressources humaines, et cet exercice implique une approche multisectorielle. Toutefois, ce schéma n'indique que le niveau supérieur d'une orientation conceptuelle qui comporte également un niveau secondaire et un niveau tertiaire.

Les travaux en vue de l'élaboration et de l'achèvement de ce cadre technique se poursuivent. L'objectif est de créer un CD-ROM interactif qui contiendra tous les détails relatifs au contenu et au processus propres à chaque secteur thématique. Dans l'intervalle, on pourra obtenir davantage de renseignements sur les éléments de chacun de ces secteurs, sur l'action à conduire et sur la marche à suivre générale pour appliquer le cadre technique à l'élaboration d'une stratégie nationale en consultant la publication de l'OMS intitulée *Tools for planning and developing human resources for HIV/AIDS and other health services* (disponible sur le site Internet suivant : <http://www.who.int/hrh/tools/en/>).

Cadre technique applicable aux ressources humaines pour la santé : assurer la pérennité du personnel de santé

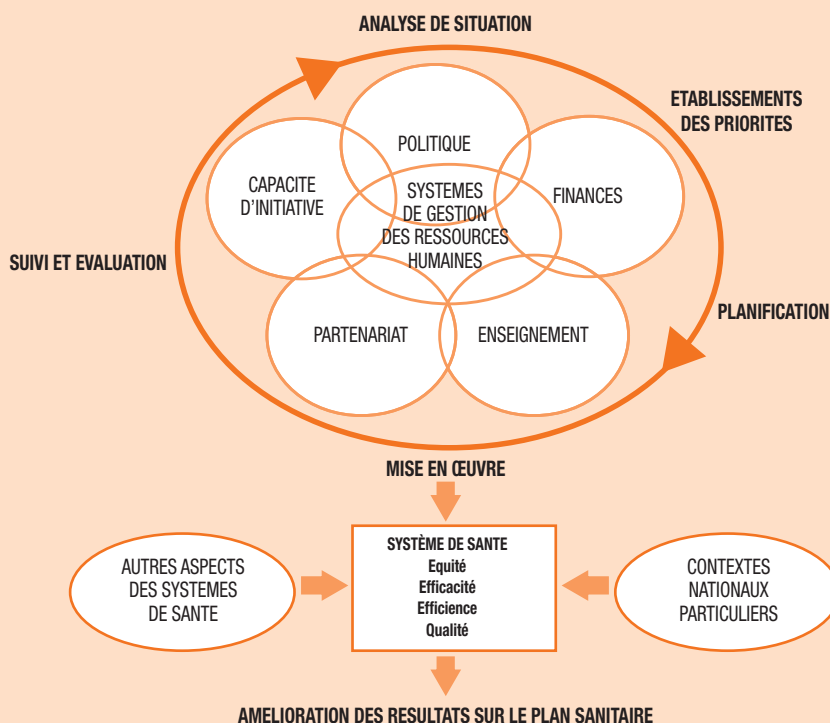


Tableau 7.1 Brève description des résultats de trois études systématiques Cochrane sur les ressources humaines pour la santé

Titre de l'étude systématique Cochrane	Thèmes de la recherche	Nombre d'études (au début/à la fin)	Nombre total de sujets	Résultats
Remplacement des médecins par des infirmières au niveau des soins de santé primaires	Examiner l'effet que le remplacement des médecins par des infirmières au niveau des soins primaires peut avoir : sur les issues sanitaires	4253 articles	Sans objet	Aucune différence dans la qualité des soins et dans les issues sanitaires entre des infirmières convenablement formées et des médecins. Les infirmières ont tendance à donner davantage de conseils sur la santé et à mieux satisfaire les malades que les médecins.
	sur la dispensation des soins	25 articles, correspondant à 16 études, ont pu être pris en compte		Même si le recours aux infirmières peut permettre de faire des économies sur les salaires, ces dernières risquent de demander davantage d'examen et d'avoir recours à d'autres services, ce qui pourrait rendre moins économique leur substitution aux médecins.
	sur l'utilisation des ressources sur les coûts			
Utilisation d'agents de santé non professionnels dans les soins de santé primaires et les soins communautaires	Evaluer l'effet des interventions confiées aux agents de santé non professionnels dans le cadre des soins de santé communautaires sur les comportements en matière de soins, la santé et le bien-être des malades et le degré de satisfaction des malades vis-à-vis des soins	8637 résumés analytiques au départ	210 110 consommateurs	L'utilisation d'agents de santé non professionnels offre des avantages prometteurs en ce qui concerne la propagande en faveur des vaccinations et l'amélioration des résultats chez les malades atteints d'infections respiratoires aiguës et de paludisme, comparativement aux soins classiques.
		400 potentiellement valables		En ce qui concerne les autres questions d'ordre sanitaire, les preuves ne sont pas suffisantes pour justifier que l'on recommande une telle politique et une telle pratique.
		43 finalement utilisés		Les données sont également insuffisantes pour permettre de déterminer quel type de formation ou quelle stratégie d'intervention seraient vraisemblablement les plus efficaces.
Audit et information en retour : effets sur la pratique professionnelle et les résultats des soins	Les audits et l'information en retour peuvent-ils améliorer efficacement la pratique professionnelle et les résultats des soins de santé ?	85 essais contrôlés randomisés Seules 10 des 85 études prises en compte étaient d'une grande qualité sur le plan méthodologique	> 3500 professionnels de la santé	Les audits et l'information en retour peuvent améliorer la pratique professionnelle, mais les effets en sont variables. Lorsque ces audits et cette information en retour sont efficaces, les effets sont généralement faibles à modérés. Les résultats de cette étude ne permettent pas de recommander l'utilisation obligatoire ou sans évaluation des audits et de l'information en retour.

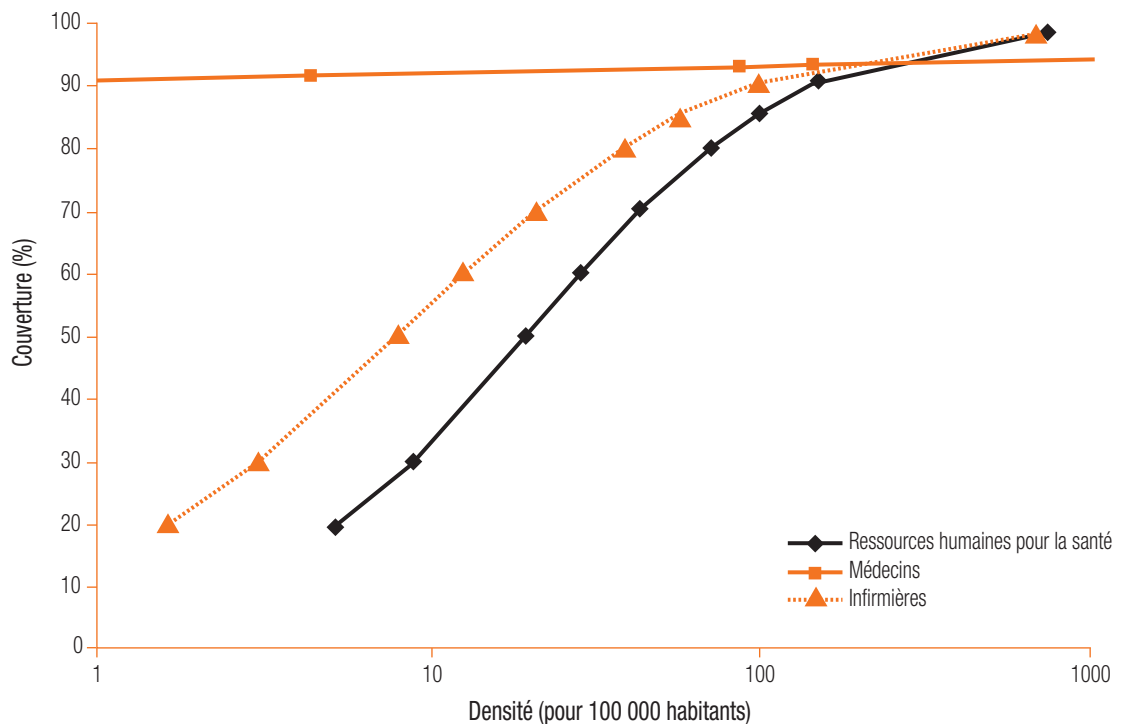
Source des données : (10).

emploient un nombre important d'agents de santé. Outre de bonnes données nationales, il faut également, pour avoir une vue exacte et cohérente du tableau général, disposer d'une synthèse effective des données aux niveaux régional et mondial et posséder les moyens d'analyse voulus. Pour les partenaires internationaux concernés, s'entendre sur le type d'informations à recueillir, sur la manière d'effectuer la synthèse des données et sur les accords institutionnels à conclure constitue une priorité importante.

Production et gestion des connaissances

Jeter les bases d'un système d'information sur le personnel de santé comporte deux tâches difficiles étroitement liées à cette démarche, à savoir la production et la gestion des connaissances. Etant donné que près de la moitié des dépenses de santé sont consacrées au personnel, il paraît incroyable qu'on investisse si peu dans la recherche et que l'on dispose de données probantes si peu nombreuses dans ce domaine. La base de données relatives aux effectifs sanitaires dans les pays et sur l'ensemble des pays est d'une faiblesse inquiétante, notamment lorsqu'on la compare à la somme d'informations dont on dispose dans d'autres domaines du secteur de la santé (6). Le personnel de santé n'étant pas considéré à proprement parler comme une priorité pour la recherche, la base de données dont on dispose à ce sujet reste fragmentaire. De très nombreux travaux de recherche sont consacrés aux programmes d'études et aux méthodes d'enseignement (voir Encadré 3.8), au moyen de fidéliser le personnel en poste dans les zones rurales et aux divers aspects de la gestion du personnel sanitaire, mais la recherche consacrée à de grands domaines tels que les établissements de formation aux professions de santé, le recrutement, la gestion des mesures d'incitation pour le personnel et l'usure des effectifs n'a pas encore atteint la masse critique. Par ailleurs, la base de données existante privilégie largement les pays à revenu élevé, les médecins et les études descriptives par rapport aux études d'intervention ou à l'évaluation des meilleures pratiques (7–9). La pauvreté de la recherche en général est confirmée par le fait qu'il n'existe que 12 études systématiques portant sur les problèmes de ressources humaines auxquelles il est possible d'avoir accès par le canal de la Cochrane Collabo-

Figure 7.2 Couverture vaccinale et densité des agents de santé



Source des données : (5).

ration (10). Le Tableau 7.1 donne les détails de trois des études systématiques les plus récentes relatives aux ressources humaines pour la santé.

Le programme de travail en matière de production de connaissances est des plus importants au niveau des pays et sur certains lieux de travail, mais il ne faut pas négliger pour autant les retombées de recherches transnationales bien conçues et rigoureusement menées. Par exemple, la simple étude de la relation, d'un pays à l'autre, entre l'effectif des agents de santé et certaines issues sanitaires essentielles, a permis de dégager des corrélations très importantes, par exemple entre la densité des infirmières et la couverture vaccinale (11). La Figure 7.2 montre que, pour obtenir une meilleure couverture vaccinale, la densité des infirmières et autres agents de santé joue un rôle plus important que la densité des médecins – simplement du fait que, dans beaucoup de pays, ce sont les infirmières et non pas les médecins qui procèdent aux vaccinations. Il y a un certain nombre de questions importantes dont l'éclaircissement serait bénéfique à l'expansion et au déploiement efficaces du personnel de santé communautaire en tant que solution commune au grave problème des sous-effectifs (voir Encadré 7.2).

Soucieux d'attirer l'attention sur un domaine de recherche négligé, les participants au Sommet de Mexico sur la recherche en santé (2004) ont considéré que la recherche relative aux systèmes de santé sur des sujets tels que les effectifs sanitaires constituait l'une des trois priorités de l'action au niveau mondial (12), faisant ainsi écho aux recommandations d'une réunion internationale qui s'est tenue au Cap (Afrique du Sud) (13) et aux travaux d'un groupe spécial réuni par l'OMS (14).

D'une façon générale, il faudrait donner la préférence à des activités de recherche portant sur les questions suivantes :

- établir un meilleur équilibre entre les études essentiellement descriptives et les travaux de recherche sur les politiques ou de recherche opérationnelle de nature plus conceptuelle ou plus fondamentale ;
- effectuer davantage de travaux de recherche incluant des comparaisons internationales et s'inspirant d'études menées dans une multiplicité de contextes tels que l'étude sur les migrations africaines (15) ou l'étude européenne sur les infirmières qui quittent prématurément le service (16) ;
- faire en sorte que la recherche fasse partie intégrante d'interventions déterminées au niveau du personnel sanitaire et, d'une façon plus générale, de la réforme du secteur de la santé, de manière à assurer une collecte plus systématique des informations sur l'expérience acquise dans les divers pays.

Ce dernier point souligne l'importance de mettre en place des dispositifs plus systématiques pour diffuser et partager les connaissances une fois celles-ci produites. Comme

Encadré 7.2 Les priorités de la recherche relatives aux agents de santé communautaires

- Recrutement et fidélisation – quels sont les facteurs et les politiques qui favorisent le recrutement des agents de santé communautaires et réduisent l'usure des effectifs ?
- Fonctions – si un agent de santé communautaire réussit mieux dans certaines fonctions, combien de fonctions peut-il assumer pour un niveau donné de formation et de soutien ? Comment ces fonctions peuvent-elles être intégrées à d'autres activités au niveau de la communauté et à d'autres niveaux du système de santé ?
- Améliorer la performance, les avantages de différentes natures et la rémunération – quel niveau et quel mode de rémunération et quels types d'avantages non financiers permettent d'obtenir un rapport coût/efficacité maximal tout en s'inscrivant dans la durée ? Quels sont les autres moyens dont on dispose pour améliorer efficacement la performance ?
- Voies d'orientation-recours – comment rendre opérationnelles les voies d'orientation-recours, en particulier lorsque les systèmes de communication et de transport sont déficients ?
- Communications – les technologies mobiles peuvent-elles être mises à profit pour améliorer les communications avec les agents de santé communautaires et contribuer à améliorer les résultats de l'action sanitaire dans les communautés isolées ?
- Fournitures courantes – comment les fournitures de base peuvent-elles être livrées régulièrement et comment trouver le meilleur équilibre entre le marketing social, la distribution dans la communauté et le renforcement logistique du système de santé pour assurer un accès équitable ?

cela a été souligné dans les chapitres 2 et 6, à propos de l'action à mener pour répondre aux besoins sanitaires urgents ou réaliser des programmes nationaux ambitieux, il existe des « micro-innovations » importantes qui, pour peu qu'elles fassent l'objet d'une évaluation critique, pourraient aider à élaborer plus rapidement des stratégies plus efficaces en matière de ressources humaines. Les observatoires régionaux et nationaux pourraient être utilisés pour recueillir et diffuser les nouvelles connaissances, dans la mesure où ils feraient effectivement appel à l'ensemble des parties prenantes et à toutes leurs institutions (voir Encadré 6.2).

Regroupement des compétences

Pour être efficace, la coopération technique doit pouvoir s'appuyer sur des compétences appropriées et sur un ensemble d'outils qui soient à la hauteur des divers problèmes qui se posent en matière de ressources humaines pour la santé. Une collaboration à l'échelle mondiale peut améliorer l'accès à des outils et à des savoir-faire de qualité. Il y a une méconnaissance générale de l'éventail des outils disponibles et l'on ne sait pas non plus très bien quels sont ceux qui donnent les meilleurs résultats dans telle ou telle situation. C'est pourquoi un groupe de travail constitué de spécialistes internationaux s'attache à rassembler tous ces outils dans un recueil afin d'en permettre une application plus large et plus appropriée (voir Encadré 7.3).

On peut également faire beaucoup pour améliorer la manière de gérer et d'utiliser les compétences. Les pays s'appuient sur la coopération technique dans trois buts différents en fonction de leurs besoins propres. En premier lieu, il y a bon nombre de pays qui peuvent avoir avantage à tenir compte de l'opinion d'acteurs extérieurs pour analyser, hiérarchiser et identifier plus finement les problèmes auxquels ils sont confrontés en matière de ressources humaines pour la santé, compte tenu de leurs effectifs en service

Encadré 7.3 Outils pour l'évaluation et le développement du personnel sanitaire

Des outils fiables ont été mis au point pour renforcer les aspects techniques de la planification, de la gestion et du développement des ressources humaines pour la santé. Toutefois, le rapport de la Joint Learning Initiative (7) souligne que de nombreux praticiens n'ont pas conscience du grand nombre d'instruments de ce genre qui sont disponibles ou ont de la peine à choisir ceux qui conviendraient à leurs besoins. C'est pourquoi un groupe de travail constitué de spécialistes internationaux en ressources humaines a été créé en juin 2005 afin d'établir un recueil d'outils de ce genre rassemblant un certain nombre de directives, de modèles et de méthodes d'analyse.

Ce groupe, baptisé « THE Connection », recherche de nouveaux outils, puis les soumet à l'examen d'au moins deux personnes qui utilisent à cet effet un protocole simple mis au point par le groupe. Lorsqu'un de ces outils est jugé apte à figurer dans le recueil, on rédige une courte analyse sous une forme normalisée qui comporte une section intitulée « Est-ce que cela va marcher ? » (informations sur l'essai de l'instrument et l'expérience des utilisateurs). Ces analyses sont structurées au moyen d'un code de couleur autour de deux thèmes généraux : les outils destinés à une analyse exhaustive de la situation des ressources humaines et ceux qui portent plus spécifiquement sur certaines fonctions du personnel sanitaire.

En décembre 2005, 15 de ces analyses avaient été menées à leur terme et au moins 10 autres devraient être disponibles d'ici la fin du premier semestre 2006. Le recueil est constamment remanié à mesure que de nouveaux outils sont mis au point, que de nouvelles analyses sont ajoutées et que les analyses existantes sont mises à jour. Pour faciliter ce processus, le recueil est disponible sous forme de CD-ROM ainsi que sur Internet (consulter le site à l'adresse : <http://www.who.int/hrh/tools/en/>). Sur ce site, les utilisateurs peuvent avoir accès à toute une gamme d'outils accompagnés d'une brève description ; une analyse détaillée est également disponible

avec un lien qui permet d'avoir accès à l'outil recherché (dans la plupart des cas sous format pdf). Tous les outils qui ont été analysés jusqu'ici sont disponibles gratuitement et tous, sauf un, peuvent être consultés sur Internet.

Lors de la préparation du recueil, les chercheurs ont constaté que, dans certains secteurs, ils avaient le choix entre plusieurs outils alors que, dans d'autres, comme par exemple le recrutement et la fidélisation du personnel ou encore la gestion des relations avec les employés et du changement, aucun outil n'était disponible. Lorsqu'il n'existe vraiment aucun outil, THE Connection demande à des organismes de financement d'apporter leur appui à la mise au point de nouveaux outils de manière à combler ces lacunes. Le groupe se rend parfaitement compte que de nombreux outils de gestion ne sont jamais utilisés ni même distribués aux bons utilisateurs et s'efforce de déterminer ce qui fonctionne dans le processus d'élaboration et de diffusion de ces outils. Cette information sera communiquée à ceux qui sont chargés d'élaborer ces outils.

L'un des principaux objectifs de THE Connection est d'établir un réseau de praticiens en matière de ressources humaines. Les relations entre les membres du groupe de travail – qui, pour certains d'entre eux, ne se sont jamais rencontrés personnellement – et la participation à ce processus d'un certain nombre d'autres personnes ont d'ores et déjà permis l'extension du réseau. Grâce à la mise en place d'un système permettant de recueillir les réactions des utilisateurs, que ce soit aux outils eux-mêmes ou aux lacunes importantes qui subsistent, il devrait être possible de stimuler un dialogue encore plus large entre les différents praticiens, ce qui permettrait d'accroître la coopération technique dans un secteur d'activité difficile.

ainsi que des entrées et des départs de personnel. En second lieu, des pays peuvent avoir besoin de la collaboration de spécialistes pour élaborer et planifier la mise en œuvre de leurs politiques en matière de ressources humaines, en particulier lorsque la montée en puissance de leur système de santé s'avère être une tâche non négligeable. Il peut être nécessaire par exemple d'imaginer des solutions financières pour accroître la couverture et d'en suivre l'application ou encore d'élaborer des scénarios basés sur différentes projections relatives à la formation et à la fidélisation du personnel. Enfin, en troisième lieu, il peut y avoir un certain nombre de sous-secteurs particuliers qui nécessitent des compétences techniques très spécialisées (voir Encadré 7.4).

Quels que soient les besoins particuliers auxquels la coopération technique s'efforce de répondre, elle doit être organisée de manière à se poser en instrument de renforcement des capacités aux niveaux institutionnel et individuel : il faut pour cela que la coopération technique ne se contente plus de faire de l'assistance et de combler les lacunes, mais passe à l'apprentissage par les échanges et à l'apprentissage collectif. Les pays peuvent adopter un certain nombre de mesures pour faciliter cette évolution. La première concerne la manière de s'assurer les compétences voulues et d'obtenir une coopération technique : par exemple, rassembler des fonds en veillant à la transparence de leur origine ; éviter les financements liés ; passer par des partenaires techniques capables de se comporter en intermédiaires honnêtes ; ou encore recourir à certains systèmes ou réseaux actifs au niveau mondial et qui peuvent aider à trouver des savoir-faire de qualité. Le second type de mesures consiste pour les pays à se tenir au courant des savoir-faire disponibles et à mettre sur pied un système pour en évaluer systématiquement le coût et l'efficacité, notamment en ce qui concerne le renforcement des capacités. Enfin, en troisième lieu, ils peuvent accélérer le passage d'une utilisation passive des compétences à l'échange d'expériences au niveau régional ou sous-régional en faisant participer leurs propres spécialistes et leurs propres institutions aux divers réseaux techniques. Pour illustrer ce propos, on peut rappeler que, dans un mémorandum d'accord conclu en 2005 avec ses partenaires pour le développement, le Gouvernement ougandais a indiqué que ses demandes d'assistance technique seraient fonction de ses besoins et de ses priorités et seraient formulées en consultation avec ses partenaires. L'accord précise également qu'il est souhaitable de faire appel aux consultants régionaux ougandais lorsque ceux-ci possèdent l'expérience voulue (17). Enfin, les pays peuvent rationaliser leur façon de négocier les accords de coopération technique, par exemple en établissant des codes de conduite.

Encadré 7.4 Compétences techniques pour l'élaboration des politiques en matière de ressources humaines

L'élaboration d'une politique des ressources humaines pour la santé dans le cadre de la planification nationale du personnel sanitaire nécessite des compétences variées dans les domaines suivants :

- **Elaboration des politiques et planification** : élaboration des politiques et/ou leur analyse, planification du personnel, démographie médicale et modélisation, priorités en matière de santé publique, mise en œuvre des politiques, élaboration de scénarios.
- Développement institutionnel et développement de la gestion : gestion du changement, analyse et suivi des processus de changement ; constitution de partenariats et obtention de consensus ; capacité d'initiative et constitution d'équipes ; sociologie de l'organisation et des professions.
- **Cadres et politiques juridiques** : législation/réglementation/conditions de travail, élaboration de stratégies, réglementation professionnelle.
- **Economie du personnel sanitaire** : économie du travail, analyse du marché du travail, financement du personnel.
- Enseignement et formation : nature de l'enseignement : santé publique, médecine, soins infirmiers, pharmacie, art dentaire, médecine communautaire ; processus éducatif : programmes d'études, pédagogie, technologie ; différentes étapes de la formation : formation de préemploi, formation avant l'entrée en fonction, formation continue, formation en cours d'emploi ; gouvernance : accréditation, financement, administration.
- **Systèmes et outils de gestion du personnel** : recueil et analyse des données ; conception des systèmes d'information ; suivi et évaluation du développement des personnels ; élaboration de directives ; recherche opérationnelle ; élaboration de technologies ; performance du personnel ; élaboration d'outils d'évaluation du coût.
- **Développement des personnels à vocation professionnelle** : médecine, soins infirmiers, obstétrique, pharmacie, art dentaire.

Pour les pays dont les moyens sont très limités, la solution la plus prometteuse en vue d'une amélioration structurelle consiste à fédérer et à développer les observatoires et les réseaux régionaux et nationaux de ressources humaines pour la santé (voir Encadré 6.2). La mise en place de structures de coopération ouvertes rendra possibles la mise en commun des connaissances et des savoir-faire existants ainsi que l'évaluation de l'efficacité en collaboration avec les pays : on créera ainsi un cercle vertueux associant une meilleure accessibilité aux possibilités de collaboration et un apprentissage par échanges et mise en commun des ressources, qui permettra également d'assurer le développement de la base mondiale de compétences.

« La demande de prestataires de services va s'amplifier fortement dans tous les pays – riches ou pauvres »

PASSER DES ACCORDS DE COOPERATION

Lorsqu'ils procèdent à la planification de leurs stratégies en matière de personnel sanitaire, les pays ne peuvent pas faire l'impasse sur la dynamique des marchés mondiaux du travail dont sont tributaires les agents de santé. Sous la poussée des tendances démographiques – vieillissement, changements dans les attentes des consommateurs et aussi de l'innovation technologique, le secteur de la santé dans son ensemble continue à déjouer les prévisions relatives à son taux de croissance. La demande de prestataires de services va nettement s'intensifier dans tous les pays – riches ou pauvres (18, 19). La pénurie de main-d'œuvre dont le présent rapport fait état n'est rien en comparaison de la *pénurie totale* à laquelle on peut s'attendre dans l'avenir en projetant la demande totale de personnel de santé dans tous les pays (20). L'évolution démographique en Europe et au Japon est telle que si la proportion des effectifs sanitaires par rapport à la main-d'œuvre totale reste à son stade actuel, le rapport du nombre d'agents de santé au nombre d'habitants de plus de 65 ans diminuera de 38 à 40 % d'ici 2030. Par contre, si l'effectif du personnel de santé continue à augmenter à son rythme actuel, sa part dans la main-d'œuvre totale devrait plus que doubler (21).

Sous l'influence de ces tendances, les migrations internationales d'agents de santé vont sans doute s'accélérer, ce qui donne encore plus d'importance à la mise en place de mécanismes de coopération au niveau mondial destinés à réduire le plus possible les effets négatifs de ces migrations. Comme on l'a vu au chapitre 5, la gestion des flux migratoires nécessite d'établir des règles pour protéger les droits et la sécurité de chaque travailleur, d'énoncer des principes multilatéraux et de conclure des accords bilatéraux relatifs au recrutement. Face à l'émergence d'une industrie de l'exportation et de l'importation des agents de santé, au développement du tourisme médical et au nombre de travailleurs qui vont et viennent d'un pays à l'autre, il va être plus que jamais nécessaire de conclure des accords internationaux en matière d'accréditation, d'assurance de la qualité et de sécurité sociale. Comme dans d'autres domaines intéressant le personnel de santé, la capacité des institutions concernées et l'aptitude à faire participer le nombre le plus élevé possible d'acteurs aux processus mis en œuvre conditionneront en grande partie la possibilité de parvenir à des accords de coopération.

Outre l'accroissement de la sollicitation émanant du marché, les conflits interhumains, les épidémies et les catastrophes naturelles (comme la grippe aviaire, le SRAS et le tsunami de décembre 2004) constituent autant de motifs supplémentaires d'exiger une coopération efficace entre les pays en ce qui concerne les ressources humaines pour la santé (voir chapitre 2). La mise en place de centres mondiaux de formation destinés à des catégories déterminées de travailleurs, la normalisation des programmes d'études et des codes de pratique destinés aux bénévoles sont quelques-uns des points sur lesquels des accords permettront de mener une action plus efficace au niveau international.

« La crise
nécessite rien de
moins qu'une action
exceptionnelle au
niveau mondial »

FAIRE FACE A LA CRISE DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE

L'OMS estime que 57 des pays les plus pauvres du monde (dont 36 en Afrique) manquent de 2,4 millions de médecins, d'infirmières et de sages-femmes, ce qui montre l'ampleur de la crise des effectifs que connaissent certains de ces pays. L'exode de professionnels qualifiés des zones rurales vers les agglomérations urbaines ou vers d'autres pays est l'un des facteurs responsables de la grave pénurie, du déséquilibre des compétences et des lacunes dans la couverture des services que l'on peut observer dans les pays pauvres. Parmi les autres facteurs figurent l'épidémie de VIH/SIDA et la politique suivie par certains gouvernements qui, manquant des ressources nécessaires, se trouvent contraints de restreindre le recrutement dans le secteur public et de limiter les investissements consacrés à la formation. Il est paradoxal de constater que, parallèlement à des besoins insatisfaits en matière de personnel, un grand nombre de professionnels de la santé restent sans emploi. La pauvreté, les anomalies du marché du travail dans le secteur privé, l'absence de fonds publics, les lourdeurs bureaucratiques et les ingérences politiques sont en partie responsables de la sous-utilisation des travailleurs qualifiés.

Au vu des projections qui font envisager un taux élevé d'usure des effectifs attribuable à la maladie, aux décès et à l'accélération des migrations, il est probable que la pénurie de prestataires de soins de santé qui frappe de nombreux pays pauvres, loin de s'améliorer, ira en s'aggravant. Dans la Région africaine de l'OMS, où la pénurie de personnel sanitaire se situe autour de 1,5 million d'agents, nombreux sont les pays dans lesquels les sorties de personnel dues aux décès, à l'émigration et aux départs en retraite sont supérieures aux entrées de médecins et d'infirmières nouvellement formés (22).

Une action mondiale exceptionnelle est nécessaire

La situation désastreuse provoquée par la crise mondiale du personnel sanitaire exige rien de moins qu'une action exceptionnelle au niveau mondial. L'action internationale nécessite : des ententes nouées autour des plans nationaux d'urgence pour les prestataires de santé ; de la part des partenaires au niveau mondial, des pratiques qui ménagent davantage les agents de santé ; et, enfin, un financement suffisant et durable du personnel sanitaire.

Ententes nouées autour de plans d'urgence

Le premier impératif – la mise en œuvre de plans nationaux d'urgence pour le personnel sanitaire – doit, pour l'ensemble des problèmes touchant le personnel de santé, associer des compétences techniques crédibles à des stratégies audacieuses et novatrices de manière à faire évoluer les choses aussi bien dans l'immédiat qu'à moyen et à long terme. Comme on l'a vu au chapitre 6, la mise en œuvre d'un processus clair associant, d'un secteur à l'autre, les diverses parties prenantes dès le début de l'élaboration des stratégies permettra de sceller l'engagement commun vis-à-vis des ententes. Les conditions pour la mise en œuvre de telles stratégies dans les pays en crise ne sont pas optimales du fait de la rareté du personnel compétent, de l'inaptitude du secteur public à conduire un processus complexe et des difficultés qu'il y a à rassembler les différentes parties prenantes face à la multiplicité des priorités concurrentes. Un soutien politique de haut niveau est nécessaire tant à l'échelon national qu'à l'échelon international pour obtenir que l'élaboration de ces plans soit considérée comme prioritaire. Le plan d'urgence pour les ressources humaines du Malawi a pu ainsi bénéficier à la participation active des ministres de la santé et des finances, et il a également reçu la visite d'un certain nombre de chefs d'agences internationales bilatérales et multilatérales (23).

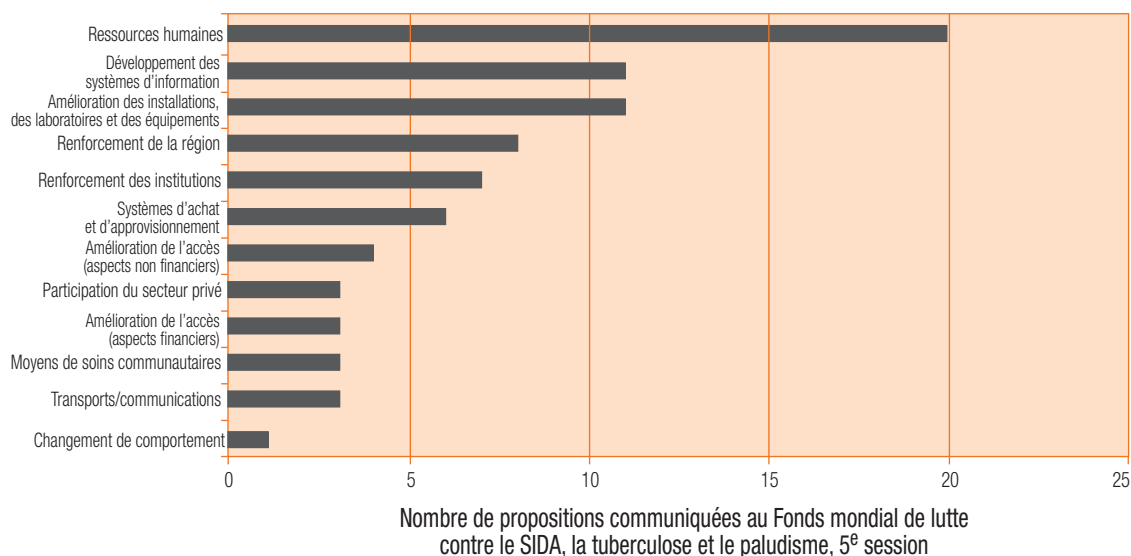
Vers des pratiques ménageant davantage les travailleurs

Il ne fait désormais plus aucun doute que les efforts considérables actuellement déployés au plan international pour traiter des personnes vivant avec le VIH/SIDA et réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) doivent porter plus directement sur les difficultés qui existent au niveau du personnel. Si tel n'est pas le cas, les milliards de dollars qui sont octroyés à ces programmes risquent de l'être en pure perte. De leur côté, les pays reconnaissent que le secteur du système de santé qui nécessite le plus d'investissement est celui des ressources humaines (5) (voir Figure 7.3).

Dans l'ensemble du monde, les pouvoirs publics ont, en ce qui concerne le soutien à leur personnel sanitaire, des pratiques archaïques eu égard à leur nature, pratiques qui sont appropriées sur le plan des modalités mais involontairement nocives quant à leurs conséquences. Dans les pays frappés par la crise du personnel sanitaire, tous les acteurs du développement sanitaire, qu'ils agissent dans un cadre multilatéral ou bilatéral ou qu'ils appartiennent à la société civile, seraient bien inspirés de procéder à un examen approfondi et à une étude d'impact de leurs activités dans ce sens. Ils pourraient ainsi faire en sorte que leur action porte sur la totalité du déroulement de la carrière professionnelle, depuis le recrutement jusqu'à la sortie en passant par la période de service, de manière à éviter d'accorder trop d'attention à des questions particulières comme la formation en cours d'emploi. Chaque fois qu'un des partenaires envisage de s'engager directement sur un problème avec les ressources humaines, il faut qu'il soit clairement démontré qu'agir ainsi présente un avantage comparatif par rapport à la mise en commun des ressources destinées aux plans nationaux d'urgence.

Il n'y a aucune méthode simple qui permette d'orienter l'aide aux pays en crise et aucune action de ce genre ne saurait être envisagée sans une composante portant sur le renforcement du personnel sanitaire. Cela implique, entre autres, des approches plurisectorielles, des stratégies de réduction de la pauvreté, l'établissement d'un cadre de dépenses à moyen terme, et des instruments tels que les organismes de coordination au niveau des pays comme le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme ou les programmes nationaux de lutte contre le VIH/SIDA. Il faut harmoniser tous ces processus avec les plans nationaux d'urgence pour les ressources humaines et trouver des mécanismes qui permettent de mettre sur pied la coopération. La décision qu'a prise l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) d'apporter son

Figure 7.3 Priorités des pays pour le renforcement du système de santé



Source des données : (5).

appui à une stratégie de renforcement des systèmes de santé qui tiennent compte du personnel sanitaire se traduit maintenant au niveau des pays sous la forme de principes, de prescriptions et de critères minimaux récapitulés sous la forme de directives claires. Il est important de se souvenir que, par le canal de cette stratégie, la GAVI s'efforce de faire en sorte que l'assistance qu'elle se propose d'apporter au personnel sanitaire (et à d'autres éléments du système de santé) dans un pays donné soit alignée sur les autres stratégies de renforcement de la main-d'œuvre. Comme le montre l'expérience tirée des approches plurisectorielles et des stratégies de réduction de la pauvreté, la perspective d'une meilleure intégration des politiques en matière de personnel sanitaire est remise en cause par le nombre insuffisant d'agents nationaux bénéficiant d'un système de soutien convenable (24). Cet état de choses souligne la nécessité de développer les moyens nationaux de renseignement stratégique (voir chapitre 6) et de faciliter l'accès à la coopération technique.

Nécessité d'un financement suffisant et durable

Pour venir à bout de la pénurie de personnel, il faudra un engagement financier important qui permette de former et de payer le surcroît de personnel nécessaire. La montée en puissance très rapide de la formation nécessaire pour combler le déficit d'ici 2015 – c'est-à-dire la date butoir pour la réalisation des objectifs de la Déclaration du Millénaire – va générer un coût qui atteindra, comme on l'a vu au chapitre 1, environ US \$136 millions par année pour le pays type. Le coût supplémentaire imputable au salaire du personnel sanitaire une fois le déficit comblé est un peu supérieur à US \$311 millions par pays, au niveau actuel de salaires (25).

En supposant que cette montée en puissance s'étende en fait sur une période de 20 ans – ce qui selon de nombreux observateurs serait plus réaliste –, l'investissement annuel nécessaire pour la formation se montera à US \$88 millions par pays. Les coûts salariaux supplémentaires une fois tous les agents supplémentaires recrutés seraient plus élevés selon ce scénario (du fait que la population augmentera sensiblement entre 2015 et 2025, de même que la demande de personnel sanitaire) et dépasseraient US \$400 millions par pays.

Si l'on exprime ces montants en termes de dépenses de santé par habitant pour le pays type, cela permet de voir un peu plus loin en ce qui concerne le coût de développement des ressources humaines pour la santé. Pour financer l'investissement en matière de formation sur une période de 20 ans, le pays type devrait accroître le volume global de ses dépenses de santé d'environ US \$1,60 par an et par habitant. D'ici 2025, il faudrait tableur sur un accroissement minimal de US \$8,30 par habitant pour payer les salaires du personnel nécessaire.

Ces modèles de coûts sont plus indicatifs que précis, mais ils mettent en lumière certains points importants. En premier lieu, l'expansion des ressources humaines pour la santé sur une période de 10 ou de 20 ans nécessite un financement lié très important. Par ailleurs, cette estimation du coût de la formation et du coût salarial qu'implique le développement des effectifs ne prend en compte que les médecins, les infirmières et les sages-femmes. On ne possède pas de données sur ce point, mais des stratégies basées sur des catégories de personnel moins payées et de formation moins classique pourraient se révéler plus accessibles financièrement et méritent donc d'être sérieusement prises en considération. Enfin, ces résultats dépendent de l'âge du départ en retraite des agents, de leur taux de mortalité et de la mesure dans laquelle ils restent au pays et décident d'entrer dans le secteur de la santé après leur formation. La mise en place de politiques visant à améliorer la santé des agents, à augmenter l'âge de la retraite et à fidéliser davantage le personnel pourrait réduire les effectifs à former et permettre ainsi de faire des économies.

Il est clair, d'après ce qui vient d'être dit, qu'une forte augmentation des effectifs sanitaires a des effets immédiats et à long terme sur les coûts. On peut comprendre que les gouvernements qui n'ont guère de moyens financiers hésitent à s'engager dans

de telles dépenses à long terme sans recevoir un signal de soutien clair de la part de la communauté internationale des donateurs. Maintenant que la nature et l'ampleur de la crise du personnel sanitaire suscitent davantage d'attention et que commencent à être élaborées des stratégies nationales en vue de préparer l'expansion des effectifs, il est temps de préciser le rôle de l'assistance financière internationale.

Une ligne de conduite mondiale pour le financement

Le problème du financement se présente sous deux aspects distincts : en premier lieu, obtenir des fonds d'un volume suffisant pour faire réellement face à la crise, et en second lieu pérenniser ce financement à un niveau suffisant. Pour mobiliser les fonds importants nécessaires au financement du personnel sanitaire, il faut associer augmentation du budget de l'Etat et aide internationale au développement. Il y a quelques signes prometteurs. Par exemple, le fait que la GAVI ait récemment budgété sur cinq ans un financement dédié au renforcement des systèmes de santé à hauteur de US \$500 millions montre que le personnel sanitaire est en passe de devenir l'une des cibles prioritaires du soutien aux systèmes de santé. De même, le plan d'urgence pour le personnel sanitaire mis en place au Malawi prévoit de consacrer à cette question US \$278 millions sur six ans, dans le cadre d'une entente entre le pays et ses partenaires dans le monde.

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 permet 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 US \$12 milliards par an en 2004 (26) –, les auteurs du présent rapport 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 d'assurer un financement spécialement consacré à des stratégies de mise en valeur des ressources humaines qui aillent au-delà des activités que peuvent avoir dans ce domaine certains programmes prioritaires particuliers menés par les institutions sanitaires mondiales.

Dans la mesure où le développement proposé est financé par des fonds publics – c'est-à-dire par l'impôt, les assurances sociales ou la solidarité internationale –, il est soumis aux règles du financement public. Soucieux de préserver la stabilité macro-économique 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, notamment en Afrique subsaharienne. D'ailleurs, les stratégies de réduction de la pauvreté font souvent explicitement référence à ce type de restriction. Ainsi, au Kenya, au Mozambique, en Zambie et dans beaucoup d'autres 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 (27).

En examinant la question avec davantage d'attention, on a pu dégager un ensemble d'options pour une meilleure gestion dans le cadre des règles actuelles de financement du secteur public. L'une d'entre elles consiste par exemple à réduire les coûts et à éliminer les employés fantômes par une externalisation effective (28, 29). Ces mesures de rationalisation seraient certes utiles, mais il est peu probable qu'elles puissent suffire à elles seules. 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 particu-

lier 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 intervenants au niveau international. Il s'avère de plus en plus que l'action au niveau des ressources humaines pour la santé permet un retour sur investissement sur le plan sanitaire et économique, et ce fait peut faciliter la négociation. Par ailleurs, accorder la première place à la santé de la population et s'attacher à assurer un accès universel aux soins comportent des justifications morales et politiques susceptibles de faire passer plus aisément l'octroi d'un statut particulier au personnel sanitaire.

Les préoccupations au sujet du financement public de l'expansion des effectifs sanitaires sont liées à 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 (30). 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 (31). Il faudrait les compléter par des stratégies nationales tendant à pérenniser le financement du secteur de la santé.

ALLER ENSEMBLE DE L'AVANT

On s'efforce depuis une décennie de faire comprendre que, si les problèmes des ressources humaines pour la santé ne sont pas pris à bras-le-corps, les systèmes de santé vont s'effondrer. Nous ne savons pas, loin s'en faut, quelle est l'ampleur des facteurs qui sont à la base des difficultés que connaissent les ressources humaines pour la santé, et la gamme de solutions que nous pouvons proposer reste très lacunaire. Toutefois, il est possible de sortir de cette crise.

En collaborant, par le truchement d'alliances incluant l'ensemble des acteurs – tant au niveau mondial qu'au niveau national –, il est possible de s'attaquer aux problèmes qui impliquent divers secteurs, divers groupes d'intérêt et dépassent des frontières nationales : on peut regrouper les compétences quand elles sont limitées et saisir les occasions qui s'offrent d'apprendre les uns des autres, de partager des expériences et de résoudre collectivement les problèmes. En instituant une solidarité à l'échelle mondiale, on pourra tirer parti des synergies possibles entre les contributions propres d'organismes tels que l'OMS, les institutions financières internationales, les milieux universitaires et les associations professionnelles. Il est particulièrement important d'assurer un suivi minutieux des effets que ces contributions peuvent avoir, de manière à rassembler peu à peu une masse critique de données et de les partager avec tous ceux qui sont susceptibles d'en tirer profit.

Il n'existe aucun pays dans le monde qui n'ait pas à faire face à de graves problèmes touchant son personnel sanitaire – problèmes qui affectent son système de santé, son économie et les obligations qu'il a vis-à-vis de ses citoyens. Tous les pays doivent se doter de moyens institutionnels ou renforcer leurs moyens existants pour surmonter les problèmes et les difficultés qu'ils connaissent en matière de ressources humaines pour la santé. Pour y parvenir, certains d'entre eux ont besoin d'obtenir une aide extérieure importante ; si cette aide ne leur parvient pas, ils prendront encore plus de retard, car les forces planétaires qui sous-tendent le développement des ressources humaines pour la santé vont accélérer les disparités. Au niveau mondial, la conséquence en serait une exacerbation des inégalités du fait que les agents de santé émigreraient dans

des pays où les responsables politiques sont plus attentifs à leurs préoccupations. Au niveau national, il s'ensuivrait un accroissement des tensions politiques devant l'impossibilité de faire aboutir les justes attentes des citoyens.

Au cours des dernières années, l'élan donné à l'action n'a cessé de prendre de l'ampleur. Les Etats Membres de l'OMS, emmenés par les responsables sanitaires africains, ont, lors de récentes Assemblées mondiales de la Santé, adopté deux résolutions par lesquelles ils appellent à une action au niveau mondial pour mettre sur pied les personnels dont ont besoin les systèmes sanitaires nationaux, notamment en faisant barrage aux flux migratoires non planifiés des professionnels de la santé. En Amérique latine et en Europe ont été créés des observatoires régionaux des ressources humaines pour la santé, et les Bureaux régionaux de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale ont lancé de nouvelles initiatives pour la formation en santé publique. Dans le cadre de la Joint Learning Initiative (Initiative conjointe sur l'apprentissage), une centaine de responsables sanitaires mondiaux ont recommandé que des mesures soient prises d'urgence pour surmonter la crise que traversent les ressources humaines pour la santé. Des appels à l'action ont été lancés à l'occasion d'une série de forums de haut niveau sur les OMD dans le domaine de la santé, qui se sont tenus à Genève, Abuja ou Paris et, à Oslo, deux consultations ont amorcé un processus de participation des différentes parties prenantes en vue d'organiser la marche en avant. Il se dégage de tout cela un mandat clair – à savoir la nécessité d'établir un plan d'action au niveau mondial fondé sur des initiatives nationales épaulées par la solidarité internationale.

« Des initiatives prises au niveau national et la solidarité internationale peuvent déboucher dans tous les pays sur des améliorations importantes »

Des initiatives nationales

Pour avoir suffisamment de force, les stratégies mises en place dans les pays doivent posséder un solide contenu technique et s'appuyer sur un processus politique crédible. Cela suppose – entrée dans la profession, activité professionnelle effective et départ –, en s'attachant à passer des accords fondés sur la confiance mutuelle et la négociation et moyennant un engagement effectif des parties prenantes dans la planification et l'exécution. En outre, ces stratégies nationales seront probablement plus fructueuses si elles se fondent sur trois priorités : agir sans délai, prévoir l'avenir et se doter des moyens nécessaires.

- Agir sans délai pour accroître la productivité du personnel en faisant la chasse au gaspillage (par exemple en éliminant les employés fantômes ou les emplois fictifs et en combattant l'absentéisme) et en améliorant la performance du personnel par l'adaptation des rémunérations, des mesures d'incitation au travail, de meilleures conditions de sécurité et la mobilisation des agents. Il est capital d'améliorer également la recherche du renseignement pour mieux cerner les différentes situations nationales et suivre les progrès ou les reculs.
- Prévoir l'avenir en incitant les différentes parties prenantes à élaborer des plans stratégiques nationaux basés sur des données concrètes et sur des scénarios qui prennent en compte les tendances futures probables. Il faut s'attendre à un développement important de l'enseignement et des services privés, ce qui nécessitera la mobilisation de fonds publics pour assurer un accès équitable à la santé et financer les activités de promotion et de prévention. L'action publique au niveau de l'information, de la réglementation et de la délégation de responsabilités est un élément essentiel pour le fonctionnement de systèmes de soins associant secteur privé et secteur public.
- Se doter des moyens nécessaires en renforçant les institutions essentielles à un bon développement du personnel. Le développement de la capacité d'initiative et

de la gestion dans le domaine de la santé est un élément essentiel à la planification stratégique et à la mise en œuvre des politiques en matière de ressources humaines pour la santé, comme le sont d'ailleurs d'autres secteurs de la santé tels que l'enseignement et les finances. Il faut mettre en place un système efficace pour la fixation des normes, l'accréditation et la délivrance des autorisations d'exercer de manière à améliorer le travail des syndicats, des établissements d'enseignement, des associations professionnelles et de la société civile.

La solidarité internationale

Si bien conçues qu'elles soient, les stratégies nationales ne peuvent à elles seules faire face à la réalité des problèmes auxquels ont et auront à faire face les personnels de santé. Les stratégies élaborées dans l'ensemble des pays souffrent également de la fragmentation des données, d'un arsenal de planification limité et du manque de compétence technique. Les flambées de maladies et l'évolution du marché du travail se jouent des frontières nationales et l'acuité de la crise des ressources humaines qui touche un nombre important de pays nécessite une aide internationale. Il faut donc que les initiatives nationales puissent s'appuyer sur la solidarité internationale dans au moins trois domaines : les savoirs et l'apprentissage, les accords de coopération et la réactivité aux crises touchant les ressources humaines.

- Catalyser l'acquisition des savoirs et l'apprentissage. Dans tous les pays, le progrès va s'accélérer grâce à des investissements peu coûteux mais importants consacrés

Tableau 7.2 Plan d'action décennal

		2006	2010	2015
		Immédiatement	A mi-parcours	Dans 10 ans
Initiatives nationales	Gestion administrative	Faire la chasse au gaspillage, améliorer les mesures d'incitation	Mettre en œuvre des méthodes de gestion efficaces	Maintenir un personnel très performant
	Enseignement	Revitaliser les stratégies en matière d'enseignement	Développer les accréditations et les autorisations d'exercer	Préparer le personnel pour l'avenir
	Planification	Elaborer des stratégies nationales en matière de ressources humaines	Faire sauter les obstacles à la mise en œuvre des politiques	Evaluer les stratégies et les modifier en s'appuyant sur de solides moyens nationaux
Solidarité Internationale	Connaissances et apprentissage	Développer des structures techniques communes	Evaluer la performance par des moyens de mesures comparables	Mettre en commun les bonnes pratiques basées sur des faits concrets
		Mettre en commun les compétences	Financer les recherches prioritaires	
	Politiques d'habilitation	Plaider pour des méthodes de recrutement respectueuses de l'éthique et pour les droits des travailleurs migrants	Appliquer des principes de recrutement rationnels	Gérer l'augmentation des flux migratoires dans un esprit d'équité et de justice
		Insister sur le caractère exceptionnel de l'espace fiscal	Elargir l'espace fiscal dans le secteur sanitaire	Pérenniser la politique fiscale
	Réaction aux crises	Financer les plans nationaux dans 25 % des pays en crise	Etendre le financement à la moitié des pays en crise	Assurer le financement des plans nationaux pour la totalité des pays en crise
		S'étendre sur les meilleures pratiques en matière de dons destinés aux ressources humaines pour la santé	Adopter comme ligne de conduite le partage à parts égales de l'investissement destiné aux programmes prioritaires	

à l'élaboration d'une meilleure métrologie des ressources humaines, aux accords conclus en vue de la définition d'un cadre technique commun et au soutien des recherches jugées prioritaires. La mise en commun effective des diverses compétences techniques et l'ampleur de l'expérience acquise peuvent aider les pays à s'adjoindre les meilleurs talents et à adopter les meilleures pratiques.

- Conclure des accords de coopération. Le caractère de plus en plus international du personnel sanitaire découlant notamment des flux migratoires et de la présence d'agents et de bénévoles au service des organisations humanitaires nécessite la conclusion d'accords de coopération destinés à protéger les droits et la sécurité des travailleurs et à favoriser l'adoption de modes de recrutement respectueux de l'éthique. La situation actuelle de la grippe aviaire dans le monde met en évidence un impératif encore plus fondamental, à savoir se doter au niveau international des moyens permettant de rassembler les ressources humaines nécessaires pour faire face aux situations d'extrême urgence dans le domaine sanitaire et humanitaire.
- Réagir aux crises touchant les ressources humaines. L'ampleur de la crise qui frappe le personnel sanitaire dans les pays les plus pauvres de la planète n'est nullement surestimée et elle nécessite une action urgente, durable et coordonnée de la part de la communauté internationale. Les donateurs doivent faciliter le financement immédiat et à plus long terme des ressources humaines à titre d'investissement dans les systèmes de santé. Le coût imputable à l'expansion des effectifs sur une période de 20 ans se traduit par une augmentation annuelle des dépenses de santé par habitant de l'ordre de US \$1,60. Il est recommandé de répartir les fonds en deux parties égales, 50 % du total de l'aide financière internationale correspondant aux initiatives prioritaires allant aux systèmes de santé, dont la moitié pour les stratégies de renforcement du personnel sanitaire national. Il faut, en mettant en œuvre les politiques de financement pour le développement, veiller à ce que le plafonnement de l'emploi ne constitue pas l'obstacle principal à l'expansion du personnel sanitaire. Tous les partenaires doivent se livrer à un examen critique des moyens qu'ils emploient pour soutenir le personnel sanitaire, le but étant de supprimer les pratiques inefficaces et de s'aligner davantage sur les initiatives nationales.

Les initiatives prises au niveau national et la solidarité internationale peuvent déboucher dans tous les pays sur des améliorations structurelles importantes touchant le personnel, notamment dans les pays qui connaissent les crises les plus graves. Ces améliorations se traduiraient par la possibilité d'avoir partout accès à un personnel motivé, compétent et convenablement soutenu, par une plus grande satisfaction des travailleurs, des employeurs et du public, et par une gestion plus efficace des ressources humaines par l'Etat, la société civile et les associations professionnelles.

Plan d'action

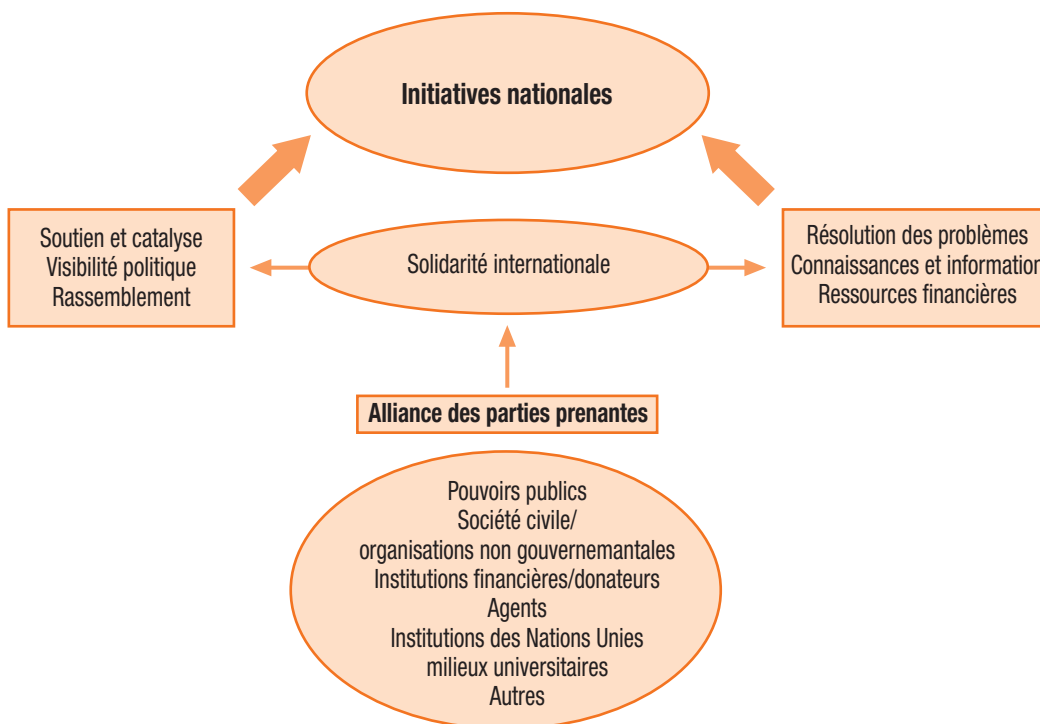
Des initiatives doivent être prises de toute urgence au niveau national pour relancer l'action au niveau des pays et la maintenir pendant au moins une décennie. Le Tableau 7.2 récapitule les objectifs d'un plan d'action décennal pour la période 2006–2015.

- Les mesures à prendre sans attendre au cours des prochaines années devraient consister, pour les pays chefs de file, à se lancer dans des plans nationaux visant à étendre les stratégies efficaces, accroître les investissements, faire la chasse aux gaspillages et renforcer les établissements d'enseignement. L'aide internationale devrait permettre aux pays de progresser plus rapidement, les grandes options étant, dans l'immédiat, le renseignement, la coopération technique, l'alignement des politiques en matière d'espace fiscal et de migration, ou encore l'harmonisation des initiatives prioritaires et de l'aide fournie par les donateurs.
- A mi-parcours, plus de la moitié des pays devrait avoir élaboré des plans nationaux rationnels et avoir élargi la mise en œuvre de bonnes politiques et pratiques gestionnaires portant sur les mesures d'incitation destinées au personnel, la réglementation

et les institutions. Au niveau mondial, les progrès se traduiront par des normes et des structures communes, une assistance technique importante et une meilleure gestion des connaissances. Des principes de recrutement rationnels et l'alignement des programmes prioritaires et des instruments de développement à l'appui des ressources humaines pour la santé devraient entrer dans les mœurs.

- Dans tous les pays, l'objectif du plan décennal est de mettre au service des systèmes nationaux de santé un personnel très performant capable de faire face aux problèmes actuels et à venir. Cela signifie que chaque pays devra avoir mis en œuvre ses plans stratégiques nationaux et s'être attelé à l'élaboration de plans pour l'avenir en faisant fond sur de solides moyens nationaux. Au niveau mondial, un ensemble de principes directeurs basés sur l'expérience concrète devrait assurer le respect des règles de bonnes pratiques pour le personnel sanitaire. Malgré l'augmentation des flux internationaux de travailleurs migrants, la conclusion d'accords de coopération appropriés devrait permettre d'en atténuer les conséquences néfastes. Un financement international durable devrait être assuré pour les 10 prochaines années au bénéfice des pays au fur et à mesure de l'expansion de leur personnel sanitaire.

Figure 7.4 Alliance mondiale des parties prenantes



MARCHER DE CONCERT VERS L'AVENIR

Pour que le plan d'action progresse, il est nécessaire que les parties prenantes coopèrent par le truchement d'alliances générales et de réseaux – locaux, nationaux et mondiaux – portant sur l'ensemble des problèmes, des professions, des disciplines, des ministères, des secteurs et des pays. Des structures de coopération peuvent permettre de mettre en commun les compétences et les ressources fiscales lorsque celles-ci sont limitées et favoriser un apprentissage mutuel. La Figure 7.4 montre schématiquement comment une alliance mondiale des ressources humaines peut être constituée pour amener les différentes parties prenantes à donner un coup d'accélérateur aux programmes de base dans les pays.

L'une des premières tâches consiste à mener une action de sensibilisation visant à mettre les questions de personnel en bonne place sur l'agenda politique et à les y maintenir. Le moment est venu de rechercher des appuis politiques maintenant que l'on prend de plus en plus conscience du problème, que des solutions efficaces sont en vue et qu'un certain nombre de pays expérimentent d'ores et déjà des interventions. Le développement des ressources humaines pour la santé est un processus continu qu'il est toujours possible d'améliorer. Toutefois, il est possible d'obtenir plus vite de meilleurs résultats dans presque tous les pays en appliquant des solutions qui ont fait leurs preuves. Certaines d'entre elles devraient être mises en œuvre immédiatement ; sur d'autres points, il faudra du temps. Il n'y a aucun raccourci possible et le temps presse. C'est maintenant le moment d'agir, d'investir dans l'avenir et de faire avancer la santé – rapidement et équitablement.

REFERENCES

1. 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.
2. Moore J, Karnaukhova J, McGinnis S, Ricketts T, Skillman S, Paul E et al. *Human resources for health: options for analysis and monitoring* (document non publié, 2005)
3. 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.
4. *Human resources of European health systems: final report*. Paris, Organisation de Coopération et de Développement économiques, 2001.
5. *Opportunities for global health initiatives in the health systems action agenda*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005 (Making health systems work, Working Paper No.4).
6. *Report on WHO Workshop on Formulating a Global Research Agenda for Human Resources for Health, Cape Town, 6–8 September 2004*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.
7. *Human resources for health: overcoming the crisis*. Cambridge, Massachusetts (Etats-Unis d'Amérique), L'Initiative pour Apprendre Ensemble, 2004.
8. Hongoro C, McPake B. How to bridge the gap in human resources for health. *Lancet*, 2004, 364:1451–1456.
9. Black N. Health care workforce: how research can help. *Journal of Health Services Research and Policy*, 2004, 9(Suppl. 1):1–2.
10. Cochrane Database of Systematic Reviews (disponible sur l'Internet à l'adresse suivante : http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cochrane_clsystrev_articles_fs.html, consulté le 12 février 2006).
11. Anand S, Bärnighausen T. *Human resources for health and vaccination coverage in developing countries* (document non publié, Oxford University, 2005).
12. *Report from the Ministerial Summit on Health Research: identify challenges, inform actions, correct inequities*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.
13. *Cape Town recommendations for scaling up research on human resources for health*. World Health Organization Workshop on Formulating a Global Research Agenda on Human Resources for Health, 6 to 8 September 2004, Le Cap (Afrique du sud) (http://www.who.int/reproductive-health/tcc/meeting_documents/cape_town_recommendations.pdf, consulté le 26 février 2006).

14. *Report of the Task Force on Health Systems Research*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005 (http://www.who.int/rpc/summit/Task_Force_on_HSR_2.pdf, consulté le 12 février 2006).
15. Awases M, Nyoni J, Gbary A, Chatora R. *Migration des personnels de santé dans six pays : rapport de synthèse*. Brazzaville, Bureau régional OMS de l'Afrique, 2004.
16. 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.
17. Ministère de la Santé, Gouvernement de l'Ouganda (<http://www.health.go.ug/>, consulté le 26 février 2006).
18. *Vers une société pour tous les âges. Emploi, Santé, Retraites et Solidarité intergénérationnelle*. Bruxelles, Commission européenne, 1999 (document de conférence, Symposium européen ; disponible sur l'Internet à l'adresse suivante : http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/ageing/vienna/vienna_fr.pdf, consulté le 26 février 2006).
19. *Jobs of the future*. Accenture/The Lisbon Council, 2005 (disponible sur l'Internet à l'adresse suivante : http://www.accenture.com/Global/Research_and_Insights/Policy_And_Corporate_Affairs/JobsFuture.htm, consulté le 26 février 2006).
20. Cooper RA, Getzen TE, McKee HJ, Laud P. Economic and demographic trends signal an impending physician shortage. *Health Affairs*, 2002, 21:140–154.
21. Matthews Z, Van Lerberghe W. *Notes on workforce implications of demographic change* (document de base pour le *Rapport sur la santé dans le monde 2006* ; disponible sur l'Internet à l'adresse suivante : <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).
22. Kinfu Y, Mercer H, Dal Poz MR, Evans DB. *Estimating inflows and outflows of health service providers in sub-Saharan Africa*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005 (document de base pour le *Rapport sur la santé dans le monde 2006* ; disponible sur l'Internet à l'adresse suivante : <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).
23. Palmer D, United Kingdom Department for International Development–Malawi, communication personnelle.
24. *PRSPs: their significance for health – second synthesis report*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (document WHO/HDP/PRSP/04.1).

25. Verboom P, Tan-Torres Edejer T, Evans DB. *The cost of eliminating critical shortages in human resources for health*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005 (document de base pour le *Rapport sur la santé dans le monde 2006* ; disponible sur l'Internet à l'adresse suivante : <http://www.who.int/hrh/en>).
26. Michaud C. *Development assistance for health (DAH): recent trends and resource allocation*. Document présenté à la Deuxième Consultation de la Commission Macroéconomie et Santé, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 29-30 octobre 2003 (http://www.who.int/macrohealth/events/health_for_poor/en/dah_trends_nov10.pdf, consulté le 26 février 2006) .
27. *Human resources for health strategic plan 2006–2010*. Lusaka, Ministère de la Santé de Zambie, 2005.
28. Heller PS. *Finding sustainable “fiscal space” for the health sector*. Document présenté au Forum de haut niveau sur les objectifs du Millénaire pour le développement en matière de santé, Paris, novembre 2005 (<http://www.hlfhealthmdgs.org/November2005Mtg.asp>, consulté le 12 février 2006).
29. Vujcic M. *Macroeconomic and fiscal issues in scaling up human resources for health in low-income countries*. Washington, D. C., Banque mondiale, Human Development Network, 2005 (document de base pour le *Rapport sur la santé dans le monde 2006* ; disponible sur l'Internet à l'adresse suivante : <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).
30. Williams G, Hay R. *Fiscal space and sustainability from the perspective of the health sector*. Document présenté au Forum de haut niveau sur les objectifs du Millénaire pour le développement en matière de santé, Paris, novembre 2005 (<http://www.hlfhealthmdgs.org/November2005Mtg.asp>, consulté le 12 février 2006).
31. Foster M. *Fiscal space and sustainability – towards a solution for the health sector*. Document présenté au Forum de haut niveau sur les objectifs du Millénaire pour le développement en matière de santé, Paris, novembre 2005 (<http://www.hlfhealthmdgs.org/Documents/FiscalSpaceTowardsSolution.pdf>, consulté le 26 février 2006).