

RESSOURCES
HUMAINES
DE LA SANTE

PRINCIPES ET PROCESSUS POUR

LA COORDINATION ET LA FACILITATION NATIONALES (CCF)



RESSOURCES
HUMAINES
POUR LA SANTÉ

PRINCIPES ET PROCESSUS POUR

LA COORDINATION ET LA FACILITATION NATIONALES (CCF)



TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE.....	2
ACRONYMES	3
INTRODUCTION	4

SECTION I.

1. RAISON D'ÊTRE, PRINCIPES ET PROCESSUS	5
1.1 Justification de la Coordination et Facilitation nationales (CCF).....	6
1.2 Principes et processus du CCF.....	6
1.2.1 Coordination	6
1.2.2 Composition du Comité des RHS.....	7
1.2.3 Lien entre le CCF et les autres mécanismes de coordination.....	7
1.2.4 Fonctions du Comité RHS.....	8

SECTION II.

2. RÉSULTATS ATTENDUS DU CCF	9
2.1 Plan RHS multisectoriel, harmonisé, budgétisé et fondé sur des preuves.....	10
2.2 Financement du plan RHS.....	10
2.3 Renforcement des capacités des parties prenantes.....	10
2.4 Cohérence dans la mise en œuvre du plan RHS.....	10
2.5 Cadre unifié pour le suivi et l'évaluation.....	10

SECTION III.

3. SOUTENIR LE CCF.....	11
3.1 Autorités gouvernementales.....	12
3.2 Parties prenantes nationales.....	12
3.3 Partenaires internationaux et régionaux.....	12
3.4 Initiatives mondiales pour la santé.....	12

SECTION IV.

4. SUIVI DU PROCESSUS DE CCF.....	13
-----------------------------------	----

CONCLUSION	15
------------------	----

ANNEXES	16
---------------	----

Annexe 1. Stratégies pour le CCF	16
Annexe 2. Destinataires potentiels de ce document.....	20
Annexe 3. Exemples de parties prenantes et de leurs rôles dans la production ou la gestion des RHS dans les pays	21



PRÉAMBULE

La grave pénurie de ressources humaines de la santé (RHS) est l'un des principaux obstacles à la réalisation des objectifs de santé et de développement. Après avoir fait des progrès depuis Kampala, et grâce aux réalisations significatives accomplies en matière de sensibilisation mondiale sur la crise des RHS, l'accent est mis désormais au niveau des pays. Relever les défis de la crise en matière de santé requiert la collaboration de multiples secteurs et parties prenantes avec des rôles complémentaires. Visant à avoir une plateforme unique pour la coordination des politiques et des programmes relatifs aux personnels de santé, l'Alliance mondiale pour les personnels de santé (l'Alliance) a mis au point - à travers un processus consultatif - des principes et des Processus de la Coordination et la Facilitation Nationale (CCF) pour les ressources humaines de la santé (RHS) en vue d'une solution intégrée des personnels de santé. Le CCF a été conçu en 2009. Avec une phase de sensibilisation au début de 2010, son déploiement a commencé à la fin de 2010 avec une première vague de 18 pays en Afrique, Asie, en Amérique Latine.

L'approche CCF exige de mettre en œuvre et de soutenir les structures de gouvernance nécessaires à la coordination et la collaboration intersectorielles pour planifier, exécuter et suivre le développement des personnels de santé et essayer de les garder dans le pays, tout en travaillant par

le biais d'un plan national RHS. Elle implique également des processus pour aider les pays prioritaires afin de s'assurer que des agents de santé stables, motivés et qualifiés soient disponibles pour répondre aux besoins de soins de santé et pour travailler avec des partenaires pour s'assurer que l'expertise financière et technique soit à la disposition des programmes.

Ce document est destiné à tous ceux qui ont un rôle à jouer dans le traitement de la crise des personnels de santé au niveau national, régional et mondial. L'approche CCF va continuer à évoluer et à être mise à jour avec de nouvelles suggestions fondées sur des preuves, les meilleures pratiques et les enseignements tirés des expériences des pays. Ce document doit donc être considéré comme quelque chose de vivant, qui sera révisé à intervalles réguliers pour tenir compte des nouvelles expériences.

L'Alliance s'emploie activement à promouvoir cette approche novatrice, afin que les gouvernements et autres parties prenantes puissent se réunir sous un même toit pour régler la crise des personnels de santé. Sans chercher de solution aux impasses qui plombent les ressources humaines - clé de voûte mais aussi souvent talon d'Achille des systèmes de santé - il ne sera pas possible d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) liés à la santé.

*Dr. Mubashar Sheikh
Directeur exécutif
Alliance mondiale pour les personnels de santé*

ACRONYMES

AAAH	Alliance action Asie-Pacifique en faveur des ressources humaines pour la santé
ACDI	Agence canadienne de développement international
AMVI	Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation
APHRH	Plateforme africaine sur les ressources humaines dans le domaine de la santé
AS	Approche sectorielles
ASDI	Agence suédoise de coopération internationale au développement
AusAID	Agence australienne pour le développement international
BMZ	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (Ministère fédéral allemand pour la coopération et le développement économique)
CCIA	Comité de coordination inter-agences pour le Programme élargi de vaccination
CCM	Mécanisme de coordination des pays du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
CDMT	Cadre de dépenses à moyen terme
CCF	Coordination et facilitation nationales
CII	Conseil international des infirmières
DFID	Département pour le développement international (Royaume-Uni)
ECSA	Afrique de l'Est centrale et australe
EHRP	Programme d'urgence des ressources humaines
FBO	Organisation religieuse
FIH	Fédération internationale des hôpitaux
HAF	Cadre d'action RHS
HHA	Harmonisation pour la santé en Afrique
HIV/AIDS	Virus de l'immunodéficience humaine / Syndrome d'immunodéficience acquise
HMIS	Système d'information pour la gestion de la santé
HRMS	Système d'information des ressources humaines
HWAI	Initiative de sensibilisation du groupe de travail sur la santé
ICM	Confédération internationale des sages-femmes
IHP+	Partenariat international de la santé et initiatives apparentées
JICA	Agence japonaise de coopération internationale
MS	Ministère de la santé
NEPAD	Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique
OCEAC	Organisation de coordination pour la lutte contre les maladies endémiques en Afrique centrale
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OOAS	Organisation ouest africaine de la santé
PAM	Programme d'action mondial
PEPFAR	Plan d'urgence du Président américain pour la lutte contre le sida
PMI	Initiative du Président américain contre le paludisme
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
RHS	Ressources humaines pour la santé
RRT	Outil besoin en ressources
SADC	Communauté sud-africaine de développement
SIGS	Systèmes d'information de gestion de santé
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence américaine pour le développement international
WMA	Association médicale mondiale

INTRODUCTION

Le Rapport sur la santé dans le monde 2006¹ a identifié le seuil de la densité des ressources humaines nécessaires : 23 médecins, infirmiers et sages-femmes pour 10 000 habitants en dessous duquel il devient problématique de pouvoir offrir une large couverture des interventions essentielles, y compris celles nécessaires pour répondre aux objectifs liés à la santé des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Sur la base de ces estimations, on a recensé que 57 pays souffrent actuellement d'un déficit aigu de ressources humaines pour la santé (RHS), avec un déficit global de 2,4 millions de médecins, d'infirmiers et de sages-femmes. La proportion de ce déficit est plus importante dans le sub-Sahara africain, bien que le déficit numérique soit également immense dans les régions à forte densité de la population du Sud-est asiatique.

L'Alliance mondiale pour les personnels de santé² (l'Alliance) a été créée en 2006 pour servir de plateforme d'action commune pour répondre à la crise. L'Alliance est un partenariat de gouvernements nationaux, de la société civile, d'agences internationales, d'institutions financières, de chercheurs, d'associations d'éducateurs et de professionnels dont la mission consiste à identifier, mettre en œuvre et promouvoir des solutions pour relever ce défi.

Le premier Forum mondial sur les ressources humaines pour la santé, organisé par l'Alliance à Kampala, en Ouganda, en mars 2008, a été une étape importante dans la réponse à la crise des RHS. Cet événement a rassemblé 1500 participants représentant les pays, les agences, les organisations et autres parties prenantes. Le Forum a approuvé la Déclaration de Kampala et le Programme d'action mondial³, qui spécifie les efforts qu'il sera nécessaire d'accomplir au cours de la décennie pour faire face, collectivement, aux défis dans le domaine des personnels de santé.

A partir de Kampala, les efforts visant à sensibiliser à la crise des RHS et à catalyser l'action mondiale ont été largement porteurs et l'accent est mis désormais au niveau des pays. Les progrès, dans les pays, exigera un processus de coordination pour rassembler toutes les parties prenantes RHS. Certains pays ont adopté les Comités RHS⁴ comme structures de coordination des actions RHS et ils ont obtenu des résultats positifs, tandis que d'autres doivent encore relever des

myriades de défis. Pour trouver des solutions aux défis des RHS et tirer parti des expériences des pays. Ce document a été conçu pour renforcer et établir des processus pour le succès de la Coordination et facilitation nationales (CCF) et, à terme, pour résoudre la crise des RHS au niveau des pays.

Le CCF est une stratégie qui renforce le caractère central du Comité RHS utilisé dans les pays. C'est un processus visant d'une part à réunir toutes les parties prenantes, afin d'exploiter plus efficacement leurs contributions et d'autre part à renforcer la cohérence, la coordination et la pertinence de toutes leurs actions. Le CCF n'est pas une nouvelle structure et n'est pas destinée à faire peser de nouvelles exigences sur le système de santé. Ce processus vise plutôt à identifier les avantages comparatifs des différents intervenants RHS et à faciliter la collaboration pour renforcer les systèmes de santé autour d'un plan national de santé. Grâce à son engagement avec les mécanismes et les programmes des bailleurs de fonds, le CCF aidera à fournir l'environnement pour l'engagement et le développement de liens entre les programmes et les autres mécanismes de coordination du secteur de la santé ayant des implications RHS.

Dans un effort international visant à diffuser et cultiver l'approche CCF, quatre réunions régionales de consensus ont été organisées sur les RHS, à Accra, Ouagadougou, Hanoï et San Salvador en 2009 et 2010, réunissant un groupe diversifié d'intervenants de nombreux pays. Les leçons partagées et les meilleures pratiques abordées lors de ces réunions ont été compilées par l'Alliance et révisées par des experts au niveau des pays et des partenaires au développement avant l'impression et la diffusion de ce document.

Les points phare de cette ressource vitale sont :

- Le renforcement des systèmes de santé et la justification, les principes et les résultats attendus du CCF, avec les exemples de la coordination des RHS au Malawi et en Zambie ;
- Les rôles des divers intervenants dans l'utilisation du CCF afin d'améliorer la situation des RHS, les mécanismes de suivi du CCF, et des stratégies pour résoudre les goulets d'étranglement et la mobilisation des ressources, et
- les stratégies nationales et les activités nécessaires pour actualiser la Déclaration de Kampala et le Programme d'action mondial. (Annexe 1).

Le document : *Ressources humaines pour la santé : Principes et processus pour la coordination et la facilitation nationale* est une ressource destinée à tous les partenaires impliqués dans la lutte contre cette crise mondiale des ressources humaines. (voir liste des partenaires en Annexe 2).

1 Rapport sur la santé dans le monde 2006 : Travailler ensemble pour la santé, OMS Genève, 2006, accessible sur : <http://www.who.int/whr/2006/fr/index.html>

2 <http://ghwa.org/>

3 http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/kampala_declaration/fr/index.html

4 Dans ce document, le « Comité RHS » servira de terme générique faisant aussi bien référence à tous les Comités RHS compétents, groupes de travail ou forces opérationnelles. La terminologie pour cette entité varie considérablement d'un pays à l'autre, quand bien même leur fonction reste la même au service de la Coordination nationale et de la facilitation.



RAISON D'ÊTRE, PRINCIPES ET PROCESSUS

1. RAISON D'ÊTRE, PRINCIPES ET PROCESSUS

1.1 Justification de la coordination et la facilitation nationales

Les RHS constituent un élément clé pour un système de santé renforcé, ce qui est essentiel pour atteindre les objectifs nationaux de santé et les OMD. Faciliter les actions nationales pour résoudre la crise des RHS signifie le renforcement des capacités des pays prioritaires à évaluer, élaborer, gérer et mettre en œuvre les politiques appropriées et des interventions dans leurs propres communautés. Il s'agit également de les aider d'une part à veiller à ce qu'un personnel de santé qualifié et motivé soit disponible dans le temps pour répondre aux besoins de soins de santé et d'autre part de travailler avec les partenaires pour s'assurer que le financement et l'expertise technique soient disponibles pour les services et programmes de santé.

Étant donné la diversité des parties prenantes au niveau des pays impliqués dans RHS, la coordination est essentielle pour résoudre la crise au niveau local. Les structures de coordination existent dans de nombreux pays et sont appelées Comités RHS. Par ailleurs, les défis suivants, se rapportant à la gestion des ressources humaines, persistent dans les pays en développement :

- La nécessité d'une meilleure définition des rôles entre un grand nombre de parties prenantes très diverses;
- Le manque de leadership fort du gouvernement et de l'intendance dans les processus de coordination;
- Le manque de cohérence dans les politiques RHS et les priorités des différentes parties prenantes, qui, dans un certain nombre de cas, fournissent des messages contradictoires;
- La fragmentation des efforts et un manque de consultation entre les parties prenantes pour trouver des solutions à des questions RHS, et
- L'insuffisance des capacités techniques, organisationnelles et de mobilisation des parties prenantes dans les RHS.

Les principes et processus du CCF aideront à aborder ces défis et d'autres avec des solutions fondées sur les expériences des pays, tout en offrant des stratégies de renforcement des Comités RHS et à assurer sa fonctionnalité dans le système de santé. Le CCF permet de clarifier les rôles et les responsabilités, tout en contribuant à éviter les doublons et à promouvoir la synergie des RHS. Dans les pays où il n'existe pas de Comités RHS, les organisations peuvent utiliser les processus du CCF pour réunir les diverses parties prenantes au sein de mécanismes existants comme l'observatoire des RHS.

1.2 Principes et processus pour le CCF

1.2.1 Coordination

La coordination des parties prenantes par le biais du Comité RHS devrait être au cœur de l'activité du CCF. L'unité RHS au sein du Ministère de la santé (MS), institué de préférence au niveau d'une direction, devrait être le point focal pour la coordination et la mobilisation des parties prenantes. Le CCF doit être liée à des mécanismes de coordination sectorielle pour le renforcement des systèmes de santé tels que les Approches sectorielles (AP), l'Harmonisation de la santé en Afrique (HHA) et le Partenariat international de la santé (Ihp+). Ces mécanismes contribuent à renforcer la coordination autour du plan et du budget RHS d'un pays.

En outre, l'unité RHS peut exiger le renforcement des capacités supplémentaires de ressources humaines et matériel pour exécuter pleinement son rôle de coordination. Une évaluation des capacités de membres de l'unité RHS peut être entreprise pour identifier leurs lacunes et élaborer un plan pour combler ces lacunes. Les partenaires gouvernementaux ou de développement devraient être mobilisés pour apporter leur soutien si des besoins en ressources ou en renforcement de capacités sont identifiés. Dans les pays possédant un système d'administration fédérale, le Comité RHS fonctionnera au niveau national. Toutefois, dans les pays où il y a la décentralisation du système de santé, le processus de CCF peut être reproduit à ce niveau en utilisant les structures disponibles décentralisées.

L'expérience zambienne de la coordination au niveau des pays pour les RHS, décrit dans l'Encadré 1, fournit une illustration des meilleures pratiques de l'engagement de multiples parties prenantes qui ont abouti à des réalisations concrètes pour relever les défis de la crise des RHS..

ENCADRE 1

Mécanisme de coordination nationale pour les RHS en ZAMBIE

Un exemple de coordination efficaces des RHS au sein du secteur de la santé est «le Groupe de travail technique RHS en Zambie» et «le Comité de la coordination sectorielle entre les partenaires pour la politique de santé». En 2005, la Zambie a élaboré son premier plan stratégique national RHS, suite à une directive du Président de la République.

Le processus de planification s'est fait en collaboration avec les entités suivantes : le Département des Ressources Humaines du Ministère de la Santé, le Bureau du Cabinet, les partenaires bilatéraux et multilatéraux de la coopération, l'Association des Eglises pour la santé de la Zambie, les ONG, le Réseau national de la Zambie pour le SIDA, les institutions de réglementation et les associations professionnelles comme l'Association médicale de Zambie et le Syndicat de l'organisation des infirmières et infirmiers de Zambie.

Le plan stratégique RHS est exhaustif, harmonisé, fondé sur des preuves et doté d'un budget de cinq ans et il est suivi et évalué par rapport aux objectifs annuels. Le plan RHS représente le document de base de travail du Groupe de travail technique RHS. Le but du Groupe de travail est d'augmenter le nombre de personnel de santé qualifié et réparti équitablement à travers le pays grâce à la mise en œuvre des politiques locales, régionales et internationales.

Le Groupe de travail technique RHS se réunit chaque mois et il se décompose en sept sous-groupes thématiques qui sont chargés des questions relevant des domaines suivants : le recrutement, la rétention, la gestion du rendement, les systèmes d'information RHS, la formation nationale et les plans opérationnels, la stratégie des agents de santé communautaires et le suivi financier. Les réalisations des sous-groupes comprennent l'harmonisation de la mise en œuvre du plan RHS, la création d'un panier des financements spécifiques aux RHS.

Au cours des cinq dernières années, le Groupe de travail technique RHS a également permis de contribuer à l'atteinte des résultats suivants :

- Une augmentation des responsables médicaux de 84 à 161;
- Le nombre de travailleurs de la santé a passé à 882;
- 26 établissements de formation ont reçu un financement supplémentaire et deux institutions de formation qui avaient été préalablement fermées ont été rouvertes ;
- Un programme d'entrée directe de formation des sages-femmes a été lancé parallèlement au programme de formation de sages-femmes traditionnelles et représente maintenant 40% de toutes les sages-femmes à l'échelle nationale, et
- La croissance de la production et l'absorption des travailleurs de la santé.

1.2.2 Composition du comité des RHS

Les Comités RHS nationaux devraient inclure les associations professionnelles, les institutions de formation, les organisations

non-gouvernementales (ONG) et les organisations confessionnelles (FBO); les partenaires du secteur privé, les représentants des différents ministères tels que : les Finances, l'Education, le Travail, le gouvernement local et les autres entités compétentes; les commissions ou agences des services publics, les partenaires au développement multi- et bilatéraux et les organismes de réglementation.

Une analyse des parties prenantes devrait être utilisée pour s'assurer que tous les groupes sont représentés de manière adéquate au sein du Comité RHS. Des mesures devraient être prises pour corriger les cas de non-représentation. En outre, des représentants des différentes parties prenantes devraient adopter des canaux de communication qui favorisent le partage de l'information et les discussions autour des projets de production et de gestion des RHS.

1.2.3 Liens entre le CCF et les autres mécanismes de coordination

Un certain nombre d'initiatives pour la coordination existent pour le secteur de la santé. Ces initiatives apportent un financement supplémentaire au secteur de la Santé et, en tant que tels et ils ont des implications sur les actions relevant de la production et de la gestion des RHS. Ces mécanismes et initiatives comprennent le Mécanisme de coordination des pays (CCM) du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial), le Comité de coordination inter-organisations (CCIA) pour le Programme élargi de vaccination, et les partenaires de mise en œuvre du Plan d'urgence pour le SIDA du Président des Etats-Unis (PEPFAR) et l'initiative du Président des Etats-Unis contre le paludisme (PMI).

En utilisant les principes et processus du CCF pour négocier avec les responsables des initiatives mondiales pour la santé, le Comité RHS peut bénéficier de financement supplémentaire pour résoudre les problèmes des RHS. Les liens formels et systématiques de collaboration devraient être établis avec les responsables de ces initiatives afin que les besoins en matière des RHS de ces initiatives soient pris en compte dans le plan national RHS.

Les exemples de mesures concrètes pour faciliter cette collaboration incluent :

- La représentation du le Comité RHS, au CCM ou dans tout autre mécanisme de coordination cité précédemment. Cette représentation doit être assurée lorsque les propositions de subvention sont en cours d'élaboration par les responsables de ces initiatives;

- La garantie que les lignes directrices visant à inclure les besoins RHS identifiées par les responsables des différents programmes de santé soient bien appréhendées par tous les acteurs concernés, et
- Le suivi du processus de subventions octroyées par les initiatives mondiales pour la santé et de sa mise en œuvre par le Comité RHS afin de s'assurer que les ressources humaines supplémentaires sont bien à disposition.

L'Encadré 2 fournit un exemple de meilleure pratique de coordination harmonisée entre différents mécanismes au Malawi.

1.2.4 Fonctions du Comité RHS

Les principales fonctions du Comité RHS consistent à :

- S'assurer que les priorités RHS sont identifiées et mises en place comme une composante essentielle du système de santé;
- Promouvoir un dialogue fréquent et le partage des informations sur l'évolution des RHS avec tous les partenaires concernés par la résolution de la crise des RHS;
- Fournir des informations fiables et transparentes sur les RHS qui peuvent être utilisées pour la planification et la gestion du personnel de santé;
- Plaider en faveur de ressources suffisantes pour la santé et pour que les gouvernements se conforment aux engagements pris dans le cadre des objectifs nationaux et internationaux et des engagements en matière de RHS;
- Veiller à ce que les RHS deviennent une priorité lors de la planification de la santé ainsi qu'au niveau des stratégies de santé qui seront adoptées et des budgets nationaux, comme le Cadre de dépenses à moyen terme (CDMT) et la stratégie de réduction de la pauvreté;
- Equiper les champions pour promouvoir l'importance des RHS et leur contribution au développement des systèmes sanitaires;
- Etablir des liens avec tous les ministères du secteur public, privé et les institutions de la société civile qui sont concernées par les RHS;
- Favoriser les négociations et l'arbitrage avec les différents partenaires sur les questions relatives aux RHS;
- Documenter les meilleures pratiques en matière de développement et de gestion des RHS ;
- Organiser des évaluations annuels de l'état des RHS dans le pays et faciliter la publication d'un rapport pour partager ces résultats, et
- Assurer le suivi et l'évaluation des progrès de la mise en œuvre des RHS, y compris le plan stratégique des RHS.

ENCADRE 2

Malawi : Lier la coordination RHS avec les mécanismes de renforcement des systèmes de santé

Le gouvernement du Malawi a mis en place un certain nombre de réformes du secteur de la Santé pour améliorer la prestation des services de santé et renforcer l'état de santé de la population. L'approche sectorielle de santé a été employée comme une stratégie globale pour accroître l'efficacité et l'utilisation des ressources disponibles en interne et en externe afin d'atteindre les objectifs communs du secteur de la Santé. Grâce au mécanisme de l'approche sectorielle, le Malawi a institué un Groupe d'examen du secteur de la santé et un Groupe de travail technique sur les RHS pour assurer une approche participative dans la prise de décision pour tous les intervenants du secteur de la santé.

En février 2004, le Malawi a dû faire face à un certain nombre de défis sérieux dans le secteur de la santé, y compris la baisse rapide des indicateurs et des taux d'occupation élevés chez les infirmières, les médecins et autres cadres de secteurs prioritaires. Seuls 20 médecins ont été diplômés chaque année, et moins de la moitié travaillait dans le secteur public. L'épidémie de VIH / SIDA a rapidement progressé, augmentant la demande de services tout en réduisant la capacité à répondre aux besoins. Le personnel disponible acceptait souvent les emplois plus lucratifs offerts par le secteur privé, les donateurs, les ONG et les instituts de recherche. Les bas salaires, les charges de travail élevées, une faible surveillance, des logements inadéquats, des pénuries de médicaments et de fournitures et une mauvaise gestion aggravèrent encore davantage les problèmes du secteur de la santé.

Le gouvernement a déclaré une crise des ressources humaines et a lancé le Programme d'urgence en faveur des ressources humaines (EHRP), un programme national en propriété exclusive et pleinement intégré et élaboré avec l'appui des donateurs internationaux. Ce programme de six ans s'est engagé à améliorer les incitations pour le recrutement et la rétention du personnel, à accroître la capacité de formation interne, à faire appel à des volontaires internationaux en tant que mesure provisoire, à fournir une assistance technique et à renforcer la surveillance et la capacité d'évaluation.

En conséquence, le système de santé publique au Malawi, né d'une situation d'urgence critique, a permis des réalisations importantes :

- L'augmentation des salaires des travailleurs du secteur de la santé.
- L'intégration de l'EHRP dans le programme du secteur de la santé. Il fait dorénavant partie de réformes plus vastes du secteur de la santé.
- La subvention du Fonds mondial de renforcement des systèmes de santé et l'apport d'autres partenaires financiers ont commencé à soutenir le système de santé.
- La formation et les objectifs de scolarisation ont été globalement respectés, en utilisant davantage et de meilleurs tuteurs ; meilleurs résultats et meilleure infrastructure.
- Le gouvernement a engagé et fidélisé le personnel avec des régimes de suppléance innovants.
- L'augmentation du financement au niveau du district a permis des solutions locales telles que l'amélioration des conditions de travail et de vie.
- Tous les diplômés du *College of Nursing Kamuzu* ont été recrutés pour le travail du secteur public, alors qu'auparavant aucun ne l'avait été.
- Le nombre de médecins a passé de 43 en 2004 à 265 en 2009.
- Les infirmières ont passé de 3'456 en 2004 à 4'812 en 2009.
- La thérapie antirétrovirale à grande échelle a passé de 13'000 en 2004 à 276'000 en 2009.
- Les services ambulatoires ont augmenté de 49 pour cent.

« Le service de santé a pris un tournant décisif. Il y a maintenant de l'espoir. Nous travaillons tous à des objectifs communs... »

[Agent de la santé de district au Malawi]



RÉSULTATS ESCOMPTÉS DU CCF

2. RÉSULTATS ESCOMPTÉS DU CCF

Suite à l'implantation des principes mentionnés ci-dessus pour le CCF, les pays auront sans doute obtenu des résultats significatifs, leur permettant de progresser vers la mise en œuvre d'un plan RHS multisectoriel, harmonisé, budgétisé et fondé sur des preuves.

2.1 Plan RHS multisectoriel, harmonisé, budgétisé et fondé sur des preuves

Dans le cadre du processus CCF, le comité RHS a la responsabilité première d'élaborer un plan RHS multisectoriel harmonisé, budgétisé et fondé sur des preuves pour le pays. Toutes les parties prenantes doivent collaborer et faciliter son développement et faire en sorte qu'il reflète les besoins nationaux et la mise à disposition de travailleurs de la santé pour le Ministère de la Santé, d'autres services du secteur public, le secteur privé et les ONG. Les composantes telles que la formation, le recrutement, la rétention, le rendement, la rémunération, la distribution équitable, la réactivité et la migration de la main-d'œuvre devraient toutes être incluses. Le plan devrait viser à atteindre les objectifs de santé et les cibles (par exemple, les OMD) et être compatible avec les priorités de la stratégie nationale de santé ainsi que les stratégies recommandées dans la Déclaration de Kampala et du Programme d'action mondial. Le plan doit refléter et intégrer les principes des droits, y compris la sensibilité relative au genre (homme/femme). Enfin, le plan doit être fondé sur une analyse approfondie de la situation nationale RHS, reflétant les priorités convenues par toutes les parties prenantes.

2.2 Financement du plan RHS

Le financement d'un plan RHS harmonisé, budgétisé et fondé sur des preuves est un défi pour de nombreux pays dont les budgets pour la santé sont toujours insuffisants pour répondre aux problèmes RHS. Pour atténuer cette contrainte, les parties prenantes doivent collaborer et faciliter le financement d'un plan RHS national et ceux qui contribuent financièrement au plan doivent le faire de manière transparente. Des ressources additionnelles auprès des donateurs multilatéraux comme le Fonds mondial et les programmes bilatéraux comme le PEPFAR offrent d'autres possibilités permettant de financer les efforts de RHS et de lutter contre la crise des RHS. A cet égard, toutes les parties prenantes devraient être engagées dans l'élaboration de la proposition de financement. Les propositions pour le renforcement du système de santé doivent mettre davantage l'accent sur les RHS.

2.3 Renforcement des capacités des parties prenantes

La capacité des intervenants RHS varie énormément, de même que leur niveau d'engagement dans le processus de collaboration. Afin de mieux identifier les lacunes au niveau des capacités, les partenaires RHS devraient entreprendre une analyse de la situation de tous les intervenants afin de déterminer les différents besoins de renforcement des capacités qui auront une incidence sur le plan RHS harmonisé, budgétisé et fondé sur des preuves. Dans de nombreux pays, la planification stratégique et le plaidoyer sont deux lacunes récurrentes qui doivent être considérées comme points de départ pour les travaux futurs. Tous les intervenants doivent être encouragés à contribuer, à faciliter et à participer au processus de renforcement des capacités. De nombreux outils techniques sont disponibles auprès de l'Alliance, comme l'outil d'évaluation des ressources (RRT)⁵ et le Cadre d'action RHS⁶, peuvent être utilisés comme base pour les activités.

2.4 Cohérence dans la mise en œuvre du plan RHS

Toutes les parties prenantes doivent collaborer et faciliter la mise en œuvre du plan des RHS et doivent se conformer systématiquement aux politiques et stratégies qui ont été développées et liées au plan national de santé. Les processus établis doivent être respectés, et les partenaires RHS doivent éviter d'élaborer des politiques et des stratégies spécifiques qui pourraient compromettre le plan et conduire à des déséquilibres au niveau de la main-d'œuvre. Dans des situations spéciales où les parties prenantes peuvent avoir des politiques différentes, comme une politique d'intéressement pour les travailleurs de santé ruraux, ou l'incohérence des politiques des donateurs pour le financement de la formation continue, il est important que ces politiques soient harmonisées pour assurer la cohérence et la transparence.

2.5 Cadre unifié pour le suivi et l'évaluation

Les pays qui sont parties prenante doivent collaborer pour suivre et évaluer la mise en œuvre du plan RHS, harmonisé, budgétisé et fondé sur des preuves en utilisant un cadre unifié d'indicateurs. La fourniture d'informations exactes et transparentes par les parties prenantes pour soutenir ce processus est un élément crucial. Il est également impératif que le suivi des programmes de RHS des partenaires soit conforme au plan national des RHS, qu'il renforce les systèmes d'information sur les ressources humaines et qu'il implique les observatoires nationaux des personnels de santé.

5 <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/publications/taskforces/rtdescription.pdf>

6 http://www.who.int/workforcealliance/about/taskforces/tools_guidelines/fr/index.html



SOUTENIR
LE CCF

SECTION III

3. SOUTENIR LE CCF

Il est essentiel que les gouvernements et toutes les parties prenantes aux niveaux local, régional et mondial travaillent ensemble à la réussite de la mise en œuvre de le CCF. (Annexe 3).

3.1 Autorités gouvernementales

La strate supérieure des différents ministères impliqués dans les RHS doit fournir le leadership et l'engagement politiques nécessaires au processus du CCF. Compte tenu de la gravité de la crise des RHS et les divers rôles des parties prenantes dans la résolution de la crise, le leadership et un suivi rapprochés seront nécessaire de la part des ministres, des secrétaires permanents et des directeurs généraux de tous les gouvernements concernés. Cela permettra d'assurer que leur contribution spécifique, l'engagement et la participation soient manifestés en temps opportun pour renforcer le Comité RHS.

Le soutien du gouvernement devrait inclure une allocation adéquate des ressources financières pour les RHS, l'assiduité et la participation active des représentants aux réunions du Comité RHS, ainsi que l'examen de toutes les politiques RHS pour assurer la cohérence. Les gouvernements devraient surtout continuer à accroître la visibilité de la crise des RHS à l'occasion de tous les forums où la santé est à l'ordre du jour.

3.2 Parties prenantes nationales

Les intervenants des différentes parties nationales (comme les associations professionnelles de la santé, les établissements de formation, les ONG, les organisations confessionnelles, les universités, les instituts de recherche, les partenaires bilatéraux et multilatéraux, les syndicats et le secteur privé) devraient également soutenir la fonctionnalité du Comité RHS par une participation active et régulière aux réunions. Ils peuvent également être tenus de fournir un appui technique ou financier. Les capacités locales et la force relative de chacun des acteurs devraient être pleinement exploitées pour trouver des solutions aux goulots d'étranglement et aux obstacles afin d'atténuer la crise des RHS. Les différentes parties prenantes doivent examiner leurs rôles, les politiques et les stratégies visant à évaluer l'impact de leurs programmes pour comprendre comment ils peuvent mieux contribuer à résoudre les problèmes de RHS dans leur pays.

3.3 Partenaires internationaux et régionaux

Si des solutions locales ne sont pas possibles ou appropriées, une évaluation doit être faite par le comité RHS pour identifier les domaines nécessitant des appuis techniques et/ou le soutien financier des partenaires internationaux et régionaux. Sur la base des résultats de l'évaluation, les sources suivantes peuvent être envisagées pour apporter leur soutien :

- Les partenaires au développement ou les organisations multilatérales comme l'OMS et d'autres entités engagées dans la santé peuvent offrir toute une gamme d'expertise et de soutien.
- Les agences techniques des organismes économiques, régionaux et politiques et autres organismes de santé connexes, qui sont importants pour continuer le plaidoyer visant à accroître la visibilité de la crise des RHS et à accroître le financement tout en fournissant une plateforme de soutien collectif pour accélérer l'harmonisation des politiques et des stratégies au niveau régional.
- Les institutions techniques, de l'enseignement et de la recherche, y compris les universités, les instituts de recherche, le secteur privé, les ONG et les organisations confessionnelles locaux ou régionaux peuvent être une bonne ressource pour le soutien technique.

3.4 Initiatives mondiales en matière de santé

Les initiatives mondiales pour la santé comme le Fonds mondial, l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (AMVI) et le PEPFAR sont les principaux bailleurs de fonds du secteur de la santé et ils ont démontré la volonté de financer des RHS dans le cadre des propositions de renforcement des systèmes de santé. Ce changement est devenu encore plus important au moment de la récente annonce, par «la Force spéciale de haut niveau sur les sources innovantes de financement international pour le système de santé» que l'AMVI, le Fonds mondial et la Banque mondiale allaient concevoir une plateforme commune pour le financement du système de santé, dans le cadre d'un processus facilité par l'OMS. Les Comités RHS des différents pays doivent collaborer avec ces mécanismes pour élaborer des stratégies permettant de mieux utiliser les ressources des systèmes de santé et de mieux relever les défis des RHS.



SUIVI DU PROCESSUS DU CCF

4. SUIVI DU PROCESSUS DU CCF

Mesurer la performance du processus du CCF est crucial pour s'assurer de leur impact sur les activités RHS. L'influence directe du CCF sur la mise en œuvre des RHS peut prendre du temps à se réaliser, parce que les activités telles que la formation et l'augmentation du nombre de travailleurs de la santé produiront des résultats progressivement. Toutefois, des critères pertinents doivent être élaborés pour mesurer la qualité des processus du CCF et aider à éclairer les activités du Comité RHS. Les indicateurs adéquats pour mesurer la qualité du processus pourraient comprendre les éléments suivants :

- La composition et le savoir-faire des membres du Comité RHS et la fréquence de leurs réunions;
- Le niveau de la représentation par les parties prenantes au sein du Comité RHS;
- La disponibilité en temps opportun de l'information des intervenants à des fins de planification ainsi que les méthodes et les canaux utilisés pour la diffusion de l'information;
- Le nombre et les types de questions RHS qui sont prioritaires pour le Comité RHS;
- Le nombre des politiques harmonisées des parties prenantes;
- Des mécanismes crédibles de suivi financier pour les RHS;
- La disponibilité du rapport sur le bilan annuel des RHS;
- Les liens entre le Comité des RHS et d'autres mécanismes nationaux de renforcement des systèmes de santé;
- La disponibilité des ressources, à l'intérieur du pays ou au niveau régional, en matière d'appui technique.





CONCLUSION

Depuis la création de l'Alliance, d'importants progrès ont été accomplis en galvanisant le plaidoyer au niveau mondial et la nécessité d'une action autour de la crise des RHS. Malgré la promotion croissante des actions qui peuvent améliorer les RHS, les pays rencontrent encore des difficultés dans la mise en œuvre de ces stratégies. Toutefois, beaucoup de choses peuvent être accomplies s'il existe un processus pour coordonner les acteurs qui œuvrent à améliorer la crise des RHS. Le CCF propose un mécanisme viable pour assurer la fonctionnalité et les liens RHS au sein du système de santé national et entre les parties prenantes. Les principes et les processus décrits ci-dessus offrent aux partenaires la possibilité de travailler, ensemble, dans un esprit de collaboration qui lutte contre la fragmentation et crée une synergie, qui est un ingrédient essentiel pour assurer un changement efficace et durable dans les pays.



ANNEXES

Annexe 1. Stratégies pour le CCF

La Déclaration de Kampala et le Programme d'action mondial (PAM) fournissent des orientations sur les stratégies et les actions spécifiques que les pays et les parties prenantes peuvent prendre. Les domaines d'action des pays sont fondés sur les six stratégies suivantes reliées entre elles :

- PAM 1 : la construction cohérente de leadership national et mondial pour les solutions à apporter à la crise du personnel de santé;
- PAM 2 : garantir la capacité pour une riposte pertinente fondée sur des preuves et des apprentissages communs;
- PAM 3 : Accroître la formation initiale et continue des travailleurs de la santé;
- PAM 4 : Maintenir un personnel de santé efficace, réactif et équitablement réparti;
- PAM 5 : Gérer la pression de la main-d'œuvre sur le marché international de la santé et son impact sur la migration, et
- PAM 6 : Sécuriser les investissements supplémentaires et les plus productifs pour le personnel de santé.

Le processus du CCF aidera les pays à déterminer comment faire face aux défis des RHS et à améliorer la situation. Une sélection des actions prioritaires pour chacune des stratégies ci-dessus est présentée ci-dessous.

PAM 1 : Constituer un leadership national et mondial cohérent pour les solutions relatives au personnel de santé

La crise des personnels de santé appelle à un leadership extraordinaire à tous les niveaux qui se concentre sur les solutions et les résultats à obtenir. Ces efforts donneront une visibilité aux problèmes qui entravent l'accès aux agents de santé à travers le monde. La cohérence et la collaboration sont nécessaires entre les secteurs du gouvernement, comme entre la santé, l'éducation, le commerce, la finance, le travail et les gouvernements locaux pour assurer le progrès.

S'entendre sur un plan des RHS harmonisé, budgétisé et fondé sur des preuves dans le cadre du renouvellement de la politique des soins primaires est essentiel. Ce plan doit tenir compte de toutes les composantes telles que la formation, la fidélisation, le rendement, la rémunération, la répartition équitable, la réactivité et la migration de la main-d'œuvre. Il devrait viser à atteindre les objectifs de santé et les objectifs

tels que les OMD et être compatible avec les objectifs et les stratégies dans le cadre de la stratégie nationale de santé globale. Le plan devrait comprendre les besoins du ministère de la Santé et d'autres secteurs publics tels que les différents départements du gouvernement, le secteur privé et la société civile, y compris les ONG. Les considérations relatives au genre (homme/femme) doivent être intégrées. Les politiques de mise en œuvre des parties prenantes qui diffèrent de celles qui sont contenues dans le plan national devraient être harmonisées pour garantir la cohérence et la transparence.

Les pays sont à différents stades de l'élaboration et de la mise en œuvre des plans RHS nationaux, mais indépendamment de la progression, les efforts suivants sont essentiels pour tous les pays qui travaillent dans les RHS :

- Etablir l'engagement public des chefs de gouvernement, en particulier du ministère de la Santé, pour qu'ils s'attaquent à la crise des personnels de santé comme une composante essentielle à la réalisation des objectifs de santé et du développement;
- Etablir une carte de tous les partenaires concernés par la crise des RHS dans une base de données indiquant leurs fonctions, par exemple, l'éducation et la formation, la prestation de services, la gestion des médicaments et des fournitures, la recherche, l'élaboration de politiques, le recrutement ou l'administration et la gestion;
- Réunir tous les partenaires, y compris le secteur privé et la société civile, afin d'assurer la coordination des partenariats sur toutes les questions RHS avec un point focal, soutenu par le plus haut niveau du gouvernement;
- Evaluer toutes les politiques et stratégies sur les RHS dans le but de les harmoniser et de les aligner dans un plan national RHS;
- Renforcer les capacités et les structures gouvernementales de coordination existantes pour y inclure les RHS. Le ministère de la Santé ou l'unité RHS au Ministère de la Santé doit être bien équipé pour agir en tant que point focal pour les RHS et pour effectuer les fonctions nécessaires de coordination.

PAM 2 : Assurer les capacités nécessaires en vue d'une riposte pertinente fondée sur des preuves et des apprentissages communs

Les évaluations de la situation RHS dans un pays donné sont cruciales pour l'élaboration d'un plan national RHS. Toutefois, les données pour de telles évaluations sont invariablement insuffisantes ou inexistantes dans la majorité des pays. Dans

la plupart des cas, on manque d'un système d'information des ressources humaines (HRMS), ou s'il est disponible, il ne peut pas être mis en lien avec le système d'information de gestion de santé (SIGS). En conséquence, capter les tendances RHS, en particulier celles qui portent sur la migration et la distribution équitable des travailleurs de la santé, est extrêmement difficile et des informations vitales pour l'élaboration des politiques et la planification font cruellement défaut. L'OMS et ses partenaires ont produit un manuel sur le suivi et l'évaluation des RHS qui aideront les pays à choisir les indicateurs qui s'imposent pour renforcer le système d'information RHS⁷.

Les actions nationales visant à atténuer ces défis devraient notamment inclure :

- Développer un HRMS relié au SIG fondé sur les données RHS recueillies dans les structures de santé et les districts. Le HRMS doit également être lié aux indicateurs de progrès et du cadre de suivi du Plan national RHS et aux indicateurs de progrès pour le suivi des réalisations de la Déclaration de Kampala et du Programme d'action mondial. Ensemble, les résultats de ces sources de données contribueront au rapport biennal sur les progrès réalisés liés à la Déclaration de Kampala et au Programme d'action mondial. Les lacunes seront identifiées pour le renforcement de la base de données RHS nationale;
- Créer des observatoires nationaux qui prennent en considération les informations de toutes les parties prenantes travaillant sur les RHS;
- Fournir des informations sur les RHS aux bases de données régionales et aux observatoires qui agissent comme dépôts afin de leur permettre de développer et valider les HRMS nationaux et fournir des informations sur tous les aspects RHS, et
- Entreprendre des recherches opérationnelles dans des domaines tels que celle qui fournira des informations sur la charge de travail, la mobilité du personnel, sur le déploiement efficace et efficient de la main-d'œuvre disponible et sa productivité.

PAM 3 : Accroître la formation initiale et continue des travailleurs de la santé

De nombreux pays sont incapables de fournir le nombre et la qualité des agents de santé nécessaires pour répondre aux exigences actuelles. Les Capacités, de formation et de gestion font souvent défaut, alors que les infrastructures et

la logistique ont également un besoin urgent d'amélioration. Ces problèmes ont été compliqués par le besoin d'étendre les services pour répondre aux OMD. Sans renforcement institutionnel, les pays ne seront pas en mesure de répondre aux objectifs de la Déclaration de Kampala et du Programme d'action mondial. En outre, cette situation critique et les défis associés ont été présentés dans le rapport du Groupe de l'Alliance de travail pour la mise à l'échelle de la formation initiale et continue des travailleurs de la santé⁸.

Afin d'intensifier rapidement et de développer la formation initiale et continue pour répondre aux besoins de services, les pays et les partenaires se sont engagés à élargir la formation des travailleurs de la santé. Toutefois, les capacités locales sont souvent insuffisantes pour l'enseignement et le suivi de la qualité et les normes sont difficiles à maintenir en l'absence de systèmes de régulation et d'accréditation. Des solutions temporaires, comme la délégation des tâches, doivent être correctement planifiées pour répondre aux besoins des pays, et la formation en cours d'emploi devrait être organisée en tandem avec la formation initiale pour éviter de garder les travailleurs de la santé loin de là où ils offrent leurs prestations de services. Il est également nécessaire de fixer des lignes directrices pour déterminer le type de services qui peut être fourni en fonction des compétences du travailleur de soins de santé.

L'expansion des infrastructures de formation, la mise sur le marché de nouveaux agents de santé et le transfert de compétences a également besoin de ressources supplémentaires. Les pays qui ont des défis RHS similaires à relever sont encouragés à échanger des informations sur les bonnes pratiques et actions innovantes pour traiter les questions de formation initiale et continue.

Les actions nationales menées par les parties prenantes doivent comprendre les éléments suivants :

- Adapter et modifier les outils et les lignes directrices sur les RHS pour répondre aux besoins des pays;
- Etablir des accords entre les secteurs public et privé dans la formation, l'utilisation et le déploiement du personnel;
- Elaborer des plans d'intensification pour le déploiement de la formation des travailleurs de la santé, en particulier pour les agents de santé communautaires et de personnel spécialisé, tel que recommandé par le Groupe de travail sur l'accélération de la formation initiale et continue pour les travailleurs de la santé;

7 Ce manuel se trouve sur : <http://www.who.int/hrh/resources/handbook/fr/index.html>

8 http://www.who.int/workforcealliance/documents/Global_Health%20FINAL%20REPORT.pdf

- Concevoir des plans de formation continue et une feuille de route pour l'intégration dans la formation initiale;
- Créer un système d'information de formation pour les agents de santé qui permettra de suivre toutes les formations réalisées dans le cadre du développement de carrière;
- Etablir des règlements pour standardiser les conditions de formation et la durée de la formation pour toutes les catégories de personnel de santé;
- Formaliser les exigences pour l'accréditation des établissements et des organes de formation;
- Etablir un système pour la standardisation et la catégorisation des différents cadres de personnel de santé;
- Entreprendre des évaluations stratégiques pour développer les types de transferts de compétences et les agents de santé polyvalents qui sont nécessaires à certains pays spécifiques, et
- Elaborer un programme de formation initiale et continue qui augmente la probabilité de voir des agents de santé affectés dans les zones rurales difficiles d'accès, notamment par le recrutement ciblé dans les zones rurales et les populations défavorisées, les bourses d'études ciblées et des programmes de bourses, la localisation des établissements de formation dans ces régions, favorisant ainsi l'éducation médicale au sein de la communauté ainsi que les programmes de stages et de mentorat.

PAM 4 : Fidéliser un personnel de santé efficace, réactif et équitablement réparti

Fidéliser les travailleurs de santé qualifiés, en particulier le personnel nouvellement formé, est cruciale pour la prestation efficace de services de santé de qualité. Bien que les incitations financières se soient avérées importantes pour fidéliser le personnel, d'autres aspects tels que le maintien d'un travail positif et d'un cadre de vie avec l'équipement et les installations nécessaires peut être un facteur de motivation pour fidéliser le personnel. La sécurité des patients, la sécurité au travail et les politiques pertinentes dans le cadre du travail qui portent sur la prévention des infections croisées ou des blessures physiques peut également aider à renforcer la satisfaction des travailleurs de la santé.

Le déploiement efficace et équitable du personnel de santé est également essentiel. La concentration du personnel de santé dans les zones urbaines ou dans les capitales au détriment des zones rurales et difficiles à atteindre sape les efforts des pays pour atteindre les OMD liés à la santé. Une attention particulière doit être accordée à l'attraction et à la fidélisation du personnel de santé dans ces zones. Le déploiement effectif du personnel de santé peut également

être abordé en examinant la planification des infrastructures et le choix du site. Des études de productivité ont révélé un manque de maximisation des horaires des travailleurs de la santé, soit parce que les établissements de santé ne sont pas bien situés par rapport à la densité de la population, soit parce que les installations sont concentrées dans des régions particulières. Les consultations avec le secteur privé, les ONG et les organisations confessionnelles faciliteront la localisation adéquate des installations pour assurer une utilisation plus efficace du temps du personnel.

Un mécanisme important auquel on peut se référer et utiliser est la Campagne pour des environnements favorables à la pratique (EFP)⁹ lancée par l'Alliance en partenariat avec les associations de professionnels de la santé. Il s'agit d'une plateforme mondiale pour la discussion et la planification stratégique sur les questions diverses qui touchent les travailleurs de la santé dans leur environnement professionnel. Cette campagne de cinq ans vise l'environnement des personnes concernées, l'amélioration du recrutement, des actions pour retenir les travailleurs de la santé et améliorer leur bien-être, la santé et la sécurité en milieu professionnel. Par ailleurs, l'OMS a publié en 2010 un guide pour accroître la fidélisation et l'accès aux travailleurs de la santé dans les zones éloignées et rurales.⁹

Les actions nationales liées à cet objectif sont notamment les suivantes :

- Mettre en place des mesures d'incitation spéciales pour la main-d'œuvre dans les régions rurales et difficiles à atteindre;
- Planifier un processus de transition et de recrutement pour les nouveaux diplômés des établissements de formation à la prestation de services;
- Créer une structure de développement de carrière qui soit transparente et offre des possibilités de formation fondées sur le mérite et la performance;
- Développer un système de récompenses annuelles en reconnaissance des performances et des contributions exceptionnelles pour l'amélioration des prestations de services dans le domaine de la santé;
- Etablir des politiques pour la prophylaxie et le traitement des cas d'infection accidentelle, comme des blessures par piqûre d'aiguille et s'assurer que des services de santé confidentiels sont disponibles pour les travailleurs de la santé;
- Définir des catégories de services en fonction du savoir-faire, des compétences et de la formation;
- Mettre en place des accords entre les secteurs public et privé de la formation, l'utilisation et le déploiement du personnel;

⁹ <http://www.ppecampaign.org/>

- Créer un système d'enseignement à distance et un système de surveillance complet qui favorise l'apprentissage commun, le renforcement des compétences et de mentorat, et
- Elaborer et mettre en œuvre une approche globale pour réduire la stigmatisation et la discrimination par les travailleurs de la santé et pour améliorer le respect des travailleurs de la santé pour les droits de tous les patients.

PAM 5 : Gérer la pression du marché international des personnels de santé et son impact sur la migration

La migration du personnel de santé peut être attribuée à plusieurs causes. Une rémunération et des indemnités inadéquates et non-concurrentielles ainsi que des retards dans le recrutement du personnel nouvellement qualifié ont conduit les agents de santé à regarder au-delà de leur propre pays pour de meilleures conditions de travail. Un environnement de travail inadéquat et un manque de considération pour la sécurité, en particulier pour le personnel féminin, ont également contribué à l'absence de stabilité du personnel de santé.

Des politiques organisées et systémiques pour le développement des carrières, des campagnes telles que des Environnements favorables à la pratique et le mentorat par des associations professionnelles peuvent fournir un environnement favorable, notamment pour le personnel travaillant dans les zones éloignées. Les codes de pratique pour organiser et gérer le recrutement régional sur une base bilatérale ont également été mises en œuvre dans certains pays, en plus des négociations menées par l'OMS pour un code de pratique sur le recrutement international des personnels de santé. Les pays bénéficiaires peuvent aussi contribuer à renforcer les institutions de formation dans les pays source afin d'augmenter le nombre de stagiaires.

Les actions nationales des parties prenantes doivent comprendre les éléments suivants :

- Organiser des accords bilatéraux entre les pays au sein de la même région et avec les pays bénéficiaires dans d'autres régions pour gérer le recrutement du personnel et les déplacements de façon ordonnée;
- Améliorer et agrandir les infrastructures et les équipements de la formation avec l'appui des pays bénéficiaires pour augmenter le nombre de stagiaires;
- Renforcer les conseils et les associations professionnelles pour fournir des informations et des conseils aux membres sur les modalités de recrutement;
- Engager les ordres, associations professionnels et les syndicats pour entreprendre des examens périodiques des traitements et indemnités du personnel de santé;
- Engager des ordres et associations professionnels de travailleurs de la santé pour explorer des façons

novatrices de reconnaissance des performances des agents de santé;

- Etablir des systèmes pour introduire et assurer le suivi du Code de pratique pour le recrutement international des personnels de santé de l'OMS (adopté en mai 2010)¹⁰.

AGA 6 : Assurer des investissements supplémentaires et plus productifs dans le personnel de santé

Il est difficile d'obtenir des données financières fiables pour les RHS et lorsque ces informations existent, elles sont souvent dispersées entre les différents acteurs. En outre, il est difficile de ventiler les financements pour les RHS dans les ressources totales pour la santé. Les budgets de la santé sont toujours insuffisants pour mettre en œuvre des plans RHS exhaustifs, même si les coûts de personnel et les salaires représentent souvent la plus grande partie des budgets de santé. Actuellement, il existe des possibilités, à travers des mécanismes internationaux de financement et des programmes, tels que le Fonds mondial et le PEPFAR, d'accéder aux ressources techniques et financières pour les RHS par le biais des plans nationaux du secteur de la santé. Toutefois, les lignes directrices ne sont pas simples, et les ressources pour renforcer les systèmes de santé sont souvent attribuées à des programmes en lieu et place des ressources humaines.

En outre, l'enjeu primordial est la disponibilité de financement que les pays ne peuvent pas absorber et utiliser totalement. Il est prévu que les résultats et les recommandations du Groupe de travail de l'Alliance sur le financement des ressources humaines pour la santé¹¹ permettront de renforcer les capacités des pays à planifier et à gérer les ressources financières nécessaires pour les RHS. De même, les travaux en cours du Groupe de travail d'experts sur le financement international novateur des systèmes de santé ont également prévu de proposer de nouveaux mécanismes pour accroître la disponibilité des ressources pour le financement des RHS.

¹⁰ Information sur le Code de pratique pour le recrutement international des personnels de santé de l'OMS : <http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2010/codestatementwha/en> (pas disponible en français)

¹¹ Information sur le Code de pratique pour le recrutement international des personnels de santé de l'OMS : <http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2010/codestatementwha/en> (pas disponible en français)

Les actions nationales devraient comprendre les éléments suivants :

- Le financement des plans RHS en tant que partie intégrante des plateformes et des plans nationaux intégrés de la santé dans le Cadre de dépenses à moyen terme (CDMT) et les approches sectorielles;
- Etablir une carte des flux financiers pour les RHS et établir un système de suivi pour capturer ces ressources RHS, conjointement avec des systèmes de comptes nationaux de santé;
- Elaborer une stratégie globale pour l'obtention du financement nécessaire pour le plan RHS, y compris par les voies nationales et internationales;
- Renforcer les capacités à l'intérieur du pays et renforcer le dialogue entre les ministères de la Santé et des Finances pour permettre aux besoins financiers RHS d'être mieux intégrés dans les budgets nationaux;
- Explorer de nouvelles façons d'accroître l'espace budgétaire disponible pour les RHS et les autres besoins de santé, y compris les moyens d'accroître les recettes publiques et la révision en cours des politiques macroéconomiques et les alternatives possibles;
- Solliciter l'assistance technique nécessaire pour élaborer des propositions viables et durables de financement RHS dans le cadre de la proposition nationale soumise pour financement;
- Identifier les champions RHS parmi les leaders d'opinion, tels que les parlementaires, les membres des médias, les associations de la société civile et professionnelle, pour plaider en faveur des RHS afin que les gouvernements puissent répondre aux engagements internationaux, tels que l'engagement pris dans la Déclaration d'Abuja de 2001¹² d'allouer au moins 15% des budgets nationaux à la santé et au développement.

Annexe 2. Destinataires potentiels de ce document

Au niveau national :

- Les autorités gouvernementales : les dirigeants politiques, ministres et hauts fonctionnaires du gouvernement en matière de santé, finances, éducation, travail / emploi, le gouvernement local et la commission/organisme de la fonction publique ;

¹² Déclaration d'Abuja 2001 : http://www.un.org/ga/aids/pdf/abuja_declaration.pdf

- Les différentes parties prenantes : les ordres et associations des professionnels de la santé, les établissements de formation, les ONG, les organisations confessionnelles, les universités, les instituts de recherche, les partenaires de développement bilatéraux et multilatéraux, les syndicats et le secteur privé.

Au niveau régional :

- Les organismes techniques régionaux et les organismes économiques comme l'Organisation ouest-africaine de la Santé (OOAS), de l'Afrique centrale et australe (ECSA), la Santé communautaire, l'Organisation pour la coordination de lutte contre les endémies en Afrique centrale (OCEAC), et d'autres;
- Des réseaux tels que l'AAAH, la Plateforme africaine pour les ressources humaines pour la santé (APHRH), les Ressources humaines du Pacifique pour l'Alliance de la santé (PHRHA), le Réseau pan-américain d'observatoires RHS, les associations professionnelles, les organismes de réglementation, les mouvements syndicaux, l'Initiative de sensibilisation du Groupe de travail sur la main d'œuvre pour la santé (HWA), le Conseil consultatif de la politique mondiale de la migration des personnels de santé et le Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique (NEPAD).

Au niveau mondial :

- Les dirigeants politiques des forums du G20 et du G8;
- Les partenaires bilatéraux et multilatéraux comme l'OMS, les Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), l'Organisation des Nations Unies pour la population (FNUAP), l'Organisation des Nations Unies pour le développement (PNUD), le Programme commun des Nations Unies sur le VIH / sida (ONUSIDA), la Banque mondiale, la Banque africaine de développement, la Banque asiatique de développement, la Banque islamique de développement, l'Agence américaine pour le développement international (USAID), le Ministère fédéral (allemand) pour la coopération et le développement (BMZ), l'Agence japonaise de coopération internationale (JICA), et d'autres;
- Les organisations internationales et les fondations et les sociétés privées qui s'occupent de la santé mondiale;
- Le Conseil international des infirmières (CII), la Fédération Internationale des Hôpitaux (FIH), l'Association médicale mondiale (AMM), la Confédération internationale des sages-femmes (ICM) et d'autres associations professionnelles internationales.

Annexe 3. Exemples de parties prenantes et fonctions de partenariat RHS dans les pays

Secteur	Institutions	Fonctions
Gouvernement	Ministère de la Santé	L'intendance des politiques et des stratégies pour les RHS
		Recrutement et développement des carrières
	Commission du Service public	Recrutement et développement des carrières
	Ministère des Finances	Financement du budget de la santé
	Ministry du Travail	Garantie des droits des travailleurs
	Ministère de la Défense	Organisation et gestion des services de santé pour les forces armées
	Ministère de l'Intérieur	Organisation des services de santé pour la police et les forces de sécurité
	Ministère de l'Education	Formation de certaines catégories de travailleurs de la santé
	Ministère du gouvernement local	Administrations des services de santé décentralisés au niveau du district et de la région de certains pays
	Autres ministères ou départements	Engagés dans différentes fonctions en lien avec les RHS
	UNICEF	Agence de l'ONU pour le bien-être sanitaire et sociale des femmes et des enfants
	UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
	UNDP	Programme des Nations Unies pour les activités de développement
	UNAIDS	Programme de plusieurs agences pour le VIH/SIDA
	Banque mondiale; banques pour le développement régional comme la Banque africaine de développement, la Banque islamique de développement, la banque asiatique de développement, La Banque inter-américaine pour le développement, la Banque européenne pour la reconstruction et le développement	Fournissent des prêts pour les RHS dans le cadre des programmes nationaux
Agences multilatérales	OMS	Agence technique spécialisée de l'ONU pour la santé
	UNICEF	Agence de l'ONU pour le bien-être sanitaire et sociale des femmes et des enfants
	UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
	UNDP	Programme des Nations Unies pour les activités de développement
	UNAIDS	Programme de plusieurs agences pour le VIH / SIDA
	Banque mondiale; banques pour le développement régional comme la Banque africaine de développement, la Banque islamique de développement, la banque asiatique de développement, La Banque inter-américaine pour le développement, la Banque européenne pour la reconstruction et le développement	Fournissent des prêts pour les RHS dans le cadre des programmes nationaux.
Secteur privé	Hôpitaux privés et concessions, association des hôpitaux nationaux, recruteurs d'agents de santé internationaux	Principaux employeurs des agents de santé ; peuvent organiser et gérer les services de santé pour les employeurs
Agences bilatérales	USAID, JICA, Département du développement international du Royaume Uni (DFID), Agence canadienne pour le développement international (CIDA), Agence suédoise de coopération internationale au développement	Fournissent un financement direct et de soutien technique de travail au niveau des pays
Société civile	ONG, organisations confessionnelles, coalitions de plaidoyers, etc.	Offrent des expériences et de précieux enseignements sur la mise en œuvre et le personnel de santé communautaire; sont parfois les plus importants fournisseurs de services dans un pays, en particulier dans les zones rurales; ardents défenseurs de RHS et de la responsabilisation des plans et des engagements RHS; peuvent garantir des perspectives pour les communautés marginalisées au niveau des plans RHS et dans le processus de suivi et d'évaluation
Universités	Universités et instituts de recherche	Soutien technique et recherche; suivi et évaluation des programmes

Secteur	Institutions	Fonctions
Associations professionnelles	Médecins, infirmières, pharmaciens et autres	Impliqués dans le bien-être des membres dans les domaines des négociations salariales, des incitations et des conditions de travail, y compris l'environnement du travail et le perfectionnement professionnel
Organes de régulation	Médecins, infirmières, pharmaciens et autres	Règlent l'enregistrement des praticiens, l'accréditation des instituts de formations
Mouvements ouvriers	Certains travailleurs de la santé alliés et le personnel de soutien	S'occupent du bien-être des membres dans le domaine des négociations salariales, des motivations et des conditions de travail
Réseaux	L'Alliance action Asie-Pacifique en faveur des ressources humaines pour la santé (AAAH) et autres partenariats et réseaux	Fournissent une assistance technique et des liens avec d'autres pays et initiatives
Fondations	Fondation Bill & Melinda Gates, Fondation Rockefeller, Fondation Clinton, etc.	Offrent des voies de financement au niveau national, régional et mondial

L'Alliance mondiale pour les personnels de santé est un partenariat dont le but est d'identifier et de mettre en œuvre des solutions pour juguler la crise des personnels de santé. L'Alliance met en partenariat des acteurs tels que gouvernements nationaux, société civile, institutions financières, travailleurs, agences internationales, institutions académiques et associations professionnelles. L'Alliance est administrée par l'Organisation mondiale de la Santé, où elle a ses bureaux.