

Financement et aspects économiques de l'augmentation à l'échelle et de l'amélioration des performances des ressources humaines pour la santé : document cadre

DRAFT VERSION

Groupe de travail sur le financement des
personnels de santé de l'Alliance mondiale
pour les personnels de santé



Organisation
mondiale de la Santé



alliance mondiale
pour les personnels
de santé

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS :

Financement et aspects économiques de l'augmentation à l'échelle et de l'amélioration des performances des ressources humaines pour la santé : document cadre : groupe de travail sur le financement de la formation des ressources humaines pour la santé.

1. Personnel sanitaire - économie. 2. Personnel sanitaire - utilisation. 3. Personnel santé. 4. Pays en développement. I. Alliance mondiale pour les personnels de santé.

ISBN 978 92 4 259828 5

(NLM classification : W 76)

© **Organisation mondiale de la Santé 2009**

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorderswho.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions.who.int).

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

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

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

Imprimé en Italie

Mise en page : www.paprika.annecy.com

Photo de couverture : Giacomo Frigerio /Blossom Communications

Financement et aspects économiques de l'augmentation à l'échelle et de l'amélioration des performances des ressources humaines pour la santé : document cadre

**Groupe de travail sur le financement de la formation
des ressources humaines pour la santé
Alliance Mondiale pour les Personnels de Santé**

Ce document fait la synthèse des travaux sur le financement de la formation des ressources humaines pour la santé (RHS) qui ont été entrepris à ce jour et indique les domaines qui exigent du travail académique et de la recherche sur le terrain supplémentaires. L'analyse de l'étude a été menée par le Secrétariat du Groupe de travail sur le financement (FTF) sous la direction des membres du FTF.

Table des matières

Préface		1
Remerciements		3
Abréviations et acronymes		5
Sommaires		7
Introduction		9
CHAPITRE UN :	Contraintes financières et macroéconomiques qui pèsent sur la capacité des pays à payer les coûts de l'augmentation à l'échelle des ressources humaines pour la santé	13
CHAPITRE DEUX :	Financement du coût principal et des coûts récurrents de l'augmentation à l'échelle de la capacité de formation des ressources humaines pour la santé	23
CHAPITRE TROIS :	Coûts et compensations relatifs à l'amélioration de la rétention des ressources humaines pour la santé	29
CHAPITRE QUATRE :	Coûts afférents au déploiement plus équitable des ressources humaines pour la santé	41
CHAPITRE CINQ :	Coûts et efficacité des méthodes visant à améliorer l'efficacité des personnels de santé et à réduire les effectifs requis dans le cadre du programme de l'augmentation à l'échelle des ressources humaines pour la santé	47
CHAPITRE SIX :	Coûts du renforcement de la gestion des ressources humaines pour la santé	55
CHAPITRE SEPT :	Impact sur les coûts de l'engagement concomitant du secteur privé et public dans l'augmentation à l'échelle des ressources humaines pour la santé	61
Conclusions		65
ANNEXE 1 :	Détails des coûts estimatifs	69
ANNEXE 2 :	Éléments attestant de la pertinence des ressources humaines pour la santé comme composante des systèmes de santé	70
ANNEXE 3 :	Rôle des acteurs mondiaux : quatre secteurs où entreprendre des travaux supplémentaires en vue de l'augmentation à l'échelle et de l'amélioration des performances des personnels de santé	72
Bibliographie		77

Préface

Les personnels de santé jouent un rôle crucial dans la fourniture des soins de santé et représentent le plus grand élément de coût dans la fourniture de services de santé dans les pays à faible niveau de revenus. La plupart des pays les plus pauvres dans le monde n'ont pas les ressources tant humaines que financières à satisfaire les besoins urgents de leurs populations en matière de santé. Des millions de personnes meurent prématurément et certains souffrent inutilement des maladies ou de handicaps car les ressources humaines pour la santé pertinentes (RHS) capables de fournir des soins de santé ne leur sont pas disponibles.

Récemment ce problème a commencé à faire l'objet d'une attention méritée. Les institutions de développement, les donateurs, les experts internationaux de la santé ont créé un consortium - Alliance mondiale pour les Personnels de Santé (l'Alliance) dont le but est de promouvoir une meilleure perception et une action efficace aux défis auxquels les personnels de santé doivent faire face. Cette Alliance a établi des groupes de travail afin d'analyser l'ampleur et la nature des pénuries, les conséquences de la formation de plus de travailleurs de santé, les problèmes liés à la migration (fuite des cerveaux) et d'autres questions. Le Groupe de Travail sur le Financement de l'Alliance se penche sur deux questions importantes : combien en coûtera-t-il d'aborder de manière appropriée les défis afférents à la question des personnels de santé et comment financer de tels coûts (c'est-à-dire d'où proviendra l'argent ?).

Ce document identifie des considérations clés au profit des pays et décideurs qui s'engagent dans la planification du financement de leurs personnels de santé et il est fondé sur le passage en revue exhaustif et la synthèse de la littérature, des résultats des recherches et de l'expérience accumulée sur le financement et les aspects économiques de l'augmentation à l'échelle des personnels de santé et de l'amélioration de leurs performances. Certaines questions telles que le cadre budgétaire et le financement de l'emploi des personnels de santé sont pertinentes aux décideurs à l'échelle mondiale et les partenaires au développement et les décideurs au niveau des pays. D'autres questions telles que la formation permanente et la formation professionnelle préalable, le déploiement, l'efficacité et la gestion des ressources, relèvent quant à elles des décideurs au niveau des pays.

De même ici pris en compte le contexte plus large dans lequel apparaissent les problèmes afférents aux personnels de santé, y compris l'importance des problèmes liés aux systèmes de santé et le rôle des secteurs privé et public.

Les résultats de la présente étude identifient plusieurs domaines de consensus, d'autres de controverse et d'autres encore où existent des pistes prometteuses mais toujours incertaines. Les domaines de consensus et quelques-unes des pistes prometteuses offrent à la communauté internationale et aux pays la possibilité de prendre des mesures dès maintenant dans le but d'améliorer la disponibilité des ressources humaines pour la santé. Les domaines de controverse soulignent la nécessité de nouvelles recherches et d'expérience.

Après le passage en revue des problèmes, nous proposons un agenda qui comprend des rubriques exigeant des actions à entreprendre tant à l'échelle mondiale qu'au niveau pays. Plusieurs acteurs différents ont un rôle à jouer dans la résolution de la crise qui sévit partout dans le monde au sein des personnels de santé, à savoir les gouvernements, les partenaires au développement et les bailleurs, les académiciens et les partenaires nationaux dans les secteurs public et privé. À l'échelle mondiale, l'Alliance aura besoin d'organiser ses efforts afin d'assurer la mobilisation des ressources adéquates et la coordination des efforts des partenaires qui sont impliqués dans la mise en œuvre de l'application. Au niveau des pays, les gouvernements nationaux devront monter au créneau avec l'assistance technique et financière des partenaires au développement. Pour aider les décideurs au niveau des pays, ce document est complété par un autre document élaboré par le Groupe de Travail sur le Financement intitulé, Ce que les

pays peuvent faire dès maintenant, qui souligne un certain nombre d'actions que les décideurs nationaux peuvent prendre dès maintenant indépendamment des autres interventions à long terme qu'ils envisagent concernant les ressources humaines pour la santé. La troisième proposition attendue du Groupe de Travail sur le Financement est un outil pratique basé sur Excel dénommé Outils d'évaluation des besoins en ressources (OBR) pour aider les pays à déterminer les coûts estimatifs de leur besoins en ressources concernant l'emploi et la formation professionnelle pré emploi des personnels de santé.

Ce présent document a bénéficié de l'expérience et de la sagesse de nombreuses personnes de par le monde. Nous voudrions remercier très chaleureusement les membres du Groupe de Travail sur le Financement, toutes les personnes que nous avons consultées et en particulier Marty Makinen, Directeur du Secrétariat du Groupe de Travail, qui a dirigé les travaux et la production de ce document ; Dessi Dimitrova, qui a effectué l'essentiel de la rédaction et des recherches ; Lord Nigel Crisp, Fitzhugh Mullan ; Eric de Roodenbeke, Hong Wang et Pascal Zurn qui ont révisé les premières versions du document et suggéré de nouveaux éléments à incorporer et d'autres questions connexes à aborder ; Sanjeev Gupta pour sa contribution à la question du cadre budgétaire ; Alex Preker, Kate Tulenko, Marko Vujicic et les nombreux collègues de la Banque mondiale qui ont généreusement partagé avec nous leur temps et leurs idées ; Eyitayo Lambo, Patrick Lydon et Richard Scheffler pour la revue générale du document ; Alison Ion pour son appui à la recherche et Keith Croke pour la revue de la littérature ad hoc. Enfin, et pas les moindres pour autant, Linda Moll, Loren Becker et Simon Rodberg pour le travail d'édition.

David de Ferranti y K.Y. Amoako,

Co-Presidentes, Grupo de Estudio de Financiamiento, Alianza Mundial en Pro del Personal Sanitario.

Remerciements

Co-Présidents du Groupe de Travail sur le Financement

- David de Ferranti, Ancien Vice Président de La Banque Mondiale pour Amérique Latine, Directeur en chef, Results for Development Institute, Brooklings Institution
- K. Y.Amoako, Ancien Secrétaire Exécutif de la Commission Economique des Nations Unies pour l'Afrique, Président du Centre Africain pour la Transformation Economique

Membres du Groupe de Travail sur le Financement

- Alberto Carrasquilla, Ancien Ministre des Finances, Colombie
- Carissa F. Etienne, Sous Directeur Général en titre, Systèmes et Services de Santé, l'Organisation Mondiale de la Santé
- Sanjeev Gupta, Conseiller hors classe, Fonds Monétaire International
- Eytayo Lambo, Ancien Ministre de la Santé, Nigeria
- Mamadou Lamine Loum, Anterior Primer Ministro, Senegal
- Netsanet Walelign, UNICEF
- K.Srinath Reddy, Chef, Fondation Indienne de la Santé Publique
- Rick Rowden, ActionAid
- Julian Schweitzer, Banque Mondiale
- Hong Wang, Le Professeur adjoint, Université de Yale, Département de Santé Publique

Les membres de droit du Groupe de Travail

- Peggy Clark, Realising Rights, Agent de Santé, Migration Global Policy Initiative.
- Lord Nigel Crisp, Ancien Directeur en chef ; Service National de la Santé et Secrétaire Général au Ministère de la Santé et co Président du Groupe de Travail sur l'Eduction et Formation de l'Alliance.
- Sigrun Mogedal, Ambassadeur, VIH/sida et Initiatives Mondiales de la Santé, Ministère Norvégien des Affaires Etrangères

Secrétariat du Groupe de Travail sur le Financement

- Maty Makinen, Président Directeur Général, Results for Development Institute
- Dessi Dimitrova, Responsable du Programme, Results for Development Institute.
- Alison Ion, Responsable associé du Programme, Results for Development Institute

Groupe Technique et Consultatif

- Taghreen Adam, Organisation Mondial de la Santé
- Eric de Roodenbeke, Fédération International des Hôpitaux
- David Evans, Organisation Mondiale de la Santé
- Patience Kuruneri, UN ICEF
- Patrick Lydon, Organisation Mondiale de la Santé

- Fitzhugh Mullan, Le Professeur de Médecine et Politique Sanitaire, Université George Washington
- Steve Musau, Economiste, Projet Santé de l'Afrique en 2010 ; Abt Associates Inc.
- Alex Preker, économiste en chef, Banque Mondiale
- Richard Scheffler, Directeur, Le Centre Mondial de l'Economie de la Santé et les Politiques de Recherche, Le Professeur éminent de l'Economie de la Santé et Politique Publique, Université de Californie Berkeley
- Agnes Soucat, économiste en chef, Banque Mondiale
- Kate Tulenko, Spécialiste Santé Publique, Banque Mondiale
- Marko Vujcic, Economiste, Banque Mondiale
- Pascal Zoom, Economiste, Organisation Mondiale de la Santé

L'Alliance Mondiale pour les personnels de santé

Les travaux du Groupe de Travail n'auront pas abouti sans la direction et l'assistance technique de l'Alliance Mondiale pour les personnels de Santé (l'Alliance) y compris l'ancien et l'actuel Directeurs Exécutifs, Francis Omaswa et Mubashar Sheikh et leur personnel : Jim Campbell, Eric De Roodenbeke, Erica Wheeler, Fabienne Adam, Millicent Ayata, Ben Fouquet, Beth Magne-Watts et Comely Okwo-Bele.

Abréviations et acronymes

CDM	Centre du Développement Mondial
TCS	Travailleur Communautaire de la Santé
DDI	Département au Développement International (Royaume Uni)
ECSA-AS	Communauté Sanitaire de l'Afrique de l'Est, Centrale et Australe
EQUINET	Réseau Régional de l'Equité de la Santé en Afrique de l'Est et Australe
GTF	Groupe de Travail sur le Financement
PNB	Produit National Brut
FMSTP	Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
SIG	Système d'Information Géographique
RNB	Revenu National Brut
TSS	Travailleur de Soins Sanitaires
SIS	Système d'Information Sanitaires
RHS	Ressources humaines pour la santé
RHVS	Ressources Humaines pour le VIH/sida
SIRH	Système d'Information des Ressources Humaines
ESS	Evaluation du Système Sanitaire
RSS	Renforcement de Systèmes Sanitaires
CII	Conseil International des Infirmiers
FMI	Fonds Monétaire International
PRS	Pulvérisation Résiduelle en Salle
MI	Moustiquaires Imprégnées
ICE	Initiative Conjointe de l'Education
PRF	Pays à revenu faible
ODM	Objectif du Développement Millénaire
SIG	Système d'Information de Gestion
MS	Ministère de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
CNSS	Corps National au Service de la Santé
PPAS	Plan d'urgence Présidentiel d'Aide au Sida
PRS	Partenariat à la Réforme Sanitaire
DSRP	Document Stratégique sur la Réduction de la Pauvreté
DP	Demande de Proposition
ASCDI	Agence Suédoise pour la Coopération au Développement International
AS	Approche à travers le Secteur
USAID	Agence Américaine pour le Développement International
RMDH	Rapport Mondial sur le Développement Humain
ROMS	Rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

Contexte

Ce document fait la synthèse des travaux sur le financement des ressources humaines pour la santé (RHS) qui ont été réalisés à ce jour et définir les sujets qui exigent un supplément des travaux académiques et de recherche sur le terrain. L'analyse pour la préparation de ce document a été faite par le Secrétariat¹ du Groupe de Travail² sur le Financement de l'Alliance Mondiale des personnels de santé (l'Alliance)³.

L'objectif de ce document est de fournir une synthèse unique de toutes les informations disponibles concernant les problèmes financiers et économiques des ressources humaines pour la santé dans les pays à revenu faible. En outre, le document propose des actions qu'on pourrait faire et qu'on devait faire avec les informations et les outils en notre possession et les travaux supplémentaires à entreprendre dans ce domaine.

Le public visé par le document comprend les décideurs dans les pays à revenu faible et leur analystes d'appui et les agences internationales d'assistance au développement dans le secteur santé, d'autres Groupes de travail de l'Alliance, le Secrétariat de l'Alliance et le Conseil d'Administration et les chercheurs qui s'intéressent aux problèmes des ressources humaines pour la santé.

Ce document est divisé en sept secteurs et chaque secteur présente un problème particulier. Chaque secteur se compose de l'information sur le problème et l'historique y compris les questions clés et les définitions de base.

Les problématiques

Les sept problématiques ci-dessous ont été identifiées suite à la revue de la littérature des ressources humaines pour la santé et les programmes sur le terrain :

- **CHAPITRE I : Les coûts de l'emploi et les contraintes d'espace budgétaire :** Les discussions sur les contraintes d'espace budgétaire et macro-économique de la capacité des pays à financer le coût d'emploi de l'augmentation à l'échelle des ressources humaines pour la santé.

1 Le secrétariat comprend : Marty Makinen, Président Directeur, Dessi Dimitrova, Responsable du Programme, et Alison Ion Responsable associé du Programme. Le siège du Secrétariat se trouve au centre du Results for Development Institute à Washington DC.

2 Le Groupe de Travail est dirigé par David de Ferranti et K.Y Amoako, les Co-Présidents et comprend Alberto Carrasquilla, Ancien Ministre des Finances, Colombie ; Carissa F. Etienne, Sous Directeur Général en titre, Systèmes et Services de Santé, l'Organisation Mondiale de la Santé ; Sanjeev Gupta, Conseiller hors classe, Fonds Monétaire International ; Eytayo Lambo, Ancien Ministre de la Santé, Nigeria ; Mamadou Lamine Loum, Ancien Premier Ministre, Sénégal ; Netsanet Walegn, UNICEF ; K.Srinath Reddy, Chef, Fondation Indienne de la Santé Publique ; Rick Rowden, ActionAid ; Julian Schweitzer, Banque Mondiale ; Hong Wang, Le Professeur adjoint, Université de Yale, Département de Santé Publique ; Peggy Clark, Realising Rights, Agent de Santé, Migration Global Policy Initiative ; Lord Nigel Crisp, Ancien Directeur en chef ; Service National de la Santé et Secrétaire Général au Ministère de la Santé et co Président du Groupe de Travail sur l'Éducation et Formation de l'Alliance ; Sigrun Mogedal, Ambassadeur, VIH/sida et Initiatives Mondiales de la Santé, Ministère Norvégien des Affaires Étrangères

3 D'autres Groupes de Travail de l'Alliance sur des questions des personnels de santé sont : Groupe de Travail sur l'augmentation à l'échelle de l'Éducation et de la Formation (TF-SET) Health Worker Migration Global Policy Advisory Council ; Groupe de Travail sur les implications des RHS de l'augmentation à l'échelle vers l'accès universel à la Prévention, Traitement, Soins et Appui du VIH ; Groupe de Travail Technique sur la participation du secteur privé en ce qui concerne les RHS ; le Groupe de Travail sur les Outils et Lignes Directrices ; le Groupe de Travail sur les innovations de financement international, les Pratiques positives dans la campagne de l'environnement ; initiative dans les actions de plaidoyers..

- **CHAPITRE II : FORMATION PROFESSIONNELLE PRÉALABLE / LES COÛTS DE PRODUCTION :** la revue de financement nécessaire à payer les coûts d'investissement et récurrents pour la production des ressources humaines pour la santé à satisfaire les besoins relatifs à l'augmentation à l'échelle.
- **CHAPITRE III : LES COÛTS ÉQUITABLES DE DÉPLOIEMENT :** les analyses des coûts et les mesures incitatives pour la réalisation d'un plus grand déploiement équitable des ressources humaines pour la santé.
- **CHAPITRE IV : LES COÛTS DES RÉTENTIONS :** les analyses des coûts, les mesures d'incitatives, les compromis et l'efficacité des programmes et les approches d'atteindre une plus grande rétention des ressources humaines pour la santé.
- **CHAPITRE V : EFFICACITÉ / LES COÛTS DE LA PRODUCTIVITÉ ET LES ÉCONOMIES :** l'examen de la rentabilité des méthodes destinées à accroître l'efficacité des ressources pour la santé et les analyses des potentialités à réduire les chiffres des ressources humaines pour la santé requis pour l'augmentation à l'échelle à travers plusieurs moyens d'amélioration de la productivité.
- **CHAPITRE VI : LES COÛTS DE LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES :** synthèse des coûts liés aux renforcements des systèmes de gestions des ressources humaines pour la santé.
- **CHAPITRE VII : LES COÛTS DE L'ENGAGEMENT DU SECTEUR PRIVE. ET LES ÉCONOMIES :** l'examen des effets sur les coûts de l'engagement du secteur privé comme public dans l'augmentation à l'échelle des ressources humaines pour la santé.

Programme d'action supplémentaire

Le programme d'action supplémentaire définit deux catégories larges des points d'action : le premier point porte à l'amélioration de la base de connaissance des problèmes de financement à l'échelle mondiale des ressources humaines pour la santé et le deuxième porte sur la mise en œuvre des interventions spécifiques à chaque pays en ce qui concerne les ressources humaines pour la santé.

HWA en qualité de fournisseur des bien publiques à l'échelle mondiale a mené le chemin dans la mobilisation des ressources et a coordonné les efforts des partenaires afin de faire face aux travaux du financement à l'échelle mondiale des ressources humaines pour la santé. Les taches à titre d'exemple à achever par l'Alliance figurent la création d'un inventaire mondial sur les pratiques de rétention et de déploiement ; la conduite systématique des analyses des coûts, les bénéfices et les compensations économiques de divers pratiques et programmes y compris les variations selon le genre, région et secteur et la fourniture d'une feuille de route aux ministères de la santé de préparer des plans destinés à l'augmentation à l'échelle des ressources humaines pour la santé en conformité avec l'ensemble de leurs stratégies de renforcement de leur systèmes de santé. Par contre, nous recommandons que les travaux au niveau pays soient dirigés par les ministères de la santé avec l'appui technique et financier des partenaires au développement. Ces types de travaux au niveau pays comprend le collecte des données sur les ressources humaines pour la santé du secteur privé et l'utilisation dans l'ensemble des efforts de planification ainsi que le renforcement des systèmes de gestion des ressources humaines et d'intégrer les données dans la combinaison de compétences et le coût dans la planification des ressources humaines pour la santé. L'Alliance pourrait aussi jouer un rôle dans les travaux au niveau pays : tandis que les pays augmentent à l'échelle leurs travaux sur le financement de leurs ressources humaines pour la santé, l'Alliance pourrait faire le total ainsi que la synthèse et diffuser la coupe transversale des données des pays.

Introduction

Ce document préparé par l'Alliance Mondiale des personnels de santé (l'Alliance) fait la synthèse des travaux entrepris sur le financement des ressources humaines pour la santé à ce jour et énonce les questions qui nécessitent un complément de recherche tant au niveau universitaire que sur le terrain. Les travaux ont été menés par le Secrétariat du Groupe de Travail sur le Financement de l'Alliance (FTF) sous la direction des membres du FTF. Ce document figure parmi les cinq rapports qui présentent des analyses détaillées sur les questions des personnels de santé à l'échelle mondiale.⁴

Les ressources humaines pour la santé sont des éléments cruciaux dans la fourniture des soins de santé. La fourniture de soins de santé n'existe pas dans l'absence des ressources humaines pour la santé. Les dépenses en ce qui concerne les ressources humaines pour la santé et souvent représentent plus d'une moitié du budget récurrent des ministères de la santé. Cependant, les ressources humaines pour la santé sans d'autres apports y compris les médicaments et les fournitures, l'équipement fonctionnel et une surveillance adéquate parmi tant d'autres ne peuvent être efficaces. A cet effet, l'augmentation à l'échelle du financement des ressources humaines pour la santé sans l'augmentation parallèle du financement des services liés à la santé pourrait être inutile de point de vue de l'amélioration des résultats sanitaires (OMS 2006). Par conséquent, les politiques efficaces sur les ressources humaines doivent intégrer l'amélioration du fonctionnement et les performances de l'ensemble du système sanitaire.

Beaucoup des pays les plus pauvres ne possèdent pas les ressources humaines et financières dont ils ont besoin pour faire face un besoin urgent de leurs populations. Le rapport préparé par l'UNICEF dénommé *Le compte à rebours à 2015 : Le suivi du progrès accompli dans la survie de la mère, le nouveau né et l'enfant* (Bryce et al. 2008) démontre que 54 parmi les 68 pays⁵ (80 pour cent) prioritaires du compte à rebours manquent des ressources humaines adéquates pour atteindre les Objectifs du Développement Millénaire (ODM) de la santé, point 4 (la réduction de la mortalité maternelle) et 5 (améliorer la santé maternelle). Bryce indique, bien qu'il n'existe pas un lien de preuve entre la densité des travailleurs de santé et la couverture des interventions, les données des ressources humaines pour la santé montrent que les pays font face à un manque critique des travailleurs de santé qui peuvent largement entraver l'accroissement de la couverture. Ce problème n'est pas nouveau. En 1981, l'Agenda pour l'Action : Développement accéléré en Afrique Sub-Saharienne (Banque Mondiale 1981) a cité des données dès le début de l'an 1977 qui démontrent la pénurie et la distribution inégale des infirmiers, médecins et les installations de santé.

Il y a diverses estimations sur la pénurie actuelle des ressources humaines pour la santé. L'Initiative Conjointe d' Education (JLI) et l'Organisation Mondiale de



© 2006 Jimmy P. Dumlao II, Courtesy of Photoshare

4 D'autres Groupes de Travail de l'Alliance sur des questions des personnels de santé sont : Groupe de Travail sur l'augmentation à l'échelle de l'Education et de la Formation (TF-SET) Health Worker Migration Global Policy Advisory Council ; Groupe de Travail sur les implications des RHS de l'augmentation à l'échelle vers l'accès universel à la Prévention, Traitement, Soins et Appui du VIH ; Groupe de Travail Technique sur la participation du secteur privé en ce qui concerne les RHS ; le Groupe de Travail sur les Outils et Lignes Directrices ; le Groupe de Travail sur les innovations de financement international, les Pratiques positives dans la campagne de l'environnement ; initiative dans les actions de plaidoyers.

5 L'objectif de Compte à Rebours 2015 est de stimuler l'action des pays à suivre la couverture des interventions exigées pour la réalisation des objectifs 4 et 5 des ODM dans les 68 pays prioritaires.

la Santé (OMS) sont les seules à procéder à établir les estimations à l'échelle mondiale. JLI (2004) donne une estimation globale de la pénurie des ressources humaines pour la santé à 4 millions, et l'OMS dans son Rapport en 2006 sur la Santé Mondiale (WHR) avance le chiffre des 4,3 millions. Il existe aussi plusieurs estimations au niveau régional et pays qui ont été préparées par les académiciens et les agences de développement. Scheffler et al. (2007) préconise que vers l'an 2015, la région africaine fera face à une pénurie en besoins d'une ampleur approximative de 167000 médecins. Les estimations spécifiques des pays pour la Tanzanie existent (Kurowski et al. 2007) ; Hazlewood et al. 2005), et les estimations pour d'autres pays sont en cours. Ethiopie (préparées par la Banque Mondiale), Malawi (préparées par le Royaume Unis, Département de Développement International [DFID], et Zambie (préparées par Agence Américaine de Développement International (USAID). Quelques études ont aussi fait une estimation de la lacune des ressources humaines pour la santé par types de maladie ; par exemple Dalberg (2008) a avancé des estimations sur le paludisme et le Programme Conjoint des Nations Unies sur le VIH/sida a fait le même travail sur le VIH/sida.

La seule estimation des coûts à l'échelle mondiale des ressources humaines pour la santé a été donnée par l'OMS. L'estimation montre que l'élimination de la lacune des ressources humaines pour la santé chiffrée à 4,3 millions exigerait un investissement de plus de \$254.8 milliards en formation et les coûts de salaire prévus dans les budgets dans les dix années à venir (OMS 2006).⁶ Les estimations quant au programme des maladies spécifiques n'ont pas été totalisées afin d'avoir un coût total sur toutes les maladies. Dans tous les cas, les estimations individuelles sont approximatives et n'abordent pas toutes les questions économiques et financières relatives à l'augmentation à l'échelle des personnels de santé. Ces estimations ne prennent pas en compte de fait que le besoin de l'augmentation à l'échelle des ressources humaines pour la santé n'est pas linéaire. L'analyse de Barnighäusen et al concernant les questions des RHS pour le VIH/sida (PSS) (2007) met en garde le fait que l'expansion de chiffres des RHS pour le VIH/sida ne fera qu'exacerber la nécessité des ressources humaines pour le VIH/sida parce que la thérapie anti-rétrovirale augmentera l'espérance de vie. Dans le rapport Lancet (2008), Cavagnero et al. affirment qu'une évaluation complète de l'adéquation des personnels de santé nécessite « plus d'une simple énumération des fournisseurs des services de santé compétents mais aussi une évaluation de leur distribution, connaissance, compétences et motivation ».

Tandis que les études menées sur les ressources humaines de la santé à ce jour porte leurs limites, ils fournissent un tremplin vers l'action complémentaire. Vu la revue actuelle de la littérature et les programmes de l'augmentation à l'échelle des ressources humaines pour la santé sur le terrain, les questions suivantes ont été identifiées en tant que le financement clé et les aspects économiques de l'augmentation à l'échelle des personnels de santé et les améliorations :

- **CHAPITRE I : LES COÛTS DE L'EMPLOI ET LES CONTRAINTES D'ESPACE BUDGÉTAIRE :** les contraintes d'espace budgétaire et macro-économique de la capacité des pays à financer le coût d'emploi de l'augmentation à l'échelle des ressources humaines pour la santé.

⁶ Voir Annexe I pour plus de détails.

- **CHAPITRE II : FORMATION PROFESSIONNELLE PRÉALABLE / LES COÛTS DE PRODUCTION :** le financement nécessaire à payer les coûts d'investissement et récurrents pour la production des ressources humaines pour la santé à satisfaire les besoins relatifs à l'augmentation à l'échelle.
- **CHAPITRE III : LES COÛTS ÉQUITABLES DE DÉPLOIEMENT :** les coûts pour la réalisation d'un plus grand déploiement équitable des ressources humaines pour la santé.
- **CHAPITRE IV : LES COÛTS DES RÉTENTIONS :** les coûts et les compensations d'atteindre une plus grande rétention des ressources humaines pour la santé.
- **CHAPITRE V : EFFICACITÉ / LES COÛTS DE LA PRODUCTIVITÉ ET LES ÉCONOMIES :** la rentabilité des méthodes destinées à accroître l'efficacité des ressources humaines pour la santé et à réduire les chiffres des ressources humaines pour la santé requis pour l'augmentation à l'échelle.
- **CHAPITRE VI : LES COÛTS DE LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES :** Les coûts liés aux renforcements des systèmes de gestion des ressources humaines pour la santé.
- **CHAPITRE VII : LES COÛTS DE L'ENGAGEMENT DU SECTEUR PRIVÉ ET LES ÉCONOMIES :** l'examen de l'impact sur les coûts de l'engagement du secteur privé et public dans l'augmentation à l'échelle des ressources humaines pour la santé.

Ce document énonce chacun de ses chapitres concernant la question clé de financement, les travaux accomplis sur les questions à ce jour et l'Agenda pour une action supplémentaire. L'Agenda de l'action supplémentaire définit deux catégories larges des points d'action sur son Agenda : le premier est relatif à l'amélioration de la base des connaissances des questions à l'échelle mondiale sur le financement des ressources humaines pour la santé, et le deuxième porte sur les interventions des ressources humaines pour la santé dans chaque pays spécifique. Nous recommandons que l'Alliance, en qualité de fournisseur des biens publics à l'échelle mondiale, dirige la mobilisation des ressources et coordonne les efforts des partenaires afin d'aborder les travaux à l'échelle mondiale sur le financement des ressources pour la santé. En outre, nous recommandons que les interventions spécifiques au niveau pays soient dirigées par les ministères de la santé avec l'assistance technique et financière des partenaires au développement. Au fur et à mesure que les pays augmentent à l'échelle leurs travaux sur le financement des ressources humaines pour la santé, l'Alliance peut faciliter les travaux en vue d'établir le total et faire la synthèse ainsi que le suivi et la diffusion des données par pays.

CHAPITRE 1 :

Les contraintes d'espace budgétaire et macroéconomique qui pèsent sur les pays à payer les coûts d'emploi en ce qui concerne l'augmentation à l'échelle des RHS

1

Historique

Question clé

Est-ce que les pays sont en mesure d'augmenter à l'échelle l'emploi des RHS

Description et définition

Cette section aborde le coût de l'emploi de l'augmentation à l'échelle des RHS relatifs à la capacité des gouvernements et les économies dans les pays à revenu faible à payer pour ces coûts⁷. La prochaine section (Chapitre II) aborde les coûts de la capacité à payer pour la production suffisante des RHS à satisfaire les cibles d'emploi. La question de la combinaison des compétences des RHS (parfois dénommé « transfert de compétence ») a été abordée dans une section ultérieure.



© WHO

Les débats à ce jour ont focalisé sur la question à savoir si et comment les gouvernements dans les pays à revenu faible peuvent assurer le financement soutenu des coûts récurrents et les coûts d'investissements (des ressources humains et physiques) liés à l'augmentation à l'échelle des RHS. Les pays à revenu faible sont confrontés à des contraintes de ressources et parfois des compromis difficiles à travers et à l'intérieur des secteurs dans le but d'atteindre les besoins de base de leurs populations y compris garantissant l'accès aux RHS formées et efficaces. L'expansion des chiffres des RHS nécessite des ressources pour payer les coûts de leurs emplois y compris salaires et primes et le coût de produire les RHS (éducation et formation). Un appui externe sera requis afin de compléter les ressources internes destinées à satisfaire les cibles des RHS. Dans le but de soutenir à long terme l'augmentation à l'échelle des RHS, il sera souhaitable de mobiliser en maximum des ressources internes et les ressources externes seront utilisées pour combler la lacune. L'engagement fait tout dernièrement par la communauté internationale d'accroître l'aide aux pays à revenu faible de réaliser les Objectifs du Développement Millénaire offre des possibilités intéressantes de combler les lacunes financières. Tandis que la bonne volonté de la communauté internationale à fournir de l'aide donne des possibilités aux gouvernements à accélérer l'ampleur de leur programme des RHS et réaliser les Objectifs du

⁷ A noter que ce document cadre a focalisé sur les questions budgétaires et macro-économiques sur le financement de l'emploi des RHS (et dans le chapitre II, la formation professionnelle préalable des RHS). Ces documents prennent les dispositifs existants institutionnels comme présenter tel que (1) le rôle du FMI (Fond Monétaire International) de donner « bénédiction » à la politique macro-économique et (2) le model néo-classique de développement. Quelques observateurs ont fait un débat sur les avantages de ces dispositifs (voir par exemple le rapport de la commission de l'OMS sur les Déterminants Sociaux de la Santé, CSDH, 2008 et deux 2008 lettres adressées au Congrès des Etats-Unis et aux directeurs du Conseil d'Administration du FMI en provenance des groupes des ONG qui indique « le FMI doit renoncer à l'utilisation de restrictions trop élevées de réduction du déficit et les objectifs de réduction de l'inflation. Tels objectifs empêchent les pays en développement d'accroître leurs économies et de développer les dépenses dans le secteur public y compris les secteurs critiques de la santé et de l'éducation. Le FMI ne doit pas barrer la route aux décideurs dans le pays emprunteurs dans le but de concevoir et d'adapter des politiques d'options plus expansionnistes en matière budgétaires et monétaire. Cependant, l'analyse de ces larges questions macro-économiques se situe au-delà de la compétence de ce document.

Développement Millénaire, l'aide internationale doit être complétée par les efforts dans la gestion macro-économique. Cette gestion macro-économique doit inclure un effort soutenu face à l'aide incertaine et variable et oeuvrant dans le cadre des perspectives économiques à long terme de chaque pays.

Souvent il a été souligné que les variables clés qui freinent la capacité des gouvernements de soutenir le financement à l'échelle des RHS sont la capacité des gouvernements à s'emparer du Revenu National Brut (RNB) et la volonté des gouvernements à emprunter, et le quote-part des ressources des gouvernements alloués à la santé et le quote-part des dépenses sanitaires allouées aux RHS. En plus, la mise en commun des risques financiers des contributions de l'utilisateur au financement de la santé tels que les programmes d'assurance qui puissent contribuer au financement durable. Les ressources d'un pays à revenu faible se constituent des RNB et maintenu par ces ménages et son gouvernement. Les ménages dépensent une partie de leur revenu sur les RHS à travers un paiement des honoraires pour les services de santé livrés par les RHS oeuvrant en qualité de fournisseurs privés (et souvent en qualité de fournisseurs publiques) et dans une certaine mesure la majorité des pays à revenu faible, à travers ce paiement des primes d'assurance qui sont utilisés pour pré financer ou rembourser les prestataires quant aux services livrés. Ainsi, les variables clés sur les dépenses de ménages sont la taille et l'accroissement du revenu des ménages, le quote-part du revenu des ménages consacré à la santé⁸ et le quote-part de cette dépense utilisée par les prestataires à payer, pour les RHS. Les gouvernements s'emparent d'une partie du RNB essentiellement à travers les taxes et la possibilité existe d'emprunter au niveau national où (plus souvent au niveau externe pour avoir accès au financement à allouer à travers et puis à l'intérieur des secteurs sociaux.

Des preuves démontrent que les partenaires externes peuvent compléter les ressources domestiques à payer pour l'emploi des RHS sont parfois réticents à payer pour les coûts récurrents et préfèrent financer des investissements.

Cependant, les gouvernements des pays à revenu faible peuvent tirer profit de fongibilité de contourner les restrictions sur les dépenses des ressources externes sur les coûts récurrents. Certains partenaires de l'extérieur fournissent des fonds de subvention alors que d'autres tels que les banques de développement offrent des prêts qui doivent être remboursés. Les pays qui utilisent le financement externe pour l'augmentation à l'échelle des RHS feront un pas décisif d'envisager combien de temps ils peuvent compter sur les sources externes compte tenu de la variabilité de la disponibilité des ressources d'année en année et les fonds sont empruntés, la taille du fardeau de la dette du pays.

Travaux accomplis à ce jour

La plupart des activités de recherche s'est focalisée sur une question à savoir si les pays à revenu faible seraient en mesure de financer le paiement unique et coûts récurrents du niveau requis des RHS proposé par le rapport de l'OMS. L'un des premiers travaux sur l'accessibilité financière de l'augmentation des RHS à l'échelle ont été entrepris par la Banque Mondiale : Vujicic (2005) dans la

⁸ Les prix des denrées ont monté en flèche en 2008 et ont limité la capacité des ménages de se soigner. Si les prix des denrées continuent à monter dans les années à venir les contributions des ménages aux dépenses de la santé sera moins que dans les années précédentes.

conclusion même s'il existe une combinaison des ressources internes avec un doublement de l'aide en pourcentage du produit intérieur brut, beaucoup des pays pauvres ne pourront pas s'offrir l'0e niveau proposé des RHS à l'horizon 2015. Afin de préparer les estimations, Vujicic présente une série de scénarios de l'espace fiscal⁹ tiré de Williams et Hay (2005) concernant 30 pays africains. Les scénarios utilisent une combinaison différente des variables suivantes : allocation des crédits à la santé du budget du gouvernement, taux de la taxe d'extraction¹⁰ la croissance économique et l'aide. Les scénarios utilisant des valeurs près de celles qui ont été utilisées récemment montrent que très peu de pays seront en mesure de générer 30 dollars par habitant à l'horizon 2015, le point de référence utilisé pour déterminer d'une manière approximative le coût d'un paquet minimum de soins y compris l'augmentation à l'échelle des RHS. Le scénario le plus optimiste (mais caractérisé comme le moins réaliste) permet au 16 pays parmi les 30 d'atteindre le seuil de 30 dollars par habitant.

Le financement des coûts récurrents des RHS utilisant l'aide des bailleurs / ou allègement de la dette a été un sujet de contre verse. Un élément clé de déterminer si au niveau pays, les pays seront en mesure de faire les dépenses s'explique par la position des principaux bailleurs face aux pays en ce qui concerne les RHS. Les calculs de « l'enveloppe des ressources » disponible ou l'espace budgétaire qui comprennent les projections, les niveaux d'aide doivent prendre en compte la bonne volonté de permettre l'utilisation de leurs fonds au compte des ressources humaines. Vujicic (2005) note que des bailleurs de fonds ont été réticents à financer les coûts récurrents tels que le coût d'emploi des RHS. L'une des raisons avancée à cet effet, indique que la fourniture de l'aide pour satisfaire des coûts récurrents peut créer une situation d'aléa moral, où l'accroissement de l'aide réduit les mesures incitatives de la part du gouvernement bénéficiaires d'améliorer l'extraction de la taxe. Cependant les bailleurs ne sont pas cohérents à cet effet. Parfois les donateurs mettent un supplément aux salaires du personnel critique dans les programmes qu'ils soutiennent ou financent des investissements en infrastructures, qui impliquent un coût récurrent complémentaire dont la durabilité est mise en question (Chen 2005). DDI a fourni de sommes énormes destinées au financement de l'emploi des RHS au Malawi comme une partie du Programme d'urgence des Ressources Humaines (Palmer 2006). En outre, quelques pays ont été réticents à emprunter comme un moyen d'élargir leur espace budgétaire pour payer les coûts récurrents surtout quand les pays se trouvent dans une situation de fardeaux énormes de dette ou ont bénéficié d'une annulation de dette¹¹

9 Le Fonds Monétaire International définit « l'espace budgétaire » comme la « disponibilité l'espace budgétaire permettant à un gouvernement de fournir des ressources destinées à un objectif voulu sans préjuger à la position financière du gouvernement de soutenir l'action » (Heller 2005). Le PNUD avance une définition différente qui considère que les avantages à plus long terme et les effets multiplicateurs qui peuvent découler des investissements publics stratégiques dans le domaine de la santé et de l'éducation sur le long terme et permettent de déficit budgétaire élevé et une inflation modérée à court terme (Roy 2006).

10 L'extraction de la taxe signifie le quote-part du revenu national brut (RNB) ou PNB dont le gouvernement s'empare à travers les taxes, les honoraires et d'autres moyens.

11 On peut avancer que les dépenses récurrents de la santé représentent un investissement dans la productivité économique et à cet effet peut justifier l'emprunt pour satisfaire les coûts d'emploi des RHS.

Les politiques budgétaires du Fonds Monétaire International (FMI)¹² sont perçues comme barrière au financement de l'augmentation à l'échelle des RHS. Un rapport présenté par le Groupe de Travail sur les programmes du FMI et les dépenses en matière de la santé, avec la facilitation du Centre pour le Développement Mondial (CDM), a fait la conclusion que le FMI doit être plus souple dans ses stratégies budgétaires (Goldsborough 2007). Le rapport du CDM indique également que « la preuve suggère que les programmes d'appui budgétaire du FMI ont souvent été trop conservateur ou ils sont opposés à la prise des risques. En particulier, le FMI n'a pas fait assez d'effort afin d'explorer les options plus expansionnistes mais toujours réaliste pour atteindre de dépenses publiques plus élevées. (Goldsborough 2007). Il recommande que le FMI utilise de moins en moins les plafonds de la masse salariale du secteur public, qu'il fasse du mieux dans la prévision de l'aide, qu'il mette davantage l'accent au lisage des dépenses à court terme et qu'il assure une plus grande transparence. Action Aid a examiné un certain nombre d'études importantes et a identifié neuf parmi elles « qui ont utilisé de multiples ensembles de données de pays sur plusieurs décennies dans une tentative de trouver le « coude » dans la relation entre inflation et croissance afin de déterminer à quel niveau l'inflation commence à nuire aux taux de croissance économique à long terme d'une économie. Les études indiquent les estimations du taux d'inflation qui commence à nuire la croissance allant de 20 à 40 pour cent par an. Action Aid démontre que cette recherche indique non seulement l'absence d'un consensus sur la bonne réponse (niveau d'inflation) mais aussi le FMI n'a guère de justificatif empirique pour faire baisser les taux d'inflation à 5 pour cent par an.¹³ » Sur la base de ce type d'analyse, plus de 120 groupes mondiaux de plaidoirie ont adressé des lettres au nouveau Directeur général Dominique Strauss-Kahn en Octobre 2007 pour lui demander de tirer parti de sa position « pour permettre aux pays pauvres de concentrer des ressources suffisantes pour satisfaire les besoins pressants de l'homme. » Au mois de Novembre 2007, neuf membres du Congrès Américain qui supervisent la participation des Etats-Unis au sein du FMI ont aussi adressé une lettre au M. Strauss-Kahn exprimant leur préoccupation en ce qui concerne : les politiques du FMI notamment les politiques sur les cibles restrictifs des programmes du FMI ; les programmes du FMI qui aboutissent dans le détournement des dépenses d'aide hors de son but original. ; Le manque du soutien consensuel pour les politiques du FMI et l'utilisation par le FMI des plafonds de la masse salariale. ActionAid suggère plusieurs actions afin d'élargir l'espace budgétaire des pays (1) réviser et publier les contraintes macroéconomiques exigés par les programmes du FMI ; (2) explorer pleinement les coûts et bénéfices des politiques d'option plus expansionnistes et (3) développer la participation des parties prenantes dans les négociations des programmes du FMI. De même, Oxfam affirme que le FMI a besoin (1) d'une grande souplesse s'agissant de ces cibles économiques ; '(2) d'une plus active participation avec d'autres bailleurs pour faciliter la mobilisation

12 Le FMI joue un rôle important dans ce débat car sa politique budgétaire (disponibilité des ressources à consacrer à in moment donné) et monétaire (effectuer la croissance économique dans le temps) et les objectifs de la politique ont souvent un effet sur la taille de l'ensemble des budgets nationaux. Les pays qui sont très tributaires de l'aide doivent remplir les dispositifs du FMI d'une manière satisfaisante pour pouvoir accéder à l'aide des donateurs et des créanciers. Ainsi, les politiques du FMI sont pertinentes aux personnes qui plaident pour la santé et les lecteurs de ce document sur le financement des RHS. Le rapport 2008 de la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé a noté que « un plafond sur les dépenses publiques liées à la nécessité d'obtenir l'approbation du FMI en ce qui concerne les politiques macroéconomiques nationales peut limiter la capacité des gouvernements à payer les salaires des professionnels de la santé dont ils en ont tant besoin malgré le fait que la contribution relative des exigences du FMI et d'autres facteurs doivent être évalués au niveau de chaque pays » (CDSS 2008).

13 Communication personnelle avec Rick Rowden.

des ressources requises au niveau pays destinées au financement des activités dans le but d'atteindre les ODM et (3) de baser son aide et l'allègement de la dette la mise en œuvre au niveau pays du document stratégiques sur la réduction de la pauvreté (Oxfam 2003). Tout récemment, le rapport de la Commission sur les Déterminants Sociaux de la Santé de L'Organisation Mondiale de la Santé a évoqué des questions pareilles sur l'impact des politiques macroéconomiques sur les dépenses en matières de santé ainsi qu'aux ressources humaines de la santé (CSDH 2008)¹⁴

La réponse du FMI c'est que l'utilisation des plafonds de la masse salariale est en baisse et cette politique ne peut être utilisée qu'au cas exceptionnel. Selon la nouvelle politique avalée au mois de Juin 2007 par le Conseil d'Administration du FMI, l'utilisation par le FMI des plafonds de la masse salariale ne se fera qu'au cas exceptionnel justifiée par des considérations macroéconomiques. Les plafonds seront conçus d'une manière souple avec tendance à contenir les dépenses de l'aide à échelle et en particulier l'emploi soutenu financé par les bailleurs dans les secteurs prioritaires de la santé et l'éducation. Dans les cas (rares) où le FMI applique des plafonds de la masse salariale, un justificatif de la nécessité et les raisons doivent figurer dans les documents du Conseil et fera l'objet d'une revue périodiquement. Suite à cette politique, l'apparition des plafonds de la masse salariale dans les programmes qui jouissent de l'appui du FMI est à la baisse. A présent, il n'existe aucun programme jouissant de l'appui de FMI sous le Programme de la Réduction de la Pauvreté et la Croissance (PRPC) qui intègre un plafond de la masse salariale en tant que « critère de performance. » Seuls 3 de ces 23 programmes (au Bénin, au Burundi et en Moldavie) comprennent des plafonds de la masse salariale comme « cibles indicatifs ». Cette nouvelle politique de souplesse du FMI en ce qui concerne les masses salariales est illustrée à travers l'expérience du Malawi ; Le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, le Tuberculose et le Paludisme et le DDI ont travaillé avec le FMI afin d'assurer l'inclusion de la part des autorités du Plan d'urgence des Ressources Humaines dans les programmes jouissant de l'appui du FMI. (Palmer 2006).

En outre, le FMI affirme qu'il tente de renforcer la capacité des pays à absorber l'aide et de maintenir leur niveau d'activité quand l'aide n'est plus disponible. Gupta et al (2007) rétorque aux critiques en soulignant que le FMI assiste les pays à faible niveau de revenu à « absorber les projections de l'aide à échelle d'une manière durable et son intention n'est pas de limiter les dépenses des pays. Ils présentent une liste de quatre questions selon le FMI que les pays doivent prendre en compte dans la préparation de leurs politiques budgétaires dans un contexte d'afflux d'aide à échelle, la planification à moyen terme, le choix d'un chemin de dépenses et aborder la volatilité de l'aide et renforcer les institutions budgétaires. Le programme de Malawi soutenu par le FMI a intégré le Plan d'urgence sur les Ressources Humaines préparé par les autorités et à travers ceci créant un nouveau précédent de la souplesse du FMI.

D'autres bailleurs tels que le FMSTP et l'alliance GAVI commencent à être plus souples dans leurs politiques du financement des dépenses récurrents du secteur public. Le numéro 7 des lignes directrices du FMSTP permet aux pays de faire de demande pour le financement des RHS si cette demande va faciliter au renforcement du système de santé dans le contexte des trois maladies ciblées à

¹⁴ Le groupe de plaidoirie RESULTS Education Fund avec le soutien de L'Open Society Institute et en partenariat avec le Centre de la Gouvernance Economique et Le SIDA en Afrique entreprend des recherches sur les effets des programmes du FMI sur le financement de la santé au Kenya, en Tanzanie et en Zambie.

éradiquer dans ce programme du FMSTP. Le part du financement en provenance du FMSTP et de l'alliance GAVI utilisé pour les paiements au personnel varie considérablement entre les pays. En moyenne, les pays consacrent 12 pour cent des fonds GAVI aux ressources humaines et 16 pour cent des fonds du FMSTP au paiement des salaires des travailleurs de la santé. Cependant, ça varie entre 0 à 28 pour cent (Le Kenya) s'agissant des RHS du GAVI est de 0 à 46 pour cent (L'Indonésie le paludisme) dans le programme FMSTP (Vujicic 2008). Un exemple du financement du GF est la Tanzanie où le financement du nouveau programme « Mkapa fellows » est assuré par le FMSTP et le programme prévoit de suppléments de salaires aux nouvelles recrues qui de leur propre volonté établissent une « caution » avec la profession. La « caution » des professionnels de la santé les exige à travailler dans leur pays de formation après la fin de leurs études comme une façon de rembourser la part de leur éducation financé par le gouvernement. La « caution » reste valable pour un nombre d'année de service dans un endroit spécifique et cela parfois inclut une sanction financière si « la caution » est rompue (Labonté et al 2006)¹⁵

Les projections pour les pays africains montrent qu'ils ne seront pas en mesure de financer l'emploi des chiffres des RHS ciblé par le rapport de l'OMS en 2006. Au sein de la Banque Mondiale, les projections de scénario ont été faites par Preker et al (2007) à travers des méthodes comparables à ceux de Vujicic et ils font une estimation du nombre « à soutenir » des RHS capables de travailler dans les pays de la région africaine en 2015. Les chiffres sont utilisés par les auteurs comme base afin de déterminer les estimations du coût de préformation (voir plus de détails sur la question au chapitre 2 ci-dessous). Dans la « projections de scénario de tendance antérieure », Preker montre que les pays africains seront en mesure d'employer 648,000 des RHS supérieur au niveau de 2007 en 2015 (à comparer avec les chiffres recommandés dans le rapport de l'OMS de 2006 d'un supplément des RHS de 817,992 en Afrique).¹⁶ 16 Selon Preker, afin d'atteindre les chiffres pour l'Afrique des RHS d'après le rapport de l'OMS en 2006, quelques combinaisons seront mises en place (1) une croissance plus rapide ; (2) une plus grande affectation des crédits du gouvernement au secteur de la santé (3) une culture de transfert des compétences vers les RHS les moins qualifiés, (4) l'accroissement de l'aide extérieure et (5) la fourniture de plus d'options en ce que concerne les menues dépenses soient canalisées à travers les mécanismes d'assurance. Cependant, cette analyse montre aussi que l'impact de l'assistance externe sur la capacité des pays à augmenter l'emploi à l'échelle ne sera pas

¹⁵ Une critique (Dussault 2005) du cautionnement observe « en général, le système de cautionnement a été considéré comme déloyale. Etant donné que d'autres professions n'aient pas besoin d'un service obligatoire, le système de cautionnement peut conduire des individus hors des études médicales. En outre, cette situation peut être particulièrement problématique pour les femmes, qui ne sont pas en mesure d'accepter des postes lointains. Dans les pays où les femmes représentent une part considérable du personnel de la santé, le système de cautionnement peut se traduire par un nombre significatif du personnel nécessaire ne seraient pas en mesure d'achever les conditions liées à l'obtention d'un diplôme ou se livrer à la pratique professionnelle.

¹⁶ Selon Preker, les pays dans la région de l'Afrique pourraient employer un supplément de 648,000 RHS en 2015 et se base sur un scénario qui utilise les taux moyens de la croissance de l'économie et des dépenses publiques au cours de dix dernières années, sans déplacement de tâches et sans effet d'assurance. Cette estimation varie par rapport à d'autres dans ce document qui souligne un déclin dans l'emploi des RHS de 800,000 (dans le pire des cas négatifs de 5 pour cent de la croissance annuelle de PIB, une réduction des dépenses publiques comme une part de dépense total du gouvernement de 5 point de pourcentage, et sans effet d'assurance) à une augmentation de 1.7m des RHS sur la base du meilleur scénario (croissance annuelle du PIB de 5 pour cent, augmenter les dépenses publiques comme une part des dépenses totales du gouvernement atteignant 15 pour cent et un effet d'assurance de 25 pour cent c'est-à-dire l'hypothèse que l'acheminement de 60 pour cent des frais complémentaires à travers l'assurance, les frais supplémentaires augmentent de 25 pour cent)..

considérable. Preker souligne qu'un doublement¹⁷ de l'aide extérieure, bien utile, n'aura pas les mêmes effets que l'expansion de l'espace budgétaire pour l'emploi des RHS par rapport à la combinaison de (1) une croissance économique substantielle et (2) une plus grande part de dépenses des gouvernements affectées à la santé. Les estimations avancées par Preker suppose que les dépenses sur les RHS sont une part constante des dépenses totales de la santé qui signifie que les RHS sont augmentées à l'échelle au même taux que les autres intrants de la santé. Les estimations aussi supposent que les dépenses des ménages dans le domaine de la santé accroissent au même rythme que la croissance des revenus malgré le fait que plusieurs analyses montrent que les ménages ont tendance à dépenser plus sur la santé par rapport à d'autres dépenses au fur et à mesure que les revenus s'accroissent car l'élasticité du revenu des dépenses de la santé est supérieure à un point. Les estimations de la région proviennent d'une agrégation à partir des estimations des pays individuels. Ce document n'est fait pas l'objet d'une discussion sur la distribution de la croissance de l'emploi des RHS parmi les pays de la région africaine mais d'après sa méthodologie, il est certain que la croissance globale de l'emploi des RHS prévue par Preker aurait d'importantes disparités entre les pays relativement riches et pauvres en matière des RHS par habitant.

Le financement de l'emploi et le coût afférent d'augmenter à l'échelle le réservoir des RHS peut même être plus difficile à la lumière des pressions inflationnistes tout récemment en raison de la forte hausse du prix des carburants et des denrées alimentaires. Selon le FMI « le choc pétrolier et celui qui est survenu dans les aliments portent un effet significatif sur les populations des pays à faible niveau de revenu. Les aliments représentent une très grande partie des achats des consommateurs démunis et donc une hausse mondiale dans les prix des aliments aura un effet significatif sur l'inflation dans les pays pauvres. La même situation s'applique aux carburants qui sont aussi devenus très chers » (Wakeman –Lynn 2008). Afin de faire face à ce défi, le FMI recommande que les pays « traversent »¹⁸ les hausses des prix mondiaux des carburants dans le double objectif de préserver l'efficacité économique et éviter des coûts excessives budgétaires ». (Mati 2008) L'approche de «traverser » va protéger la capacité des gouvernements à payer les coûts des RHS. Cependant, cette situation tend à réduire la capacité des ménages à payer les coûts des services de santé ou à souscrire à l'assurance de santé et ceci donc va diminuer la capacité des pays à régler les coûts de l'emploi des RHS.

Programme d'action supplémentaire

Les travaux au niveau pays

- Faire une estimation du financement prometteur en provenance « l'espace budgétaire du gouvernement disponible à l'emploi des RHS jusqu'à la fin de la période prévue par les pays en ce que concerne leurs plans à l'échelle des RHS (par exemple si les plans sont alignés sur les ODM). Cela implique la projection du financement prometteur que le gouvernement va mettre

¹⁷ Les groupes de plaidoirie demande plus d'un doublement de l'assistance en matière de santé en Afrique.

¹⁸ Cette « traversée » permettrait les prix nationaux du carburant à augmenter proportionnellement à l'augmentation des prix internationaux plutôt que de fournir une subvention au profit des acheteurs nationaux du pétrole.

en place pour l'augmentation à l'échelle des RHS et permettra au Ministère de la Santé de comparer le financement disponible au financement exigé afin de couvrir les coûts des RHS. Le Ministère peut varier les suppositions sur lesquelles les projections de financement sont basées et procède à faire une estimation de scénarios « optimistes » et « pessimistes » s'agissant des ressources qui peuvent être disponibles à satisfaire les plans des RHS à échelle. Les « déficits » entre les plans à l'échelle des RHS et l'espace budgétaire prometteur feront l'objet des actions de plaidoyers au sein du gouvernement ou avec les partenaires externes. Enfin, sur la base de ces scénarios, les plans des RHS seront aussi modifiés. Le Ministère de la Santé peut utiliser l'analyse de l'espace budgétaire dans ces activités de plaidoyers. Les chiffres du déficit seront utilisés dans la recherche de ressources supplémentaires afin d'atteindre le nouveau planifié des RHS. La source de ces ressources peut être des emprunts gouvernementaux ou de l'appui externe. Au cas où il est impossible de mobiliser des ressources supplémentaires, le Ministère fera bien d'augmenter ses plans à l'échelle des RHS et ne reflète que ces aspects qui peuvent être financés.

Les travaux à l'échelle mondiale

- *Assister aux donateurs et aux initiatives mondiales sur la santé à clarifier leur position en ce qui concerne leur soutien au coût d'emploi des RHS* : Afin d'atteindre les ODM ou le niveau ciblé des RHS par habitant, il est certain que beaucoup des pays à revenu faible auront besoin de l'aide externe de pouvoir mettre leur RHS à l'échelle. Les donateurs et les initiatives mondiales de la santé doivent clarifier leurs politiques à cet égard. Il sera souhaitable de fournir de l'appui récurrent à long terme (dix ans ou plus) en ce qui concerne l'emploi des RHS dans les pays à revenu très faible avec des perspectives basses de croissance. Les donateurs peuvent aussi fournir de l'aide externe récurrente à moyen terme (entre 5 et 10 ans) destinée à l'emploi des RHS à d'autres pays jouissant d'un niveau élevé de revenu et des perspectives de croissance de telle manière qu'ils seront en mesure d'assumer la responsabilité de satisfaire les paiements récurrents du coût de l'emploi après une période donnée¹⁹. Cette assistance extérieure permettra au dernier groupe de pays à faire de la première mise à l'échelle qu'ils seraient en mesure de soutenir.
- *Surveiller les politiques du FMI sur l'espace budgétaire et la croissance économique et de continuer à rechercher de meilleures solutions*. En réponse à des critiques et des analyses, le FMI affirme qu'il a changé son approche en ce qui concerne les plafonds de la masse salariale et d'autres politiques budgétaires contraignantes pour les rendre (1) moins restrictives et de (2) permettre aux pays de dépenser des ressources comme prévu tant que les dépenses seront soutenus. La communauté de plaidoirie devrait continuer à suivre les programmes du FMI pour vérifier que le changement d'approche soit mis en pratique. Etant donné que la croissance économique est le facteur le plus important dans l'espace budgétaire disponible pour payer l'emploi des RHS, il est crucial de faire autant que possible pour aider les pays à enregistrer la plus grande croissance. Afin d'améliorer l'appui technique à la politique macroéconomique, la communauté de plaidoirie devrait continuer le débat et l'analyse de solutions alternatives concernant les approches à promouvoir la croissance et la meilleure façon d'utiliser les ressources extérieures. En outre,

¹⁹ Déterminer la classification des pays à revenu faible (PRF) entre les deux catégories et la catégorie qui exige une estimation détaillée des coûts et l'évaluation des possibilités budgétaires au niveau du pays..

un débat ouvert et d'analyse porteront des fruits si le FMI rend public des informations sur ses politiques alternatives envisagées.

- Encourager le FMI à examiner plusieurs scénarios macroéconomiques alternatifs ainsi que de mettre en place des politiques transparentes en conformité avec les neuf principes du Global Transparency Initiative (GTI).
- **Tirer parti des travaux de Preker et al** sur la façon de faire des estimations concernant la formation professionnelle préalable.
 - **Entreprendre des analyses pour d'autres régions** : Les pays d'autres régions que l'Afrique ont des besoins cruciaux pareils en matière de leurs RHS à l'échelle et il serait souhaitable d'avoir des estimations de leurs perspectives économiques au financement de l'échelle souhaitée et les besoins complémentaires de l'aide extérieure.
 - **Entreprendre des analyses au niveau pays** : La situation de chaque pays s'est cachée dans les agrégats et peut varier considérablement compte tenu de différents points de départ en matière de leurs RHS ; les perspectives de croissance économique, la capacité et l'engagement à accroître la part des dépenses publiques à la santé ; la priorité accordée aux RHS par rapport à d'autres dépenses de santé, les perspectives de l'offre de couverture d'assurance maladie et les perspectives de mobilisation de l'aide extérieure etc. Les décideurs des pays et leurs partenaires ont besoin de connaître la situation spécifique de chaque pour être en mesure de faire le meilleur choix face à chaque situation.
 - **Permettre plus d'articles de varier dans les scénarios alternatifs** : certains de ces éléments qui sont constants dans les projections de Preker serait laissées à varier par exemple la part des dépenses de santé consacrées à l'emploi des RHS et la part du revenu des ménages allouée à la santé quand les revenus augmentent.
- *Entreprendre des macroanalyse sur les dépenses des RHS* : Ventiler les dépenses réelles sur les RHS par catégories et par secteur (public, privé) de l'emploi et les sources de revenu.

CHAPITRE 2 :

Le financement des coûts d'investissements et récurrents de la capacité à l'échelle de produire des RHS

2

Historique

La question clé

Quel est le coût (investissements et récurrent) de produire les RHS dont on a besoin ? Comment financer le coût ?

Description et définition

La production des RHS demande le financement des coûts d'investissement et récurrent de la formation professionnelle préalable.²⁰ Compte tenu du stock initial, les taux d'usure et les cibles afin d'augmenter les chiffres à l'échelle et d'atteindre un mélange approprié des RHS, le système d'éducation médicale²¹ a besoin de produire les chiffres requis des RHS. Il existe des coûts de fonctionnement de la formation professionnelle préalable des RHS y compris le paiement des salaires des enseignants, l'approvisionnement des livres, des laboratoires, des fournitures, des équipements et l'entretien et la réparation des installations et du matériel, le paiement des frais de subsistance des étudiants et ainsi de suite. En outre, il y a des coûts d'investissement à payer (ou de faire un compte rendu). Quand les RHS à l'échelle exigent beaucoup plus d'étudiants à former, le besoin de créer une capacité physique et supplémentaire se pose,²² et les nouveaux bâtiments (les salles de classe, les bureaux des enseignants, les laboratoires etc.) sont à construire et le paiement effectué que ce soit comme en plus de ce qu'il existait comme écoles ou des bâtiments entièrement nouveaux. Même s'il n'est pas nécessaire de faire une nouvelle construction, il y a un coût d'investissement au service de préformation à amortir à partir de l'école existante qui a été utilisée. Les installations et le matériel déprécient (perte de valeur financière, deviennent obsolètes et la détérioration physique telle qu'il faudra les remplacer un jour ou dans l'horizon de la planification financière immédiate.

L'ampleur de l'usure²³ des RHS a une incidence sur les chiffres requis de nouveaux des RHS et donc le financement nécessaire pour les produire. La politique et les choix financiers peuvent avoir une incidence sur l'usure. On peut citer comme exemple les politiques concernant l'âge de la retraite et obligation de servir dans le secteur public si l'on a bénéficié d'une bourse du gouvernement lors de la formation professionnelle préalable. Les possibilités d'emploi et de rémunération, les avantages et les conditions de travail offertes aux RHS peuvent influencer sur leur choix de (1) rester ou de quitter le secteur de la santé et (2) à choisir de travailler au sein du gouvernement ou jouir d'un emploi privé et (3) rester ou de quitter le pays et (4) servir en milieu rural ou dans d'autres zones défavorisées par rapport aux villes ou d'autres zones relativement privilégiée.



© WHO

20 La formation professionnelle permanente est reprise dans le Chapitre 3 sur « le maintien »

21 Les solutions de rechange sont l'envoi des étudiants à d'autres pays pour leur formation ou employer les travailleurs de la santé des autres pays mais la majorité des PRB susceptible de former la plus part de leurs RHS.

22 Certains pays tels que le Soudan se sont organisés en deux groupes dans les écoles afin de limiter la nécessité de créer une infrastructure physique supplémentaire.

23 L'usure est définie comme ceux qui quittent le secteur de santé d'un pays par le biais de retraite, la mort, l'immigration ou ceux qui sont à la recherche d'un emploi dans d'autres secteurs ou ceux qui partent définitivement..

Les mêmes contraintes budgétaires auxquels les gouvernements se sont confrontés (voir Chapitre 1 ci-dessous) sont pertinents aux coûts de l'accroissement à l'échelle de la formation professionnelle préalable. Les gouvernements sont limités par leur RNB à partir de recettes fiscales et de par leur volonté d'emprunter et, dans certain cas par la disponibilité et l'efficacité dans les pays de gérer les mécanismes de risques en commun et mobiliser le financement à partir des utilisateurs de services de la santé. Ils doivent choisir la façon de répartir leurs ressources entre les secteurs en concurrence et entre les besoins en concurrence au sein des secteurs. Dans la pratique, l'affectation des ressources du gouvernement à la formation professionnelle préalable des RHS est compliquée par le fait que, dans beaucoup de pays, une partie ou l'ensemble de la formation professionnelle préalable des RHS est confiée au ministère de l'Education ou de l'Enseignement supérieur et non pas au Ministère de la santé qui est habituellement chargé de l'emploi des RHS dans le secteur public. Cela signifie la nécessité de coordonner entre les ministères chargés de la formation professionnelle préalable et l'emploi des RHS afin que des ressources suffisantes et correspondantes soient allouées à la formation professionnelle préalable et l'emploi. En outre, les prestataires de service dans le secteur public et privé sont en concurrence pour l'emploi des diplômés des écoles de formation professionnelle préalable.

Les dépenses privées de formation avant l'emploi offre des possibilités intéressantes au financement des coûts d'investissement. Dans certains pays, des entrepreneurs aux fins lucratives ou non, ont commencé à établir des écoles de médecine et d'autres institutions pour la formation des RHS. Cette mesure est susceptible d'épargner les gouvernements de la nécessité de payer une partie des coûts de formation professionnelle préalable.²⁴ D'une part, si le gouvernement couvre les frais de scolarité et le coût de la vie dans les écoles privées, ils paient le même coût récurrent de la formation professionnelle préalable qu'ils auront à payer si les étudiants fréquentaient des établissements publics. Cependant, les gouvernements ne couvrent pas les dépenses d'investissement initial²⁵ et d'autre part, le gouvernement peut même faire beaucoup plus d'économie si les étudiants paient eux-mêmes les frais de scolarité de leur formation professionnelle préalable dans les écoles privées. Le paiement à titre privé pour la préformation est un investissement rentable pour beaucoup d'étudiants et leurs familles compte tenu du fait que les RHS gagnent plusieurs multiples de revenu par habitant presque dans tous les pays.²⁶ Le gouvernement pourrait envisager d'accorder des prêts aux étudiants pour venir en aide aux étudiants qui veulent poursuivre leur formation dans les établissements privés. A travers le paiement des frais de scolarité et le coût de la vie dans les établissements privés ou l'offre des prêts aux étudiants, la charge financière du gouvernement d'éduquer et de former des RHS sera diminuée et le pays comptera avec un nombre accru des RHS.

24 Bien que le secteur privé d'éducation puisse prendre en charge une partie des besoins de financement du gouvernement pour la formation professionnelle préalable, dans certains cas les ressources produites ne bénéficient pas toujours les pays émetteurs. Par exemple, bon nombre des écoles privées médicales et infirmières en Inde sont expressément conçues pour l'exportation des RHS. Par conséquent, l'utilisation des ressources investies et dépensées sur ces institutions en tant que contribution afin de combler le vide au sein des RHS serait erronée.

25 Les propriétaires des écoles privées vont chercher à se faire rembourser leurs investissements à travers le paiement des frais de scolarité, les écoles privées commerciales trouveront les moyens d'obtenir un rendement sur leurs investissements ; les organes à but non lucratif chercheront à rentrer dans leurs frais.

26 Les médecins aux Etats-Unis gagnent six fois le revenu par habitant en 2006 et huit à neuf fois le revenu par habitant dans les années 1960 et 1970 (Cundiff 2006).

Les travaux accomplis à ce jour

La capacité d'effectuer de formation professionnelle préalable est une contrainte. Un rapport publié en 2006 par McKinsey et al conclut que le principal goulet d'étranglement vers la production des RHS à l'échelle en Tanzanie est dans la capacité de formation plutôt que l'offre des étudiants veulent poursuivre leur formation en notant qu'il existe plus de 1000 étudiants pour les 200 places chaque année. De même, le Grameen Kalyan, une filiale de la Banque Grameen au Bangladesh, vient d'établir son université privée à former ceux qui sont désireux et qui possèdent les titres requis mais qui n'ont pas été admis à l'université public (voir étude de cas ci-dessous).²⁷

Le prix à payer pour la formation professionnelle préalable des RHS en Afrique pourrait atteindre 30 milliards de dollars en 2015. Sur la base de leur marge de manœuvre budgétaire, les projections de la croissance de l'emploi des RHS, décrite ci-dessus et les taux de l'usure supposés, Preker et al (2007) font l'estimation sur le coût de l'éducation et de la formation professionnelle préalable en Afrique d'ici 2015. Dans le cadre du scénario de l'emploi intitulé « la poursuite des tendances actuelles », les gouvernements africains seront en mesure d'employer un supplément des RHS à l'ordre de 640,000 qu'en 2007 et le coût de la formation professionnelle préalable s'élève à 14.7 milliards de dollars. Dans le cadre du scénario de « meilleur cas » en 2015, les gouvernements seront en mesure d'employer un supplément des RHS à l'ordre de 1.7 millions et le coût de la formation professionnelle préalable s'élève à 30 milliards de dollars. Des investissements dans les installations de formation seront aussi nécessaires dont le coût peut s'élever entre 10 à 20 millions de dollars par pays.²⁸ Une étude entreprise par Conway et al et publiée dans McKinsey Quarterly estime que la formation professionnelle préalable nécessaire pour combler le déficit en main d'œuvre en Afrique coûterait 33 milliards de dollars sur 20 ans.²⁹

Le haut niveau de financement nécessaire pour la formation professionnelle des RHS avant l'emploi implique d'énormes fonds supplémentaires à des fonds alloués aux ministères de l'éducation (au moins dans le court terme). Preker constate que le coût à l'échelle des soins infirmiers et médicaux de la formation professionnelle préalable pourrait être aussi élevé que l'équivalent d'un doublement de l'ensemble des coûts de l'enseignement supérieur.³⁰ Les pays doivent porter la conviction que cette part importante des dépenses de l'enseignement supérieur (allouée aux ministères de l'éducation) devait aller au secteur de la santé. Le Groupe de Travail de l'Alliance sur l'Education et La Formation à l'échelle souligne que le coût de mettre l'éducation et la formation à l'échelle a connu un déclin proportionnellement sur le temps alors que la capacité a augmenté pour accueillir le niveau ciblé des RHS. En conséquence, le niveau

27 L'un des défis du gouvernement est de mieux utiliser les installations existantes pour la formation professionnelle préalable. Avec l'augmentation des capacités de gestion des ressources (humaines et physiques), cette question sera abordée progressivement.

28 Cette estimation est basée sur des études de pré investissement entreprises par la Banque mondiale au Libéria, en Sierra Leone, au Ghana, au Nigeria et au Rwanda (Preker 2007).

29 Cette étude utilise les estimations du rapport de l'OMS d'une manque de 817,000 pour faire l'estimation d'une demande approximative de 600 nouvelles écoles de médecine et d'infirmier. Ce chiffre dépasse les estimations de 20 ans de programme de formation proposé pour l'Afrique qui s'élève à 25 milliards de dollars mais inférieur à la proposition du rapport de l'OMS sur une période de 10 ans s'élevant à 18 milliards et demi de dollars.

30 Preker constate que l'augmentation de l'emploi des RHS en Afrique d'un million d'ici 2015 nécessitera que la moitié de toutes les dépenses de l'enseignement supérieur soient consacrées à la formation professionnelle préalable des cadres des RHS.

élevé de l'allocation des crédits pour les ministères de l'éducation sera nécessaire surtout dans le court terme.

Les pays doivent faire le choix en ce qui concerne la combinaison de compétences des RHS le mieux adopté à leur profil épidémiologique et les possibilités budgétaires. Il y a quelques années seulement, Buchan et Dal Poz (2002) a noté que la littérature sur la combinaison de compétence a été purement descriptive, faible dans sa méthodologie ou trop centrée sur l'expérience des pays à revenu élevé d'être appliquée à l'égard des pays en voie de développement. Depuis lors, L'OMS a publié Le transfert des compétences : Recommandations et Lignes Directrices Mondiales (OMS 2008a) en vue d'assister les pays à faible niveau de revenu de trouver la combinaison des compétences appropriée. L'idée de transfert des compétences est d'adapter la combinaison des RHS aux besoins épidémiologiques afin que les services fournis par des RHS proviennent de ce qui parmi eux possèdent une formation adéquate mais pas plus supérieure. Par conséquent, lorsque la tâche peut être transférée d'un haut (par exemple des infirmières) vers le bas(aux travailleurs communautaires de la santé) au niveau des RHS. Le coût de l'emploi et la formation professionnelle préalable est à la baisse s'agissant des mêmes services. Cette politique de transfert de compétences doit servir de guide dans la planification et le financement de la formation professionnelle préalable.

ETUDE DE CAS : BANGLADESH

La formation professionnelle préalable des RHS dans le secteur privé

Grameen Kalyan (GK) (Grameen Bien -Etre) a été fondé en qualité de filiale de la Banque Grameen en 1996. Il est maintenant un service de santé et d'assurance qui a toujours récupéré 80 à 90 pour cent de ses capitaux d'investissement et de fonctionnement. Il gère un programme de santé comprenant 20 centres de santé privés et chacun avec son propre médecin, son gérant de bureau, les femmes paramédicaux / infirmiers, technicien de laboratoire et cinq assistants de santé. Chaque centre de santé peut servir une population de 30,000 à 35,000. Les patients paient soit par l'intermédiaire d'une assurance pour laquelle ils paient des primes d'assurance à une succursale de la Banque Grameen ou ils paient directement à travers des honoraires s'ils ne sont pas membres de la Banque Grameen.

Une demande existe pour mettre les services de centres de santé de GK à l'échelle dans tous les domaines des opérations de la Banque Grameen. Toutefois, une offre suffisante n'existe pas de professionnels de la santé. GK a conçu deux stratégies pour résoudre ce défi (1) annuler les prêts accordés aux étudiants d'une licence en médecine de l'Université de Bangladesh qui travaillent dans le milieu rural et (2) l'établissement d'une université privée de médecine pour mettre à l'échelle les chiffres des médecins.

Au cours des deux dernières années, GK a accordé des prêts à 252 étudiants pour couvrir les frais de scolarité et les frais de subsistance et qui fréquentent les écoles de médecin privées. Ces prêts seront annulés si les étudiants après leurs études travaillent dans les centres ruraux de GK.

GK cherche un partenariat avec une université privée pour l'établissement d'une école de médecine de produire des professionnels de la santé au Bangladesh. Actuellement, GK est en train de faire construire l'infrastructure d'une école de médecine à Dhaka est d'une manière diligente, entreprend des contacts sur les possibilités de partenariat concernant les contenus du programme. Pour le moment, il donne des bourses aux étudiants qui ont les titres requis d'être formés en Inde à la condition qu'ils retournent au Bangladesh à travailler dans le milieu rural.

Source : Interview (2008) avec Chandra Barua Dipal, Chef Département des Opérations, Banque Grameen

L'ordre du jour des travaux supplémentaires

- *Initier un dialogue avec les Ministères de l'Education et d'autres ministères concernés.* Le montant estimatif du coût élevé de mettre à l'échelle la formation professionnelle préalable (PST) signifie que les Ministères de l'Education joueront un rôle important de partenariat avec les Ministères de la Santé et d'autres ministères³¹ dans le but de mettre les RHS à l'échelle. Ces partenariats ne sont pas souvent aussi facile qu'on peut imaginer et donc il est préférable de commencer les discussions autour de ce partenariat dès que possible.
- *Prendre connaissance de la contribution du secteur privé.* Beaucoup de pays désormais sont en possession d'écoles de préformation en plus de ceux qui sont exploités par les gouvernements. Le processus de planification devait examiner la situation des diplômés issus de ces écoles privée et combien parmi eux sont susceptibles de travailler dans la fonction publique. En outre, il pourrait y avoir des moyens de faciliter ou de stimuler des investissements dans la capacité de la formation professionnelle préalable supplémentaire privée afin d'atténuer les limitations de la capacité du secteur publique qui, autrement, pourraient constituer un contrainte de mettre les RHS à l'échelle. Par exemple, les gouvernements pourraient prévoir une rationalisation des approbations et des processus d'accréditation et offrir des allègements fiscaux ou fournir des bourses d'études aux paiements des frais de scolarité.
- *Examiner des politiques visant à exiger des contributions aux frais de la scolarité* de la part des étudiants qui fréquentent les établissements publics comme contribution au paiement de la formation et de l'expansion de la capacité requise tout en offrant un complément des prêts aux étudiants et des programmes de subvention pour assurer l'accès par tous les étudiants qui remplissent toutes les conditions académiques requises indépendamment de leurs ressources familiales à la formation des RHS.
- *Faire une estimation du coût des RHS* et de la formation professionnelle préalable nécessaires pour répondre aux objectifs de l'emploi des RHS.

Les travaux à l'échelle mondiale

- *Apprendre plus sur les initiatives privées existantes en ce qui concerne la formation professionnelle préalable :* entreprendre des évaluations ou des appréciations afin de déterminer si les approches telles que celle de GK au Bangladesh peuvent être soutenues.

31 Certains pays « la formation des infirmiers » est sous tutelle d'un département ministériel spécifique de formation professionnel.

CHAPITRE 3 :

Les coûts et les arbitrages concernant une amélioration du maintien des RHS

3

L'historique

La question clé

Quelles sont les mesures d'incitation mises en place, les résultats et les coûts ?

Définition et description

Le financement du maintien des RHS nécessite une estimation des coûts c'est-à-dire les coûts des mesures d'incitation financières et non financières. Lorsque les pays veulent mettre à l'échelle les chiffres de leur RHS, ils peuvent le faire par le biais d'une combinaison de (1) de produire plus des RHS et (2) le maintien du plus grand nombre de ceux qui sont déjà en place à travers l'amélioration des mesures destinées à les maintenir au travail. Le contraire du maintien est l'usure qui peut être classée en deux catégories : économique et naturelle. L'usure économique se réfère à un travailleur qui quitte le secteur de la santé afin de poursuivre d'autres possibilités à la fois financières (un salaire plus élevé) et non financières (meilleure formation, rôle de supervision et d'autres conditions de travail, un meilleur logement etc.). Parfois les RHS trouvent ces possibilités dans le secteur de la santé d'un autre pays (par exemple, les infirmières philippines émigrent vers les Etats-Unis ou la migration des médecins tanzaniens vers l'Afrique du Sud ou vers d'autres secteurs dans leur pays (du point de vue du gouvernement, un travailleur du secteur public qui rejoint le secteur privé constitue l'usure). L'usure économique pourrait être réduite à travers l'amélioration des conditions qui existent dans le secteur de la santé et par conséquent les alternatives ne sont pas séduisants. Naturellement, les mesures d'incitation financières et non financières portent un coût. L'usure naturelle se réfère aux travailleurs qui quittent en raison de la retraite, le décès (notamment face au virus du VIH/sida), ainsi de suite. Afin de diminuer l'usure naturelle, les pays peuvent augmenter l'âge de la retraite, fournir des informations aux travailleurs sur la prévention des maladies et l'amélioration de la sécurité aux lieux de travail. Les deux dernières rubriques aussi impliquent des coûts.



© 2005 CCP, Courtesy of Photoshare

Les travaux accomplis à ce jour

L'usure économique

L'usure économique à travers l'émigration internationale constitue un problème majeur. Un certain nombre de politiques a été identifié pour le dissuader. L'OMS estime que plus de vingt mille médecins et infirmières quittent l'Afrique chaque année. La part des médecins nés en Afrique qui résident à l'extérieur varie de 78 pour cent des travailleurs de la santé formés au Mozambique à 10 pour cent des travailleurs de la santé formés en Egypte (Clemens 2007). Une étude sur les RHS au Jamaïque montre que 80 pour cent de tous les médecins formés et 95 pour cent de toutes les infirmières ont été perdus à l'émigration entre 1978 et 1985 (Bossert 2007). Afin d'aborder la question de l'usure, JLI (2004) rejette les interdictions pur et simple de la migration et l'acceptation d'une pleine mobilité de la main-d'œuvre. Afin de rendre l'émigration moins

séduisante, JLI recommande que les pays améliorent les conditions de travail des RHS, augmenter les salaires et développer « les systèmes de soutien ». JLI aussi recommande que les pays considèrent le service à l'intérieur du pays ou travailler dans le milieu rural comme élément obligatoire et en contrepartie l'accès au financement public pour la formation. Les pays peuvent accroître la formation de leur cadres des RHS et cette formation ne leur permettra d'exercer que dans leur pays d'origine y compris les infirmières communautaires de la santé (ICS) ; encourager les émigrés à rentrer,³² et faciliter le transfert des compétences et versements en provenance des RHS dans le diaspora. JLI aussi suggère que les pays importateurs des RHS doivent former plus de leurs propres RHS et assurer la mise en application stricte à travers l'établissement de code de conduite et peut-être d'un système de quota ou de l'accord d'arrêter de faire des recrutements auprès des pays en détresse. JLI propose aussi la création d'un « Fonds Mondial de Réinvestissement dans l'Education » et ce fonds permettra aux pays riches de financer la formation des RHS dans les pays en voie de développement. Le rapport de l'OMS rappelle l'accent mis par JLI sur l'amélioration de conditions de travail, le développement de l'inversion de migration et la mise en application des politiques responsables de recrutement. Le rapport souligne aussi les efforts dans le but de mettre le domaine des soins de la santé plus accueillant aux femmes ainsi que l'amélioration de la sécurité sur le tas et le recrutement dans le milieu rural. En 2003, les pays du Commonwealth ont développé un code de pratique concernant le recrutement international dont le but d'aborder les questions ci-dessus.

Toutefois, dans certaines circonstances, les migrations ont un effet bénéfique sur le financement des RHS. Kapur et McHale (2005) du CGD ont mis opposition sur le contrôle inconditionnel de l'émigration sauf dans le cas du « braconnage » des soins de santé.³³ Les auteurs proposent l'indemnisation des pays d'origine par les pays bénéficiaires, l'augmentation des liens du diaspora avec les pays bénéficiaires à travers la diminution des barrières au voyage et faciliter l'envoi des versements et encourager les investissements et la création des mesures d'incitation de retour au pays telles que la réalisation des prestations de retraite ou l'ouverture des comptes d'épargne accessibles seulement au retour. Cependant, les effets de ces approches et les politiques de remboursement n'ont pas été encore évalués. Par exemple, les immigrés en provenance du Jamaïque ont offert des versements importants mais les montants spécifiques ne sont pas disponibles. Parmi les pays bénéficiaires seule la Norvège rembourse ces pays concernant le coût de la formation des immigrés (Mullan 2008). Le Réseau Régional de l'Equité en Santé en Afrique de l'est et australe (EQUINET) en collaboration avec la Communauté de la Santé de l'Afrique de l'est, centrale et australe (ECSA-HA) ont entrepris une revue de la littérature sur les coûts et les avantages du maintien de la migration des travailleurs de la santé en Afrique de l'est et australe mais les résultats n'ont pas encore été publiés.³⁴

L'offre de la formation professionnelle préalable « ciblée » peut diminuer l'émigration et réduire les coûts de l'emploi et de la formation professionnelle

32 Le ministère de la santé au Nigeria est entré en dialogue formel avec ses médecins de la diaspora et a signé un mémorandum d'entente avec des groupes de médecins aux Etats Unies et au Royaume-Uni dans l'espoir de les faire rentrer au pays (Lambo 2008).

33 Défini comme le recrutement actif des RHS.

34 L'analyse de cette étude a examiné les coûts et les avantages financiers et non financiers de l'émigration du système de la santé, le personnel de la santé et la société en général. Une revue qui a été entreprise faisant parti de l'étude EQUINET qui n'a pas été publiée souligne des contraintes majeures d'entreprendre l'analyse des coûts et des avantages de la migration vu les données limitées qui sont disponibles notamment l'historique et les données de coûts d'opportunité qui comprennent des mesures des externalités.

préalable. L’Ethiopie et La Chine ont eu du succès dans l’adaptation de leurs programmes de préformation dans le but de décourager la migration. Ils l’ont fait à travers la création des RHS qui répondent aux besoins locaux mais ne sont pas formés à un niveau qui leur permettra d’être candidats à l’émigration. L’Ethiopie a eu des difficultés dans l’effort de faire accessible la présence des infirmières à toute sa population. Le coût de former et d’employer les chiffres nécessaire des infirmières constituait un obstacle ; en attendant ses infirmières se sont livrées à l’émigration massive ce qui signifie qu’il fallait former beaucoup plus d’infirmières dans le but d’atteindre un nombre spécifique ciblé au service. Afin d’aborder cette situation, Ethiopie actuellement est en phase de mise en application d’un programme de grande envergure dans le transfert des compétences.³⁵ Le gouvernement est en train de former et de déployer 30,000 travailleurs de vulgarisation de la santé (TVS) dont les compétences sont suffisantes pour répondre à une part importante des besoins de base spécifiques aux conditions locales. En outre, cette préformation exige des sommes moins coûteuses, les compétences de ces TVS sont moins transférables par rapport aux compétences des infirmières et les TVS peuvent travailler à la place des infirmiers. Compte tenu de leur formation limitée, leurs possibilités d’être candidats à l’émigration seront réduites. Les résultats de ce programme des TVS ne sont pas encore définitifs. Les TVS ne sont pas candidats à l’émigration mais leur capacité à répondre efficacement aux besoins des services de santé reste à vérifier. Par exemple, une étude préliminaire entreprise par Haile Negasse et al. Démontre « Bien que les travailleurs de vulgarisation de la santé les aient visité moins souvent que prévu, les participants jugent le programme utile. Malgré cette situation, leurs connaissances de base de la santé furent encore très médiocres concernant les principales maladies transmissibles et leurs vecteurs » (Negasse et al 2007). Une autre approche tendant à réduire l’émigration est d’adapter le programme de formation de santé au contexte local « soit des contextes ruraux locaux afin de maintenir les RHS dans le milieu rural soit au contexte local du pays afin d’empêcher l’émigration ». Afin de réduire l’émigration du milieu rural vers le milieu urbain, la Chine a mis en œuvre un programme de formation locale dénommé « les médecins de poulets » (avec référence à la métaphore de la capacité limitée de poulets de voler c’est-à-dire d’émigrer) visant à réduire l’émigration et le coût de la formation professionnelle préalable (voir étude de cas ci-dessous).

35 Une analyse complète de l’expérience Ethiopienne n’a pas encore été entreprise. On fera appel à une expérience assistée pour évaluer les effets réels de ces études.

ETUDE DE CAS : LA CHINE

Programme local de préformation du personnel de la santé à l'échelle dans le milieu rural en Chine

La mise à l'échelle des ressources humaines de la santé fut l'un de plus grands défis de la réforme du système de santé en Chine. Le système formel de l'éducation médicale exige de cinq à six ans de formation après les études secondaires. Les diplômés de ces licenciés étaient reconnus au niveau national qu'au niveau international et comme des oiseaux de fortes ailes ils peuvent voler à n'importe quelle partie du pays ou à l'étranger. La Chine a pris conscience de l'impossibilité à maintenir les services de ces professionnels hautement qualifiés dans le milieu rural.

Par conséquent, plutôt que de former des médecins à part entière, le gouvernement chinois a mis au point une autre approche de formation de plus courte durée et conçu pour répondre aux besoins locaux dénommée « le programme de poulet ». Les poulets ont des ailes qui leur permettent de voler mais pas en dehors de la cour du propriétaire.

Les caractéristiques de ce programme adapté sont les suivants : (1) le coût réduit de la formation, une formation allant d'un an à trois ans après les études secondaires au lieu de cinq à six ans (2) une formation personnalisée dans le cadre d'un programme adapté aux théories, compétences et technologies qui correspondent aux compétences des médecins en conformité avec les besoins du milieu rural.

A travers la mise en application successive de ce programme, la Chine a pu réaliser une mise à jour et mettre les effectifs de la santé à l'échelle dans un court délai au prix bas. Actuellement, presque tous les villages (d'une population allant de 1000 à 2000) sont desservis des postes de santé y compris un médecin « poulet » formé sur place et toutes les communes (d'une population allant de 20000 à 60000) sont desservies des postes de santé avec plusieurs de ce genre de médecins.

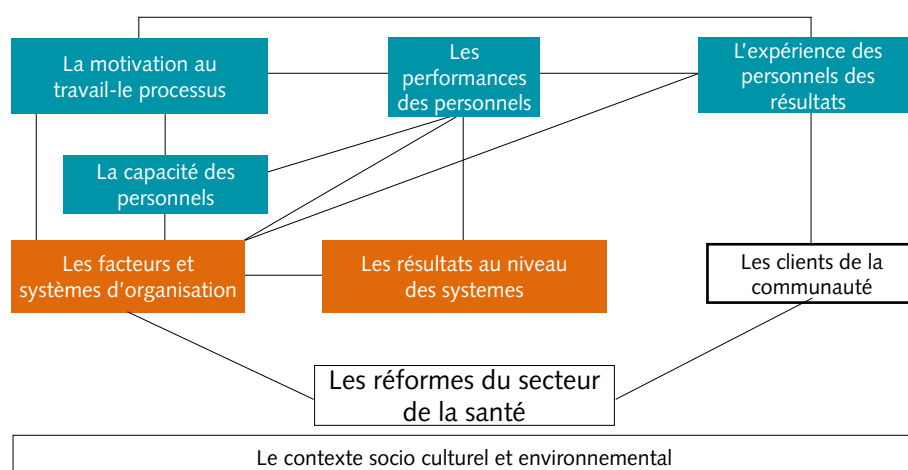
Les preuves varient à l'égard de l'effet de différentielles de salaires sur l'usure. Vujicic et al (2004) essaient de déterminer les effets de différentielle de salaire sur l'émigration à travers l'examen de la question si l'émigration est plus forte en réaction à de plus grandes différentielles de salaires entre pays émetteurs et pays récepteurs. Par exemple, les auteurs veulent déterminer, si tous les facteurs étant égal, les migrants préfèrent les Etats-Unis où les salaires³⁶ sont plus élevés par rapport à La Grande Bretagne, La France où l'Australie. Ils souhaitent déterminer autrement si les pays « émetteurs » avec des salaires plus bas attirent plus d'émigrés. Au niveau actuel de différentielle de salaire, ils ne trouvent pas de rapport statistiquement significatif entre les salaires et l'émigration et ils suggèrent que des facteurs en dehors du salaire comme les conditions de travail peuvent constituer des leviers politiques appropriés d'arrêter l'émigration. Les auteurs sont prudents concernant la qualité et la nature complète des données et ainsi sur leur capacité d'isoler les effets de différentielle de salaires de la prise de décisions à émigrer. Pourtant, les preuves en provenance du Malawi (Palmer 2006) montrent que 700 cadres des RHS qui avait le secteur public de la santé sont rentrés au pays suite à une offre de salaires additionnels ce qui illustre que les salaires portent un effet plus grand sur le maintien des RHS par rapport à ce que les recherches académiques démontrent à ce jour. De même, un dossier technique publié par « Le Projet de Capacité (2006) et financé par USAID cite des études qui démontrent la preuve que les salaires plus élevés sont capables de faire un plus grand maintien de cadres des RHS. Par exemple à l'état de Gongola au Nigeria, les hommes travailleurs communautaires de la santé recevant des salaires plus élevés restent en service pendant 3.25 ans et ceux qui reçoivent des salaires moins restent deux ans. Cependant, le « seuil » de l'augmentation effectif des salaires par pays souffre d'un manque d'études. Le Centre pour les Etudes Stratégiques et Internationales dans le rapport publié par son groupe de travail sur VIH/sida confirme les conclusions susmentionnées et déclare que les barrières clés à la pénurie chronique de cadres des RHS sont les bas salaires et les maigres avantages, les conditions de travail et de vie défavorables, les risques au travail et les règles de travail démodées.

Un peu de recherche existe sur les réponses à l'offre aux facteurs non rémunérateurs mais les conclusions ne sont pas définitives. Très peu de documentation existe sur la mise en application des mesures d'incitation non financières (par exemple les délais, les cadres des RHS ciblés etc.) ainsi que leur gestion et suivi. EQUINET et ECSA-HA ont entrepris une étude sur les mesures non financières de cadres des RHS en Afrique du Sud et ont classé les mesures d'incitation en trois zones : 1) la formation et les mesures d'incitation liées à la carrière professionnelle y compris les possibilités du développement professionnel dans le cadre de haute formation, les bourses/les bourses d'études et les accords de cautionnement et les possibilités de recherche ; 2) les mesures d'incitation liées aux besoins sociaux comme le logement, le transport, les structures d'accueil pour les enfants d'âge préscolaire, la nourriture et les centres d'appui pour la sécurité des travailleurs etc. 3) l'amélioration des mesures d'incitation liées aux conditions de travail qui offrent de meilleures infrastructures et équipements et la fourniture d'une meilleure sécurité pour les travailleurs. Cependant, l'étude n'a pas montré de preuves sur l'efficacité relative de ces mesures d'incitation non financières (Dambisya, 2007). De même, le Projet de Capacité (2006) affirme que selon son expérience, les variables qui touchent au maintien ne sont qu'anecdotiques. Pourtant, les auteurs se réfèrent à un projet de GTZ (l'Agence Allemande pour la Coopération Technique) en Zambie qui fait la conclusion que

36 Les salaires ne reflètent pas toujours l'éventail complet des revenus des RHS.

les cours de recyclage sont les plus efficaces au maintien accru de cadres des RHS tandis qu'en Ethiopie un dosage d'éducation permanente, la fourniture de logement et l'établissement de structures de carrières claires sont à la base de l'amélioration de la satisfaction professionnelle et le maintien. Les délégués à une réunion régionale parrainée par l'Agence Suédoise pour la Coopération au Développement International (SIDA) en Tanzanie « ont estimé que les possibilités de l'enseignement professionnel sont parmi les facteurs les plus séduisants » (SIDA 2007). Vujicic et Zurn (2006) affirme que si les décideurs souhaitent accroître le niveau d'emploi dans le contexte de la pénurie de cadre des RHS, soit ils doivent relever les salaires soit ils doivent instaurer des politiques de l'offre. Pourtant très peu d'information est disponible sur les réponses de l'offre aux mesures d'incitation non financières. Jack (2008) conclut que les salaires sont plus rentables que les facteurs non financières en Ethiopie où les cadres des RHS préfèrent les valeurs équivalentes en salaires accrus qu'aux mesures d'incitation non financières. L'un des premiers travaux en ce qui concerne la motivation des travailleurs et les mesures d'incitation salariale ont été développés dès 1999 par Bennett et Franco à Abt Associates Inc ; leur cadre de travail (voir la figure) visait à mettre la motivation des travailleurs dans le contexte de la réforme de la santé dans l'ensemble.

Motivation des personnels de santé dans le contexte de la Réforme de la Santé dans l'ensemble : Un cadre conceptuel



Source : Bennett et Franco (1999)

L'une des mesures d'incitation innovatrices non financières dans l'approche actuellement en phase d'évaluation est un Centre de Pleine Forme parrainé par Becton, Dickinson et Compagnie et Le Conseil International des Infirmières. Il est prévu que les centres de pleine forme fournissent des services de la santé complets aux cadres des RHS et leurs familles proches avec l'objectif au bout du compte de maintenir une main d'œuvre de soins médicaux en bonne santé ; motivée et productive qui aboutit à la fourniture des soins médicaux renforcés en Afrique sub-saharienne. Le premier a été ouvert en septembre 2006 au Swaziland.³⁷ Les stratégies de maintien des ressources humaines pour le VIH/sida sont comparables à celles en générale de cadres des RHS. Médecins sans frontière (2007) a identifié une liste des mesures d'incitations destinées aux travailleurs des cadres des RHS pour le VIH/sida : l'augmentation des salaires et

³⁷ Plus d'information est disponible sur le centre au : http://www.bd.com/contentmanager/b_article.asp?ItemID=22857&ContentTypeID=1&BusinessCode=20001&d=Trading&s=Press&dTitle=Press&dc=&dcTitle=

des avantages ; l'amélioration des conditions de travail ; et la mise en place d'une gestion appropriées des RHS pour le VIH/sida et les possibilités d'un avancement professionnel.

Pendant qu'il y ait des renseignements sur les mesures d'incitation à caractère financier et non financier, il n'existe aucune méthode systématique de choisir des mesures d'incitation les plus rentables. Dans une publication sur le maintien des infirmières et le recrutement (Zurn et al.2005), l'OMS affirme que les recherches illustrent que quelques hôpitaux ont réussi le plus dans le recrutement et le maintien des RHS et donc ils sont appelés « les pôles d'attraction ». Ces genres d'hôpitaux produisent des résultats sanitaires supérieurs. Les caractéristiques ou « les forces de magnétisme » de ces hôpitaux qui constituent un pôle d'attraction comme décrit par le Centre Américain pour l'accréditation des infirmières sont indiquées dans la figure ci-dessous. Quelques unes de ces « forces » sont des coûts bas et les autres élevés. Pourtant ce n'est pas claire si les hôpitaux appelés « pôle d'attraction » pourraient avoir accompli des résultats comparables à travers l'utilisation des dosages différent d'approche des mesures d'incitations à plus bas prix. Zum souligne que les interventions efficaces au maintien qui focalisent sur une ou quelque « forces » n'aboutiraient probablement pas dans l'isolement. Il est crucial de la mise en application de politiques de maintien complètes à travers un paquet de stratégies différentes. Tandis que les programmes de maintien tel que celui mise en œuvre en Zambie avait la tendance d'inclure pour la plupart des mesures d'incitations financières tel que les suppléments de salaires et les mesures d'incitations collectives. Les programmes récents en Afghanistan, au Malawi et au Nigeria ont intégré des aspects des mesures financières et non financières tel que le développement professionnel le transport, les centres de garderies d'enfants, l'emploi des époux des RHS qui accompagnent les femmes qui sont cadres des RH S et la sécurité dans les lieux de travail (Le Haut Forum de l'ONU sur les ODM de la santé.2004).

EXEMPLE : LE MAINTIEN DES INFIRMIERES

Les quatorze « forces de magnétisme » qui portent un effet sur le maintien et le recrutement des infirmiers

1. Direction infirmier de haute qualité
2. Structure plate d'organigramme
3. Style d'administration ouverte
4. Politique d'appui en matière du personnel ainsi qu'aux processus
5. Soins de santé de haute qualité
6. Modèle professionnel de soins de santé
7. Haut niveau d'autonomie des infirmiers
8. Les initiatives d'assurances de qualité
9. La consultation et d'autres ressources disponibles
10. Le rapport positif entre la communauté et l'hôpital
11. Le rôle de soutien d'infirmier en qualité d'enseignant
12. Image positive de la profession d'infirmier
13. Le rapport positif entre le médecin et l'infirmier
14. Développement de carrière professionnel

Source : Le Centre Américain pour l'Accréditation des infirmiers.

Un cas important de mise à l'épreuve qui illustre la réussite du maintien fait la combinaison de mesures d'incitation financières et non financières se déroulent actuellement au Malawi où DDI et le GF ont soutenu un Programme d'urgence de Ressources Humaines depuis 2004. Le programme comprend les composantes suivantes : les suppléments des salaires de la hauteur de 52 pour cent, l'augmentation de la capacité de formation de l'ordre de 50 pour cent ; l'utilisation du personnel international comme assistant technique de remplacement concernant la planification et la gestion des RHS ; et l'amélioration du suivi et de l'évaluation. Le programme a été mis en œuvre dans les zones où le rapport de cadre des RHS avec la population était parmi les plus bas au pays. Une évaluation des progrès faites en Avril 2005, un an après la mise en application a fait la conclusion que le paquet a eu des effets positives sur l'usure au niveau du pays : la fuite des infirmiers du secteur public diminuer ; 591 nouveaux cadres de RHS ont été recrutés et 700 cadres des RHS qui avaient abandonné le service public sont revenus (palmer 2006).

La Zambie et le Ghana ont expérimenté avec des mesures similaires mais avec moins de succès. En Zambie, les travailleurs de la santé sont « détachés » du cadre de la fonction public (donc l'enlèvement des garanties d'emploi associées à la fonction publique) et les mesures d'incitation aux zones lointaines et les primes

des performances de groupes ont été établis. Mais selon le Forum de Haute Niveau de l'ONU de 2004 sur les ODM de la santé,³⁸ les mesures d'incitation en liquide qui se sont chiffrées à moins de \$ 1 par personne par mois, étaient trop petits de porter en effet et le détachement s'est soldé en grève et finalement le processus « a perdu de l'élan ». Le Ghana a aussi instauré le détachement dans le milieu des années 1990 aussi bien qu'en dehors des prêts de transport et de logement et des primes supplémentaires de fonction et des primes destinées au service dans le milieu rural. Le rapport du forum (le forum de haut niveau de l'ONU sur les ODM de la santé 2004) suggère que l'effet sur le maintien de cadres des RHS des primes supplémentaires de fonction et les prêts de transport a été « négligeable ». Le personnel de la Banque Mondiale impliquée dans le suivi de ses programmes affirment que l'échec est dû à une partie à la mise en application inadéquate. Dans les deux cas, les cadres des RHS ont perdu quelque chose (leur statut de fonction public) et ont gagné quelque chose (primes, prêts, et des indemnités) et donc l'effet net de ces programmes n'était pas clair. Ainsi l'effet minime sur le maintien des RHS ne doit pas être surprenant.

L'usure naturelle

Les recherches en ce qui concerne la réduction des aspects évitables d'usure naturelle sont limitées. Les deux principaux facteurs de l'usure naturelle sont la retraite et la mort. JLI recommande que les gouvernements s'efforcent de réduire le taux précoce de la retraite des RHS mais très peu de pays ont fait un effort dans ce sens. De plus, la formation dans le service a visé spécifiquement à protéger les cadres des RHS de contracter des maladies a eu un effet limité sur la réduction de la mortalité.

Programme d'action supplémentaire

Les travaux au niveau des pays

- Examiner les mesures d'incitation financières et non financières alternatives qui peuvent réduire la tentation d'émigrer. A travers l'utilisation des études ou des discussions de groupe cibler, demander les remarques de la part des RHS sur les conditions de travail et les récompenses financières qu'ils considèrent importantes afin de déterminer les alternatives qui sont susceptibles de se réaliser à prix abordables. Inclure parmi les alternatives éventuelles les dispositifs de caution ou les cadres des RHS qui ont bénéficié d'une bourse du gouvernement lors de leur préformation sont tenus à servir dans la fonction publique pendant une période déterminée après avoir terminé leurs études. Choisir les mesures d'incitations qui montrent la plus grande récompense au point de vue de maintien des cadres au prix le plus bas.
- Considérer l'adaptation de la formation professionnelle préalable des RHS afin de fournir les compétences requises à la situation spécifique du pays sans nécessairement fournir les compétences qui facilitent l'émigration (comme dans le programme de formation des travailleurs de santé de la communauté en Ethiopie et les « médecins poulets » en Chine.

38 <http://www.mvproject.org/hrh-conference/hrh-information/high-level-forum>

- *Considérer le changement de politique en ce qui concerne l'âge de retraite obligatoire ou les avantages des pensions complets après une période spécifique au service.* L'augmentation ou l'élimination de l'âge de retraite obligatoire pourraient permettre à plus des RHS de rester au service. Dans le cas où les avantages de pension complets ont été promis après un nombre d'années au service, il serait injuste de ne pas leur accorder les avantages. Pourtant sans l'engagement de cette promesse concernant les niveaux recrutés pourrait contribuer au maintien des RHS à l'avenir. En ce qui concerne ce qu'une promesse de pension complète a été émise, ils recevront des avantages de pension supplémentaire s'ils sont d'accord d'y rester plus longtemps.
- *S'informer auprès des RHS de la diaspora du pays, les conditions qui pourraient les faire revenir au pays.* (notons que pour les médecins de la diaspora de certains pays comme le Nigeria, il existe des associations qui agissent en tant que représentants). Considérer les coûts des conditions par rapport à la possibilité de la rentrée des RHS de la diaspora (et les ressources en investissement qu'ils peuvent amener avec eux).
- *Déterminer et suivre les taux d'usures par zone.* Les zones à comparer incluent les zones géographiques (zone rurale contre zone urbaine) et secteur (public contre privé). Cette information contribuera à l'effort des décideurs politiques de connaître où il y a besoin de prendre l'action, par exemple améliorer les conditions de travail des RHS dans le milieu rural ou augmenter les salaires des RHS dans la fonction publique d'être compétitifs avec le secteur privé.

Les travaux à l'échelle mondiale

- *Se documenter sur l'expérience de l'Ethiopie et d'autres programmes basés sur les expériences des pays d'une manière systématique.* Il serait utile de quantifier les économies recueillies par l'Ethiopie au cas où son programme de « combinaison de tâches » vers les travailleurs communautaires de la santé soit une réussite. Une telle quantification sera à la base de la capture de l'efficacité dans la couverture de besoins de santé ciblés en faveur de la population et de faire des estimations concernant les économies dans l'emploi et les coûts de la formation professionnelle préalable.
- *Entreprendre des analyses sur les mesures d'incitation financières et non financières ainsi que le pouvoir d'achat dans l'ensemble des RHS par rapport au pouvoir d'achat d'autres professions.* Il semble qu'il y aurait un rapport entre : (1) la taille de l'écart des salaires et (2) les différences dans les conditions de travail non financières et la propension à émigrer. Cependant, la littérature n'offre aucune réponse de comportement claire et quantifiée (par exemple pour la fin de pour cent « x » de l'écart du salaire du médecin entre la source et le pays bénéficiaire, l'émigration serait réduite de « y » pour cent) qui pourrait être utilisé pour la mise en place d'une politique salariale et non salariale qui vise à augmenter le maintien des cadres. Les mérites relatifs et les combinaisons optimales des mesures d'incitation salariales et non salariales auraient profit de plus de preuves. Les résultats en plus en provenance du Malawi (au moment de sa disponibilité) devraient faire l'objet d'une attention toute particulière.

- *Créer un inventaire mondial des stratégies de maintien des cadres et entreprendre une analyse systématique des coûts et bénéfices ainsi que les compromis que chacune de ces stratégies exige* : plusieurs variations de caution et d'autres stratégies pour le maintien des cadres ont été mises à l'épreuve mais les travaux sont limités en ce qui concerne leur catalogage systématique et la comparaison de leur efficacité relative.
- *Entreprendre l'analyse des coûts liés à l'autosuffisance du Nord* : l'effet de la fuite des cerveaux est omniprésente et hémorragique (dès qu'il commence, il y a une tendance à continuer et souvent ça s'accroît). Un plus grand niveau d'auto suffisance ferait partie majeure d'une stratégie de maintien des cadres. Tant qu'il y ait des disparités économiques de cette ampleur entre les pays du Sud et ceux du Nord et il existe des pénuries au Nord, beaucoup des RHS vont émigrer. Des politiques au Nord visant à promouvoir une plus grande auto suffisance, vont baisser la pression sur les pays à faible niveau de revenu (voir le rapport du Groupe de Travail de l'Alliance sur la Migration pour plus de détails sur cette question).

CHAPITRE 4 :

Les coûts de réaliser un déploiement plus équitable des RHS

4

L'historique

La question clé

Quels sont les coûts d'atteindre un déploiement plus équitable des RHS ?

Description et définition

Plusieurs pays sont confrontés à une distribution physique et réelle (ou le déploiement) des RHS et leurs prestations sont satisfaisantes aux personnes qui jouissent relativement d'un revenu élevé mais leurs prestations sont moins satisfaisantes chez les populations défavorisées. Cette situation s'applique aux cadres des RHS dans le secteur publique ainsi qu'au secteur privée.

Les Gouvernements sont confrontés à de multiples défis en ce qui concerne le déploiement des RHS dans les zones marginalisées. Il semblerait qu'un gouvernement pourrait déployer des RHS où qu'il veuille et aborder les principales sources de morbidité et mortalité et cela signifie parfois le déploiement relative de plus des RHS dans le milieu rural et les bidonvilles du milieu urbain. Néanmoins les gouvernements font faces aux questions pratiques dans cette démarche tel que : l'usure des RHS affectées aux zones marginalisées ; les contraintes de la protection de la fonction public sur la discipline des RHS qui ne se présentent pas à leurs postes d'affectation et le système d'information sur les ressources humaines qui sont trop faibles même pour permettre aux décideurs politiques de connaître les lieux où les cadres des RHS sont déployés. Une affectation à un milieu rural porte un certain nombre d'inconvénients pour les cadres des RHS dans la fonction public, y compris un manque d'équipements urbain par exemple de l'eau courante, l'électricité et un bon logement ; les possibilités d'emploi des conjoints limitées option d'enseignement limitées pour les enfants et moins de possibilités d'avoir un supplément de revenu c'est-à-dire faisant la consultation des patients privés en dehors des heures officielles du travail.

Les fournisseurs à caractère privé et commercial répondent à la demande du marché dans la prise des décisions concernant la localisation de leurs services (y compris les cadres des RHS) et les cadres des RHS employés à titre privé font partie importante de l'ensemble de la distribution des RHS. Les fournisseurs de service de santé à titre commercial ont tendance à localiser leurs cadres des RHS dans les zones où il y a une forte concentration des revenus et / où il y a un manque des prestations publiques en ce qui concerne les nombres et / ou la qualité perçue. Les populations urbaines sont plus aisées financièrement et les services fournis par le gouvernement sont souvent jugés d'une qualité insuffisante. Par conséquent, les fournisseurs à caractère commercial et privé ont tendances de se localiser dans les milieux urbains bien que ce ne soit pas à l'exclusion totale de plus démunis et les régions les plus rurales dans la plupart des pays. Les enquêtes du ménage montrent que la population consacre la moitié ou plus de leur frais sur la santé pour payer les services fournis à titre privé. Les fournisseurs à caractère commercial ont tendance à chercher à se faire une place dans les zones les moins servies et parfois ça peut servir aux pauvres. En outre les fournisseurs commerciaux font la concurrence avec les fournisseurs publics



© 2007 Irina Popova, Courtesy of Photoshare

dans les endroits où la satisfaction de la clientèle de l'utilisation des équipements publics est faible. Un peu « d'inégalité » dans le déploiement des RHS est inévitable suite à la nécessité du système de santé d'offrir des soins de santé de base et primaire et en plus un système de référence plus spécialisé. Dans l'idéal, les centres de santé qui offrent des soins de santé de base et primaire et les cadres des RHS qui fournissent ces services sont géographiquement et équitablement distribués. Cependant les centres de santé de référence et les hôpitaux universitaires se trouvent dans les centres à forte population et par conséquent, une concentration des RHS. Ainsi, un déploiement « tout à fait égal » des RHS ou le rapport de la population au nombre des RHS dans un rayon donné est égal partout dans un pays ne sera pas probablement réalisé bien qu'un déploiement plus équitable que le statut quo dans beaucoup de pays surtout quand ils s'agissent des centres de santé de base et primaire et de leurs cadres des RHS, soit extrêmement souhaitable.

Les travaux accomplis à ce jour

Les travaux en ce qui concerne l'équité de déploiement identifient les disparités liées à la disponibilité et aux prix abordables des services de santé aux zones géographiques où existe un niveau élevé de pauvreté ainsi qu'aux groupes marginalisés (les femmes, les enfants etc. ...). Les salaires dont les cadres des RHS en milieu urbain réclament pour servir dans le milieu rural (appelés salaire de réservation pour les services ruraux) ainsi qu'au niveau des mesures d'incitations nécessaires pour motiver les services ruraux ne sont pas claires.

Un certain nombre de stratégies s'agissant du recrutement rural ont été proposées et dans certain cas, elles ont été mises à l'épreuve mais les renseignements sont rares et Wibulpolpraset et Pengpaibon (2003) présentent des stratégies utilisées en Thaïlande dans le but d'arrêter la fuite des cerveaux et maintenir les cadres des RHS dans la fonction publique. Les auteurs identifient quatre types de distributions inéquitables : géographique, combinaison des compétences (médecins et infirmières), le genre et la sur-spécialisation. Ils concluent qu'il est possible d'avoir un effet positif sur l'équité par le biais de : (1) les investissements ciblés dans les installations rurales de ; (2) recrutements regroupés des zones rurales avec une obligation de plusieurs années de service comme préalable d'accès à l'éducation subventionnée ; (3) réforme du programme d'enseignement avec l'accent sur la santé primaire rurale ; et (4) les primes de privations pour servir dans les zones rurales. Ses conclusions ont été rappelées dans le rapport de l'OMS qui identifie le recrutement des étudiants d'origine rurale, service obligatoire à la fin des études et l'allocation des mesures d'incitation monétaire comme la politique d'option la plus efficace en ce qui concerne le service dans les zones rurales. (WHO 2006). Pourtant les estimations des coûts de ses interventions ne sont disponibles. Par exemple le niveau de « prime de privation » n'est pas clair. Comme souligné ci-dessus Jac et al (2008) affirment qu'en Éthiopie le salaire équivalent de « logement supérieur constitue le plus grand facteur de motivation aux médecins et aux infirmiers de servir dans les zones rurales. En Inde, la taille de la prime accordée aux cadres des RHS est basée non sur le salaire équivalent des certaines conditions (par exemple le logement ou la disponibilité d'établissements scolaires), mais sur la distance entre les lieux d'affectation et les grands centres urbains. Il semble clair que quelque compensation concernant la privation au service dans les zones rurales est nécessaire. Cependant, la littérature ne fournit pas de formule claire afin d'estimer le salaire de réservation en milieu rural.

D'autres stratégies telle que le service rural obligatoire ont réussi dans la mesure où ils ont assuré l'accès rural aux soins de santé mais avec des effets mitigés dans l'ensemble du maintien des RHS. Burcay Erus et al ont étudié les niveaux des RHS disponibles dans les zones rurales en Turquie entre 1981 et 1995 au moment où l'obligation de service dans les zones rurales était nécessaire et en l'an 2000, cinq ans après l'obligation de service rural a été levée. Il a constaté que l'obligation a amené les zones rurales à atteindre de niveaux supérieurs des RHS. Pourtant, de Laat et al.(2008) et Jack et al. (2008) ont analysé les données d'enquête de l'Ethiopie et constatent que les approches non volontaires au déploiement (les loteries, l'exigence de service obligatoire etc.) augmentent l'usure générale au sein du personnel compétent. De Laat constate que les cadres des RHS qui ont servi dans les zones rurales sont plus susceptibles de recevoir un salaire plus haut dans l'avenir et de poursuivre l'éducation permanente. Ainsi, de Laat suggère qu'une meilleure mesure d'incitation destinée au recrutement rural serait de commercialiser les avantages de majoration de carrière de service rural aux travailleurs potentiels.

Les stratégies visant au recrutement des femmes cadres des RHS au service rural doivent être adaptées à leurs besoins spécifiques. La fourniture d'un niveau adéquat de la sécurité des femmes est cruciale afin d'assurer leurs services dans le milieu rural. Brown et Reichenbach (2004) montrent que chez les femmes les demandes de transport et l'accès aux toilettes sont plus élevés ainsi que le respect des responsables hiérarchiques.

Le gouvernement joue un rôle important dans la mise en œuvre des stratégies visant à éliminer l'équité. L'expérience à ce jour montre qu'il y a tendance chez les cadres des RHS employés à titre privé à graviter vers les centres urbains et la population capable de payer. Donc, le gouvernement sera obligé de s'impliquer dans des programmes « de filet de sécurité », des programmes de santé rurale et des programmes des mesures d'incitation en faveur de la population défavorisée. Deux exemples visant à atteindre l'équité dans le déploiement sont illustrés dans les études de cas dans la figure ci-dessous. Dans les deux cas, les fournisseurs étaient sous contrat et ils ont été récompensés suite à leur réussite à livrer des services à la population rurale (c'est-à-dire que les fournisseurs tenus par contrat étaient innovateurs et ont réussi à trouver les moyens d'affecter plus des RHS dans les zones rurales.

ETUDE DES CAS : AFGHANISTAN, CAMBODGE

L'utilisation des contrats afin d'attirer les travailleurs de la santé vers les régions marginalisées

En Afghanistan, les fournisseurs contractants ont offert un certain nombre d'avantages aux femmes qui travaillent dans le secteur de la santé pour les encourager à se muter vers les zones rurales lointaines. En plus d'une augmentation des salaires, le paquet comprend l'emploi d'un parent homme (ceci est très important dans le contexte culturel), le logement près du centre de santé et un petit groupe électrogène pour assurer l'électricité et le divertissement (par exemple un joueur DVD). Les résultats sont impressionnants. Avant la mise en place des contrats, il n'y avait que 24 pour cent des centres de santé qui comptait au moins une femme formée parmi les travailleurs de la santé. Deux ans après l'exécution des contrats, 86 pour cent des centres de santé avait du personnel formé féminin.

Au Cambodge, un fournisseur contractant dans un district a pu réussir à augmenter d'une façon dramatique les chiffres des médecins sur place à travers le paiement des salaires beaucoup plus élevés que le taux gouvernemental (mais toujours seulement 250 dollars par mois). La combinaison des salaires plus élevés avec un certain avantage comme une motocyclette et une prime à base des performances a permis l'organisation non gouvernementale d'attirer cinq médecins à travailler dans le district où on n'avait jamais constaté la présence d'un seul médecin.

Source : Loevinsohn et Harding (2005)

Il y a une mesure d'incitation aux cadres des RHS dans le milieu rural de fournir un soin de santé insuffisant qui implique qu'une fois les nouveaux systèmes des mesures d'incitation sont créés, le niveau actuel des RHS pourrait devenir adéquat. Hammer et Jack (2001) utilisent l'agent principal contre le cadre économique institutionnel afin d'expliquer les résultats médiocres de la santé public dans le milieu rural. Leur analyse montre que à cause de leur éloignement, les travailleurs publics de la santé affectés aux zones rurales sont susceptibles de fournir des soins de santé insuffisants puisqu'il est extrêmement coûteux pour le ministère de la santé de les suivre dans le but d'améliorer leur performance. Une étude de la Banque Mondiale menée par Oscar Picazo a la tendance de confirmer la thèse avancée par Hammer et Jack à travers leur découverte que les cliniques de secteur public dans 21 districts en Zambie ont fourni d'une manière systématique des soins de santé insuffisants. Le niveau d'absentéisme et les retards observés à satisfaire les besoins des patients sont l'équivalent du personnel en plein temps de dix cliniques rurales. Cette conclusion implique que dans certaines zones rurales, le problème qui se pose n'est pas l'augmentation de la réserve des travailleurs de la santé mais plutôt de s'assurer que la motivation adéquate existe chez les travailleurs sur place. En Thaïlande, le gouvernement a essayé d'aborder cette question à travers l'allocation des indemnités aux médecins dans le secteur public qui ne détiennent pas de cliniques privées. Le Gouvernement Thaïlandais a aussi offert de l'éducation subventionnée en échange de trois ans de service public obligatoire (la caution).

Enfin, le moyen le plus rentable de s'assurer de la mise en place de l'équité de déploiement pourrait être l'effet de levier des préférences des RHS. L'Pieter Serneels (2008) a conclu que les données de l'Ethiopie que la clé pour surmonter la disparité rurale et de prendre en compte que les travailleurs individuels de la santé ont des préférences différentes. Ainsi les approches au maintien des cadres dans les zones rurales pourraient exercer une influence et capitaliser sur les préférences individuelles en fournissant des primes selon ces préférences. La recherche de Serneels montre certains individus pourraient travailler dans les zones rurales pour un salaire allant jusqu'à 80 pour cent plus bas que d'autres. Par conséquent il souligne que les décideurs politiques doivent mettre l'accent sur les recrutements des individus qui reçoivent la plus grande utilité du service rural. Serneels examine des sources alternatives de motivation des cadres des HRH en Ethiopie de se muter aux zones rurales et indique que les facteurs principaux de justification ne sont pas les salaires mais plutôt le souhait du travailleur de la santé : (1) être capable d'aider les pauvres ;(2) s'instruire sur les questions médicales et (3) avoir l'accès à l'éducation pour les enfants.

Programme d'action supplémentaire

Les travaux au niveau du pays

- *Recruter des RHS de formation professionnelle préalable qui sont susceptibles de travailler dans les zones marginalisées.* Identifiez des étudiants utilisant les critères suivants en plus de la qualification académique : (1) ceux qui possèdent une attitude positive vers le milieu rural et (2) ceux qui sont de provenance rurale. Une fois formés, les nouveaux cadres des RHS seront susceptibles d'accepter et rester dans les affectations rurales.
- *Examiner les alternatives et puis fournir des mesures d'incitation financières et non financières aux cadres des RHS affectés aux zones de privation telles que les primes financières, l'allocation des logements, accès à l'éducation des enfants, la fourniture de l'eau et de l'électricité, la sécurité pour les femmes cadres des RHS.* Une partie du processus serait à demander aux cadres des RHS (encore une fois à travers les études ou les groupes ciblés) ce qui considère comme les mesures d'incitations les plus importantes. Une autre partie du processus sera d'étudier les mesures d'incitations que les fournisseurs privés surtout les ONG à confession religieuses peuvent offrir aux cadres des RHS résidents dans les postes de privation. Enfin il sera crucial de suivre de près et d'évaluer les coûts et le niveau de la réussite de ses mesures d'incitations dans la réalisation d'un plus grand maintien des cadres.

Les Travaux à l'échelle mondiale

- *Recueillir plus de preuves au niveau des pays sur les approches efficaces au déploiement équitable y compris les variations selon le genre des RHS enfin de réduire au minimum l'usure des RHS affectés aux zones indésirables.* Une combinaison des mesures financières, les besoins des cadres des RHS, le recrutement local, l'offre des mesures d'incitation non financières les installations et les efforts qui prennent en compte les soucis des RHS basés sur le sexe paraissent comme les moyens réalistes d'atteindre une plus grande équité du déploiement. En plus on doit

mettre les combinaisons à l'épreuve s'agissant de différentes catégories des RHS et les estimations des coups pour la prise des options judicieuses en ce qui concerne les travaux à faire et les coûts.

- *Etudier l'expérience de programme réussi, tant dans le pays en voie de développement et les pays développés et évaluer la validité d'application à d'autres contextes.* Un tel exemple pourrait être l'analyse du corps de Service de la santé national Américain (NHSC). Ce programme, même coûteux par les normes du sud, est un exemple d'investissement dans l'éducation en échange du service clinique par le professionnel entraîné. Dans le modèle de NHSC, il y'a des subventions rattachées au site de pratique aussi bien que la formation supplémentaire pour les membres du corps enfin que les médecins faisant parti du corps de NHSC peuvent travailler et résider les zones dans lesquelles le marché ne les soutiendrait pas normalement. Les principes de programmes sont importants et ont pourraient les adaptés à plusieurs contextes différents.

CHAPITRE 5 :

Les coûts et l'efficacité des méthodes visant accroître l'efficacité des RHS et la réduction des nombres requis pour les mettre à l'échelle.

5

Historique

Question clé

Quelles sont les mesures d'efficacité opérationnelles ? Quels sont les coûts ? Quels sont les bénéfices qui sont possible à réaliser et leur implication sur le besoin des services des RHS ?

Description et Définition

Les estimations sur le besoin des services des cadres esRHS implicitement font des hypothèses de la productivité des RHS. Les hypothèses s'agissent du nombre de personnes qui peuvent être servies d'une manière efficace par chaque type des RHS. Au cas où la productivité supposée est plus élevée que la productivité réelle, alors il fallait plus des RHS pour atteindre les mêmes effets sanitaires. Au cas où la productivité supposée est plus basse la productivité réelle, donc les effets sanitaires pourraient se réaliser avec moins des RHS. Clairement, il est dans l'intérêt de systèmes de santé de tirer le maximum de la productivité des RHS.

Dans un but de récolter un bénéfice net dans le financement de la santé, les efforts visant à accroître la productivité doivent produire plus de valeurs que les coûts des programmes. Quand la productivité augmente, les bénéfices financiers des systèmes de santé se présentent en forme du besoin d'employer et de former moins des RHS afin d'atteindre une cible déterminée pour la fourniture de service.

Deux méthodes d'augmenter la productivité sont les améliorations dans la gestion et les mécanismes qui obligent les travailleurs à rendre compte de leur performance. Les systèmes de santé de plusieurs gouvernements accordent peu d'attention à la gestion des RHS. Par conséquent, la motivation et le moral sont parfois très basses au détriment de la productivité. De même, la responsabilité en ce qui concerne la performance au sein du gouvernement est faible. Les règles de la fonction publique portent limite sur la capacité d'offrir des mesures d'incitation concernant le bon travail ou prendre de sanction face à la mauvaise performance ou à l'abus de ressources commis par les fonctionnaires. Très peu de mécanismes existent sur la responsabilité des RHS publics devant les autorités concernant la quantité et la qualité de leurs prestations ou de leurs heures de travail officielles consacrées à des activités privées ou à la fourniture des médicaments et des services à fin privée. Le secteur de la santé a vécu un nombre croissant d'expérience en matière de l'utilisation des approches basées sur la performance concernant le financement de la santé dans le début du 21ème siècle. Ces efforts ont mis l'accent sur l'accroissement de nombre de services disponibles ainsi que le maintien ou l'amélioration de la qualité de soins mais peu d'attention a été accordée aux effets spécifiques sur les projets à base de performance vis-à-vis la demande des RHS.



© WHO

Les travaux accomplis à ce jour

Une plus grande responsabilité est considérée comme l'un des approches vers l'amélioration de l'efficacité des soins de santé. Le Rapport du Développement Humain (RDH), La mise en marche des Services destinés aux Pauvres (Banque Mondiale 2004), dresse un cadre élargi en ce qui concerne les efforts à la productivité des services et à leur efficacité en général(sans une référence spécifique au secteur de la santé). Le RDH souligne les causes qui ont mené à l'échec institutionnel de plusieurs services de santé et observe que dans plusieurs pays en voie de développement les bureaucraties dans le secteur public servent souvent de canaux pour la distribution de clientélisme autant que pour la prestation des services réels. Ainsi, le RDH recommande que les programmes mettent en place des mécanismes de responsabilité entre le secteur public, les décideurs politiques et les fournisseurs de services de première ligne.

Le rapport du RDH observe la difficulté face au suivi de la performance des cadres des RHS mais suggère des possibilités d'améliorer la responsabilité à travers des réformes judicieusement planifiées y compris la décentralisation, l'attribution de contrats, « le règlement de services de performance », la fourniture de bons pour les consommateurs de soins de santé, les mesures tendant à accroître « la propriété » des consommateurs, les services à fabrication communautaire et d'autres réformes. Le Kazakhstan a mis en place l'une de ces réformes avec succès visant à atteindre l'excellence des soins primaires. La réforme a contribué à l'accroissement de la responsabilité à travers la mise en œuvre des systèmes d'information de gestion plus perfectionnés et mettre le Ministère de la Santé en position de pouvoir fournir du feedback aux pratiques de groupe de famille ainsi que la mise en place d'un système compétitif de recrutement et de licenciement du personnel. Le Zimbabwe a essayé de mettre en place une telle réforme dans le but de renforcer la responsabilité mais sans succès. Le Plan Zimbabwéen visait à mettre en œuvre des systèmes de récompense à base de la performance mais les travailleurs ont résisté en affirmant que « le système de clientélisme qui a fait son entrée dans le système des soins de santé » fera opposition à l'établissement d'un processus équitable de l'évaluation de la performance. Cela signifie que l'efficacité des systèmes à base de performance serait tributaire aux problèmes plus larges au sein des pays (l'Abécédaire de PHR, le vol.

Bien qu'il soit crucial d'améliorer les rapports de responsabilité, les productions telles que la performance des travailleurs de la santé sont subjectives et difficiles à suivre de près et doivent dépendre d'une large mesure à l'inculcation des normes de conduite chez les fournisseurs de service. Cela est la position mise en exergue par le rapport de L'OMS de 2006 dans ces discussions concernant l'efficacité et en proposant les fournisseurs soient accordé des descriptions du travail claires ainsi que les codes de conduite, les tâches correspondantes aux compétences, une supervision de soutien et les méthodes de paiement « raisonnables » (par exemple la majoration des salaires, le détachement des RHS de la fonction public et de ses barèmes des salaires³⁹ le paiement en contrepartie de la bonne performance et les paiements d'épreuve pour les affectations dans les zones rurales).⁴⁰ Le rapport fait mention de la nécessité d'établir de meilleures

39 « Le détachement » des RHS de la fonction public est défini comme l'élimination de statut d'agent de la fonction public des RHS. La mise en application de cet statut peut se faire d'une manière prospective et permettra aux personnes déjà recrutées dans des postes des cadres des RHS avec statut d'agent de la fonction public à conserver leurs statuts et à la fois recruter de nouveaux cadres des RHS sans statut de fonctionnaire.

40 Il faut noter la mise en application de ses genres de politiques concernant les cadres des RHS nécessitera un renforcement substantiel de la gestion des ressources humaines (voir chapitre ci-dessous).

statistiques sur la performance, l'amélioration des infrastructures et des fournitures, la mise en place de l'éducation permanente y compris l'enseignement à distance, une gestion focalisée et le rendement des comptes. Dieleman et Hammeijer (2006) reprennent les conclusions de la Banque Mondiale et le rapport de l'OMS en évoquant le moral et les conditions de travail en soulignant aussi que les meilleures réformes de politique renforcent les systèmes de responsabilité à travers la décentralisation, la participation populaire et les changements dans les systèmes de paiement. Ils soulignent aussi qu'il y ait un manque de preuves sur les déterminants des réformes réussies.

Une autre approche possible pour l'amélioration de l'efficacité des RHS est la gestion à base de performance. La gestion à base de performance ou « le paiement pour la bonne performance » est une approche prometteuse pour l'amélioration de l'efficacité. Les divers approches visant à établir une gestion à base de performance ont été mises en place et évaluées : la compétition dans l'octroi des contrats pour les services aux organisations non gouvernementales (ONG) et d'autres fournisseurs de service sur la base de la performance, la rémunération des fournisseurs de satisfaire les cibles de santé et la fourniture aux patients les transferts d'argent, les aliments etc pour le maintien d'un programme de soin préventif. Les études (tant contrôlé qu'« avant qu'après l'analyse ») par Loevinsohn et Harding (2005), Eichler et al (2006), Eichler (2007) et Beith et al (2007) montrent que les approches à base de performance ont eu des effets positifs sur les productions, la qualité des services et les résultats. Seulement une étude contrôlée et menée dans quatre districts en Ouganda (LundBerg et al 2007) a eu des résultats mitigés. Pourtant cette analyse n'a pas focalisé sur les effets spécifiques des RHS. Par exemple, les paiements à base contractuelle offrent des paiements aux fournisseurs contractuels de service pour la satisfaction des critères spécifiques et d'habitude rattachés au volume des services, la qualité et la livraison de ces services aux populations ciblées. Dans ces circonstances, le contractuel choisit les mélanges de contributions à utiliser y compris les cadres des RHS et les mesures d'incitation aux employés pour la production des services de santé ciblés selon les critères de performance. Cela pourrait amener les fournisseurs de service à employer plus des RHS en vue d'atteindre les critères ou d'employer moins des RHS si les fournisseurs contractuels de service peuvent trouver les moyens de faire augmenter la productivité (par exemple l'amélioration des réserves des médicaments, l'accroissement des activités destinées au grand public ou l'amélioration de la réception des patients et ainsi assurer une plus grande utilisation des services lorsque les cadres des RHS sont sous-employés). Un exemple du contrat à base de performance au Cambodge est décrit dans l'étude de cas sur la page suivante.

Le transfert des compétences et d'une large mesure assure que « les gens avec les compétences pertinentes sont déployés pour accomplir les tâches appropriées » est une autre approche qui a été examinée comme source de l'amélioration de l'efficacité. L'Organisation Pan Américaine de la Santé (PAHO) a mis un accent particulier sur les cadres des RHS en proposant « une combinaison appropriées de compétences » une composante de son programme de santé primaire (PAHO 2007a)⁴¹. Le transfert des compétences mondial et les lignes directrices de l'OMS (OMS 2008a) affirme que le transfert des compétences ne doit pas être considéré comme « une stratégie de réduction de coût » car alors que cela pourrait réduire le coût unitaire de prestation des services, sa

41 PAHO a identifié les principaux éléments de facilités et les principales barrières afin d'atteindre des soins de santé primaires efficaces y compris une analyse particulière sur les ressources humaines de la santé.

mise en œuvre réussie pourrait conduire à l'augmentation dans l'ensemble des prestations et donc se refléter dans les dépenses totales. Il existe deux types d'incidences financières du transfert des compétences (1) des coûts associés à la mise en œuvre des stratégies de transfert des compétences (l'investissement initial et les coûts d'exploitation en cours) et (2) les coûts à long terme associés à l'amélioration des soins de santé. La première catégorie de coût comprend les investissements dans la formation des RHS, l'assurance de qualité, infrastructures physiques supplémentaires (dans certains cas), et les frais en cours concernant les mesures d'incitation financière et non financière visant au maintien des cadres. Une équipe composée de plusieurs institutions⁴² a mené une analyse⁴³ sur six pays avec l'objectif d'établir une étiquette pour l'approche de transfert des compétences et un outil de calcul de coûts qui pourraient aider les pays dans leur planification. Un modèle de haut niveau a été développé mais les données de coûts ne sont pas encore disponibles. La deuxième catégorie de coûts est liée à la demande accrue des services à long terme qui est prévue. L'OMS affirme que si les efforts tendant au transfert des compétences réussissent et accès aux services est élargi, il y aura un accroissement du nombre total des utilisateurs des services de santé ainsi que l'augmentation de la demande d'autres services de santé et cela va faire monter les coûts dans l'ensemble. En plus du transfert des compétences, les pays pourraient aussi entreprendre « une re-transformation de l'emploi » qui a été définie comme la création d'emplois qui remplissent des rôles qui n'ont pas été menées par quelconque autre profession. Le Groupe de Travail sur le renforcement de l'Education et La Formation (TF-SET) a constaté des preuves parmi les pays à faible niveau de revenu ainsi que les pays à revenu intermédiaire que la re-transformation d'emploi peuvent contribuer d'une manière significative à l'accroissement massive de la population active comme en témoignent les expériences au Brésil, en Iran et au Pakistan.

Un certain nombre d'exemples où l'utilisation a été faite de l'équipement médical, de l'information et de la technologie démontrent des résultats prometteurs dans l'amélioration de l'efficacité dans l'ensemble. Certaines innovations dans ce domaine comprennent Drishtee, qui commence à fournir des services médicaux de diagnostics en kiosque Internet dans les zones rurales en Inde. Ces kiosques de santé sont appelés Drishtee Services de Santé (DHF) et ils offrent des consultations médicales, plusieurs types de diagnostics médicaux, des médicaments sans ordonnance (OTC) et des produits d'hygiène. Les kiosques sont gérés par des entrepreneurs du village en partenariat avec les centres des soins de santé au niveau du district. Une autre initiative novatrice a été développée par DataDyne. DataDyne a conçu un outil qui permet la collecte d'une grande quantité d'information sur la santé et détenue dans des petits postes d'appareil portatif. Le projet pilote de DataDyne a réussi au Burkina Faso et en Zambie pour la collecte des données de suivi et d'évaluation.

42 Partenaires de la santé, Ecole de médecin, l' Université de Havard, l' Institut de médecines tropicales, Belgique, l' Université de Makerere, Ouganda et l' Université Cheikh Anta Diop Sénégal.

43 L'équipe a recueilli des données transversales sur les approches existant en ce qui concerne le transfert des compétences au sein des différents cadres du personnel de la santé et les usagers de service à travers l'observation des rencontres du client fournisseur ont été réalisés avec liste de contrôle d'observation.

ETUDE DE CAS : LE CAMBODGE

L'amélioration de la prestation des services à travers des contrats à base de performance

Le Défi

Après la chute du régime Khmer Rouge du pouvoir au Cambodge perpétrée par les Vietnamiens en 1979, il n'y avait que 50 médecins qui sont restés au pays. Au cours de quatre ans du gouvernement Khmer, vingt pour cent de la population cambodgienne avait péri. Le régime successif avait interdit toute pratique de médecin à titre privé et les centres de santé ont été très peu et mal équipés. Suite aux élections organisées sur le guide des Nations Unies et l'adoption d'une économie de marché en 1993, la pratique privée de médecin a connu une période de forte expansion. Mais une étude menée en 1997 a révélé que la couverture des mesures de santé préventives a été faible même selon les normes des pays en développement. Par exemple, seul un tiers des enfants de moins de deux ans ont reçu une vaccination complète. Seulement quatre pour cent des patients dans le besoin des soins curatifs se sont présentés aux centres de santé publics. De nombreux prestataires formés et oeuvrant dans le secteur public menaient des pratiques privées très lucratives sur le côté. Le taux d'absentéisme dans les centres publics était très élevé et les patients étaient souvent demandés de se présenter dans les cliniques privées où ils étaient tenus à payer pour les services offerts par les cadres de la santé publique qui maintenant travaillaient à titre privé.

Les possibilités

En 1999, Le Cambodge a fait l'expérience d'une nouvelle approche. La gestion des services de santé publique a été sous traité à des organisations privées à but non lucratif dans certains districts. Les dépenses publiques ont été augmentées dans ces districts afin de payer pour les offres réussies. Les contractuels étaient en charge des services au niveau des hôpitaux du district, les dispensaires de sous district et les postes de santé lointains. L'évaluation de la performance a été déterminée contre huit indicateurs de livraison de service relatifs essentiellement à la santé maternelle et d'enfant. Une performance insuffisante entraînait des sanctions et va diminuer les possibilités du renouvellement de contrat. La période du contrat a duré tout au long de 2003 et une couverture de population d'environ 1.26m.

Le Résultat

Les districts qui ont été retenus dans le cadre contractuel ont été sélectionnés au hasard à partir d'un grand ensemble de districts, ce qui permet d'évaluer le projet de façon rigoureuse. Les données de l'enquête illustrent que le projet de sous traitant a produit des améliorations énormes dans la prestation de soins de santé notamment dans la performance des RHS. Par exemple, la présence du personnel était à 61 pour cent lors d'une visite surprise au centre de santé de sous traitant et ces centres sont mieux approvisionnés en fourniture et en équipements. La forte possibilité existait dans 68 pour cent de ces centres de santé sous traitant d'avoir un service de 24 heures par jour. L'amélioration de la performance des RHS a été démontrée du fait que les patients faisaient beaucoup plus de consultations aux fournisseurs de soins qualifiés tels que les médecins et les infirmiers dans les établissements publics et moins de visites aux vendeurs de médicaments non qualifiés et aux guérisseurs traditionnels.

Source: Kremer (2005)

Enfin, l'amélioration de la qualité des services et de la réduction des coûts du gaspillage et du re-travail font partie des domaines cités mais où très peu d'étude a été entreprise visant l'amélioration de coûts des RHS. Un exemple d'un programme, axé sur la réduction du gaspillage, a été mis en œuvre par une organisation basée au Mozambique dénommée VillageReach. VillageReach focalise sur l'élimination du gaspillage dans le système de santé notamment le long de la chaîne d'approvisionnement. Sur la base des données recueillies de chaque clinique, VillageReach travaille avec les ministères de la santé dans le but de se procurer des quantités appropriées en matière des fournitures médicales en vue de prévenir les pénuries et le sur stockage. Les approvisionnements sont alors transportés vers l'entrepôt régional du ministère de la santé où existe l'espace nécessaire pour le stockage et la réfrigération peut garder les approvisionnements saufs et en bon état. Le programme couvre actuellement 87 centres de santé et dessert plus de 1.5m de personnes.

L'ordre du jour des travaux supplémentaires

Au niveau du pays

- Examiner les méthodes alternatives d'améliorer la responsabilité des RHS, ensuite choisir et appliquer les méthodes qui semblent les plus prometteuses compte tenu de la situation du pays. Ces méthodes pourraient impliquer la gestion à base de performance et le sou traitant, la décentralisation, une plus grande supervision de la part des citoyens et la mise en place des systèmes où le financement suit les patients. Le système de rendre compte devrait aussi examiner les mesures relatives à la discipline et à la sanction suite à une mauvaise performance.
- Assurer que les cadres des RHS sont équipés du soutien nécessaire et des outils pour bien faire leur travail. Cela pourrait inclure l'établissement du soutien à la supervision et d'assurer que la contribution des cadres en dehors des RHS sont disponible tels que les médicaments et les réserves consommables ainsi que les équipements de travail.
- Faire participer les syndicats et les organisations professionnelles des RHS (tels que les médecins, les infirmiers, ou les associations des sage-femmes) en qualité de partenaire dans le développement des mécanismes de responsabilité puisque le système de responsabilité unilatéralement mis en place sera probablement considéré comme « une imposition » et suscitera de l'opposition.
- Entreprendre une analyse des déplacement des tâches afin d'étudier si les compétences des RHS correspondaient bien aux tâches qu'ils sont confiées. Dans les cas où leur tâche démontrait la surqualification, déplacer les tâches (avec le recyclage au cas de besoin) aux cadres des RHS qui ne possèdent que la qualification requise. Cela pourrait impliquer une dépense d'avance destinée au recyclage mais faisant des économies sur le plus long terme dans les coûts d'emploi.

- *Tirer des leçons à partir des expériences de VillageReach de chercher et d'éliminer le gaspillage ainsi que l'inefficacité dans le déploiement des RHS dans la chaîne de réserves des apports de santé.* Cela pourrait signifier la sous-traitance de certaines activités telles que le transport des facteurs de production ou la fourniture des services comme les aliments et la blanchisserie aux hôpitaux.

Les travaux à l'échelle mondiale

- *La collecte et l'analyse des données sur la productivité des RHS suite à l'utilisation des approches à base de performance.* La littérature sur les approches à base de performance visant à l'amélioration des résultats de santé ne focalise pas sur les résultats de la productivité des RHS. Cependant, les approches à base de performance s'étendent et par sa suite leur implication face à la demande des RHS est de l'information cruciale.
- *Entreprendre l'analyse et établir une feuille de route concernant les moyens dont lesquels les plans de renforcer les cadres des RHS peuvent prendre en compte les efforts tendant à accroître la performance dans les pays où les efforts sont en cours pour accroître la productivité,* les cibles du renforcement des RHS doivent prendre en compte les coûts de ces efforts et les implications probables des gains de la productivité escomptée en ce qui concerne la demande des RHS soit à travers la demande pour plus des RHS (au cas où les organisations des fournisseurs pourraient tenter d'employer plus des RHS dans le but d'atteindre les cibles de la performance) ou moins des RHS (au cas ou les organisations des fournisseurs trouvent les moyens à faire de leurs cadres des RHS plus productifs et ainsi exigent moins de cadres des RHS).
- *Créer un réseau mondial des organisations nationales des RHS afin de faciliter les échanges parmi eux et améliorer l'efficacité dans l'ensemble.* Des efforts doivent concentrer sur l'utilisation efficace des informations disponibles et assurent que l'expérience des meilleures pratiques se partage entre les pays et les secteurs.

CHAPITRE 6 :

Les coûts du renforcement de la gestion des RHS

6

L'historique

La question clé

Quels sont les éléments clés qui sont nécessaires pour renforcer la gestion des RHS et combien coûtent-ils ?

Description et définition

La façon dont la gestion des ressources humaines est menée peut avoir une incidence sur l'efficacité des RHS. Par tradition, les ministères de la santé accordent très peu d'attention à la gestion des RHS et leur allouent à la fois très peu de ressources. Dans certains pays, les cadres des RHS ne sont pas gérés par les ministères de la santé mais plutôt par l'ensemble des ministères de la fonction publique. Par conséquent, même la gestion de base des fonctions des RHS en ce qui concerne la gestion des nombres de la main d'œuvre, les compétences et le déploiement est mal faite. Les meilleures pratiques focalisent sur « le développement des ressources humaines » plutôt que sur la gestion des ressources humaines qui tournent autour des politiques de la gestion du personnel de la fonction publique d'un pays (par exemple les systèmes de classification des postes, compensations et les avantages, le recrutement, les mutations, les promotions, la discipline ou l'instance prud'homale et les dossiers du personnel.

Le Projet du Renforcement de la Capacité⁴⁴ identifie les défis suivants de la gestion des RHS par les gouvernements dans les pays à faible niveau de revenu : (1) les données inexactes ou incomplètes de l'effectif actuel de la santé (2) les nombres insuffisants des travailleurs de la santé qualifiés ; (3) la disparité entre les compétences requises et disponibles parmi les travailleurs de la santé ; (4) les problèmes du maintien du personnel ; (5) Les procédures de recrutement, d'engager les employés et de déploiement sont lentes et inefficaces ; (6) le manque de politiques de soutien ; (7) la faiblesse de la planification et des systèmes de gestion ; et (8) L'utilisation inefficace des ressources financières et matérielles disponibles. Une réponse détaillée et coordonnée à ces défis est cruciale. Ainsi ; Buchan et Dal Poz dans un rapport de l'OMS en 2002 proposent une définition de la gestion des RHS qui comprend la gestion des ressources humaines et la gestion par les ressources humaines. Cette définition aligne la gestion des RHS avec les questions telles que la fourniture des services tant au niveau public que privé, la réforme de la fonctionnaire public, la gestion des logistiques, la gestion de performance, le maintien du personnel etc (van Lerberghe et al 2007).

L'attention récente accordée aux questions relatives aux cadres des RHS a amené beaucoup à concevoir des plans afin de développer leurs systèmes de gestion des leurs cadres des RHS, à partir de la base des nombres de la main d'œuvre, des compétences et du déploiement vers la plus large approche du développement des RHS. On s'attend à ce qu'à tous les articles qui sont impliqués dans ces plans produisent des avantages mais il y a aussi des coûts associés à ces articles.



© WHO

44 Plus d'informations sur le projet de renforcement des capacités sont disponibles au : <http://capacityproject.org/>

Les travaux accomplis à ce jour

La gestion efficace des RHS a été associée à une plus grande performance des RHS. Il y a un « corps grandissant » de preuves qui suggèrent que la bonne gestion des ressources humaines est liée à une meilleure performance des RHS⁴⁵ (Buchan 2004). L'OMS a identifié quelques approches efficaces pour la gestion des RHS que comprennent la disponibilité de direction de haut niveau, une administration noyau (la disponibilité des systèmes d'information), l'environnement et les relations institutionnels (conditions de travail, rotation de personnel et le taux de renouvellement) et la culture et le leadership organisationnels.

Dans l'ensemble, les coûts de gestion des RHS comprennent les coûts opérationnels et les frais d'investissements. Les composantes des coûts de gestion des RHS sont : (1) les coûts de salaires récurrents des RHS et du personnel au développement ; (2) les dépenses récurrentes pour la formation en gestion au sein du service ; (3) les dépenses récurrentes du maintien des systèmes d'information de gestion (SIG) ; (4) les dépenses récurrentes de recrutement et de l'engagement des employés des RHS et (5) l'investissement ponctuel du développement des systèmes d'information (SIG) ainsi que l'élaboration de description de postes, les barèmes de salaires et les manuels etc. Toutefois, il n'y a aucune démarche sur le calcul systématique des coûts s'agissant des propositions des efforts de la gestion des ressources humaines qui sont susceptibles de varier selon les pays, compte tenu de points de départ différents ainsi que leurs situations et leurs plans. Le projet de renforcement de capacité prévoit une définition de la gestion des ressources humaines et les éléments de base d'établir des systèmes efficaces pour la gestion des ressources humaines. (Adano, 2006). La PAHO dans son programme de santé aux Amériques pour 2008-2017, consacre « le renforcement de la gestion et le développement du personnel de la santé comme l'une de ces priorités (PAHO 2007b). Plus précisément, les partenaires techniques ont contribué aux différents aspects du développement des RHS : par exemple, les Partenaires de la Réforme de la Santé plus ont développé des descriptions de postes aux cadres des RHS en Jordanie et l'Union européenne aussi au Libéria et en Sierra Leone.⁴⁶

Plusieurs pays ont commencé à améliorer leurs systèmes d'information de gestion des RHS. Plusieurs programmes sont axés sur l'aide aux pays d'améliorer leur gestion des RHS. Le Projet financé par l'USAID à savoir les Partenaires de la Réforme plus a collaboré en Côte d'Ivoire et en Zambie afin de mener des évaluations sur les besoins des RHS de faire en sorte que les interventions soient fondées sur des informations spécifiques. Avec le concours du Projet de Renforcement de la Capacité, le Ministère namibien de la Santé et des Services Sociaux travaille sur le renforcement de son système électronique d'information des ressources humaines (SIRH) situé au bureau du Premier Ministre. Dans une prochaine étape, il est prévu que les SIRH soient élargis à d'autres ministères et finalement au niveau des districts. L'Ouganda a déjà bénéficié de la première série de résultats à partir de sa base de données SIRH. (Voir l'étude de cas sur la page suivante).

⁴⁵ Buchan définit la performance avec des mesures spécifiques du secteur de (i) l'activité clinique ou de la charge de travail (par exemple le personnel de la santé par rapport au lit occupé ou les mesures d'acuité des patients, (ii) le rendement (par exemple les chiffres des patients traités par les cadres des RHS ou moins fréquemment, (iii) Les résultats (par exemple le taux de mortalité ou le taux de complication post chirurgie.

⁴⁶ Communication personnelle

En outre, les systèmes d'information de gestion des RHS et les efforts focalisés sur la collecte des données des RHS ont été efficaces dans la collecte des informations pertinentes en matière de gestion des RHS ainsi que de l'ensemble du système de la santé. Par exemple, les activités d'une installation de collecte de données sur la santé au Yémen ont abouti à une meilleure compréhension de l'ensemble du système du pays (voir exemple à la page 50).

ETUDE DE CAS : L'UGANDA

L'utilisation d'un système d'information de gestion pour l'évaluation et l'amélioration des RHS

L'Ouganda souffrait d'un manque de données fiable sur son personnel de la santé. Toutes les données ont été recueillies dans les dossiers conservés au Ministère de la Santé. Les décisions concernant la formation préalable professionnelle et la formation continue ainsi que des décisions en général sur la gestion des RHS ont été prises sur la base des hypothèses. L'une de ces hypothèses s'agissait des estimations faites par le Conseil des Infirmiers sur les chiffres des infirmiers au pays. La source principale de ces données provenait de la mémoire institutionnelle.

Avec l'aide du Projet du Renforcement de la Capacité, le Conseil a réussi à développer un système central de données d'information appelé iHRIS. iHRIS comprenait le réseau local (LAN). Le LAN a été élargi au Ministère de la Santé, au Ministère de L'Education et aux Conseils de Santé de l'Union des médecins, des dentistes chirurgiens et des pharmaciens afin de permettre à ces organes de saisir des données dans un référentiel commun. Le projet du Renforcement de la Capacité a développé le iHRIS en collaboration avec les décideurs locaux et a fourni des services de formation sur la collecte des données et l'analyse pour assurer que la base de données soit durable et utilisable.

L'analyse des données a montré que le Conseil avait surestimé le chiffre disponible des infirmiers de plus de 20 pour cent. Cette information a contribué précieusement à la conception des plans nationaux.

Source : McQuide (2008)

ETUDE DE CAS : LE YEMEN

Les données disponibles sur les cadres des RHS contribuent au renforcement du système de santé

Le

Défi

Au début des années 2000, Le Yémen souffrait d'un manque des registres uniformes de statistiques ainsi que des systèmes de collecte de données. Les données n'étaient pas disponibles d'une large mesure et les quelques données qui existaient ont été utilisées aux fins de reportage. Ce système d'information de la santé (SIS) qui était faible et non fiable a empêché les décideurs d'arriver à des décisions basées sur les faits concernant les services de soin de santé. La plupart des parties prenantes au pays ont reconnu la nécessité de développer un système SIS qui facilite le processus de prise des décisions et contribue au renforcement de système de santé. Toutefois, les services de santé du pays ont été fournis d'une manière verticale et il n'y avait pas de mesures d'incitation aux fournisseurs des programmes verticaux à maintenir une base de données à travers tout le secteur.

La

solution

Le projet de système de santé 20/20 financé par l'USAID a lancé une étude pilote visant à recueillir des données exactes et utilisables afin de soutenir la prise des décisions basé sur des preuves et affectation des ressources au niveau local. Cette étude pilote comporte une enquête exhaustive de toutes les installations de santé tant au niveau public que privé dans les cinq provinces. Il a également cartographié toutes les installations de santé à travers l'utilisation du logiciel de Système d'Information Géographique. Puis, en collaboration avec l'Organisation Centrale des Statistiques, les responsables de la mise en application de projet pilote ont procédé à établir une liste normalisée de codage pour toutes les unités géographiques (colonies de peuplement, des districts, provinces). Ils ont relié toutes les données sur la population à celles relatives au système géographique d'information et de l'étude qualitative

Les

résultats

Suite à ce projet pilote, la géo cartographique SIS et les données d'enquête ont produit des données visuelles sur la concentration des installations de santé et les cadres des RHS. En outre, avec un clic en rapport pour être généré sur la distance de chaque unité géographique au centre de santé le plus proche ainsi que la densité des RHS par région, par installation de santé et l'utilisation de ces installations de santé etc... Les données des cinq provinces ont permis aux décideurs locaux de prendre des décisions éclairées sur l'emploi des RHS et la formation préalable professionnelle. La réussite de ce projet a encouragé le Ministère de la Santé Publique à l'élargissement au niveau national. Avec le financement de la banque mondiale, une étude sur les installations de santé et la cartographie SIS a été menée pour toutes les provinces. Le gouvernement et d'autres organisations des RHS utilisent ces données. Par exemple, les responsables de santé au niveau des districts utilisent les atlas SIS, les cartes, les spectateurs et les responsables d'analyse du secteur de la santé (une capacité d'analyse du SIS) pour la justification et l'affectation des RHS. De même, l'association des sages femmes utilise des atlas SIS afin d'établir la priorité en ce qui concerne le déploiement des infirmiers qui viennent d'être formés.

Source : Interview avec Susan Coleman, Chef du Parti, PRH du Yémen.

Programme d'action supplémentaire

Les travaux au niveau du pays

- *Budgétiser les dépenses et puis augmenter le niveau du personnel dans les départements relatifs aux cadres des RHS aux Ministères de la Santé et développer des systèmes d'informations de gestion des RHS.*
- *Obtenir des conseils sur les fonctions essentielles d'un système de gestion des RHS fort et procède à son mise en place.* Le projet de renforcement des capacités financées par l'USAID constitue une bonne source pour ces genres de conseils. <http://www.capacityproject.org> : un autre c'est le projet Courseware de l'Université de Western Cape Free. <http://freecourseware.uwc.ac.za/freecourseware/school-of-public-health/managing-human-resources-for-health/unit-1-session-1-key-components-of-human-resources>.
- *Impliquer les gestionnaires des RHS dans le processus de la prise des décisions stratégiques au sein du Ministère de la Santé y compris les analyses des incidences des RHS de toutes options stratégiques.* Par exemple, celle-ci comprend le renforcement de (1) les traitements anti-rétroviraux qui sont susceptible d'attirer les rares cadres des RHS qualifiés ou (2) les programmes de prévention de paludisme tels que la distribution des MI (Moustiquaires Imprégnées) et PD (pulvérisation à domicile) qui pourraient réduire la demande de soins curatifs.
- *Collaborer avec les écoles d'administration des entreprises et les prestataires privés des services de santé afin de développer des modules sur la gestion des RHS et les faire partie intégrante du programme d'enseignement de la gestion des ressources humaines, de sorte que le gouvernement et les prestataires privés des services de santé puissent embaucher des jeunes licenciés ayant une connaissance et les compétences nécessaires pour la gestion des RHS.*

Travaux à l'échelle mondiale

- *Elaborer des données axées sur des feuilles de route pour guider les Ministères de la Santé à établir des plans visant à renforcer les cadres des RHS qui s'inscrivent dans l'ensemble des stratégies de renforcement du système de santé.* Bien que les initiatives qui mettent l'accent sur une question spécifique ou maladie attirent l'attention à ce point d'intérêt, le renforcement tout seul des RHS auront des résultats inférieurs dans la mesure où ils n'étaient pas placés dans le contexte du renforcement de l'ensemble du système de santé. Ainsi, les plans pour le renforcement des RHS doivent s'assurer que la croissance escomptée dans les cadres des RHS corresponde au développement du secteur de la santé dans l'ensemble et ne progresse pas à un rythme qui n'est pas durable à long terme.

CHAPITRE 7 :

Les effets sur les coûts de la participation du secteur privé et public dans le renforcement des RHS.

7

L'historique

Question clé

Comment les cadres des RHS dans l'emploi privé⁴⁷ influent-ils la disponibilité et l'utilisation des services de santé ? Comment les politiques de financement de santé influencent-ils les nombres, la distribution et la performance des RHS employés à titre privé peuvent contribuer aux buts et aux objectifs nationaux ?

Description et définition

Dans une grande partie du monde en développement, le secteur privé fournit la source la plus importante en matière de médicaments et de soins médicaux, or les planificateurs au sein du Ministère de la Santé fréquemment ne tiennent pas compte ou prêtent peu d'attention aux services fournis à titre privé. On peut classer les acteurs du secteur privé comme suit : les compagnies à but lucratif, les organisations à but non lucratif, les entreprises sociales, les prestataires et les fournisseurs des médicaments, équipements et d'autres facteurs de production dans le service de la santé. Ces acteurs du secteur privé représentent plus de 50% de la prestation de soin de santé en Afrique Sub-Saharienne (Conway et al. 2007). Pour faire une estimation de la quote-part exacte des RHS oeuvrant dans le secteur privé est difficile à cause « des gens qui travaillent après leurs heures officielles de travail ».⁴⁸ No existen cálculos mundiales y los números varían según el país, de tan poco como 20% hasta llegar a 70%⁴⁹ des prestataires publiques qui exercent à la fois en privé. Bien que la pratique soit largement répandue, la distribution spécifique ainsi que la productivité et les chiffres des RHS qui participent dans cette pratique sont rarement connues. Les prestataires commerciaux et privés des services de santé en général sont concentrés dans les zones urbaines et les cadres des RHS sont eux aussi concentrés dans les zones urbaines. Dans de nombreux pays, les prestataires privés à but non lucratif cherchent à rendre service aux personnes marginalisées de sorte que les cadres des RHS pourraient se trouver principalement dans les zones rurales et les bidons villes urbains.

En plus de travailler en parallèle au gouvernement dans l'offre de service de santé, les prestataires privés sont des concurrents au gouvernement pour l'emploi des RHS. Les employeurs privés ont plus de souplesse par rapport au gouvernement en matière de salaires, des conditions de travail et des avantages à offrir aux cadres des RHS. Les cadres des RHS dans la fonction public ont souvent des avantages par rapport aux employés dans le privé sous la forme d'une plus grande sécurité d'emploi, l'offre de prestations de retraite et parfois l'accès aux équipements plus nombreux et de meilleure qualité. « Le cumul d'emploi » tente d'obtenir



© J. Mukherjee/GHWA

47 Le secteur privé ici est défini comme toutes les entités « non gouvernementales » y compris les ONG, les organisations à base de foi, les entreprises sociales et les sociétés privés.

48 Les gens qui travaillent en tant que cadres des RHS dans la fonction publique mais travaillent en parallèles dans le secteur privé avec leurs activités dans le secteur public.

49 Ces estimations comportent des approches différentes dans l'estimation des chiffres des RHS dans le secteur privé. Dans certain cas les cadres des RHS mentionnées ne travaillent que dans le secteur public tandis que dans d'autres cas, ils travaillent dans les deux secteurs.

les avantages de travailler tant dans le secteur public que dans le secteur privé. Quelques éléments de l'usure économique des RHS dans la fonction public se portent vers l'emploi privé à domicile. Les stratégies du maintien des cadres pourraient bénéficier de l'examen des paquets offerts par les employeurs privés afin d'arrêter l'usure vers ces employeurs et à la fois apprendre comment les employeurs privés cherchent à réduire leurs pertes d'usure face à l'émigration. Enfin, dans de nombreux pays, les gouvernements subventionnent (souvent par des sommes énormes) la formation professionnelle préalable pour les cadres des RHS. Certains diplômés sont embauchés en qualité purement des praticiens privés et n'offrent pas de services publics. Par conséquent, la planification concernant la formation professionnelle préalable doit prendre en compte du fait que certains diplômés auront du travail dans les deux secteurs.

Les travaux accomplis à ce jour

Il existe peu de données et de fiabilité limitée sur les nombres et les coûts des RHS employés à titre privé. Il y a peu de gouvernements à n'importe quel niveau qui disposent des données fiables sur les nombres des RHS embauchés dans le secteur privé sans parler des coûts de les embaucher. La plupart des données publiques disponibles sur les cadres des RHS (par exemple les données exposées sur le site de l'OMS) sont notifiées par les gouvernements en citant les sources du principal employeur des cadres de santé plutôt que par les cadres des sources de revenu. Beaucoup de cadres des RHS dont l'employeur principal est le gouvernement fassent des activités dans le secteur privé qui constitue un supplément d'emploi et par conséquent, ils ne font pas parties du secteur privé. De cette façon, les nombres des RHS employés dans le secteur privé est sous-estimés (voir plus en bas).

De nombreux praticiens du secteur privé travaillent sans inscription ou l'autorisation du gouvernement. Par exemple, un rapport sur le Bénin préparé par Le Projet des systèmes de Santé 20/20 (2008) financés par USAID montre que même si le pays dispose d'une procédure d'autorisation de la pratique médicale privée, de nombreux cadres des RHS exercent dans le secteur privé sans l'autorisation du Ministère de la Santé qui ignore l'existence de ces activités. Le Bénin est doté de (1) près de 1,500 médecins dont 571 sont inscrits sur la liste de l'Ordre des Médecins ; (2) 230 pharmaciens et tous sont membres de l'Ordre des Pharmaciens ; (3) plus de 3000 sages-femmes dont seulement 580 sont inscrits auprès du Conseil des Sages-femmes. Par conséquent, il y a un manque d'information de la part du Ministère de la Santé comme beaucoup d'autres en ce qui concerne la majorité des RHS y compris leurs postes d'affectation, leurs salaires et leurs employeurs. Des données supplémentaires concernant les facteurs qui portent une influence sur l'emploi, le déploiement et l'indemnisation des RHS employés à titre privé sont bien en dehors de la connaissance de base des ministères de la santé. Une analyse préparée par l'OMS sur la migration des RHS dans six pays constate que les cadres des RHS quittent souvent le secteur public en vue de d'obtenir des salaires plus élevés et de meilleures conditions de travail dans le secteur privé (Awassse et al 2004).

Pour aller de l'avant en faisant des calculs à l'avenir concernant le renforcement des RHS, les gouvernements seraient bien avisés de prendre en compte des RHS qui sont employés à titre privé. Les gouvernements mettent souvent l'accent

sur « le renforcement des RHS » juste en terme de l'augmentation du nombre des RHS dans la fonction public service sans accorder autant d'importance à la question aussi cruciale du nombre des RHS dans le secteur privé. Une meilleure compréhension des RHS qui exercent dans le privé secteur(y compris les cadres des RHS dans la fonction public qui travaillent dans le secteur privé en dehors de leur horaires officiels) serait une occasion aux ministères de la santé de saisir un aspect plus complet de la situation des RHS et l'accès aux soins. Une meilleure compréhension de la situation dans son ensemble des RHS et servira de point de départ à fournir aux ministères de la santé les éléments de l'identification des leviers à utiliser dans le but d'influencer et d'exploiter les cadres des RHS employés à titre privé. Comme indiqué ci-dessus, les plans du gouvernement à renforcer les cadres des RHS doit aussi tenir compte de nouveaux diplômés des RHS qui vont exercer dans le secteur privé (ou émigrer à d'autres pays) et sans faire l'hypothèse qu'ils vont tous entrer dans la fonction public.

L'ordre du jour des travaux supplémentaires

Les travaux au niveau du pays

- *Suivre les données sur l'emploi des RHS dans le secteur privé y compris les chiffres des RHS employés, la répartition géographique, la productivité, l'indemnisation, les services offerts et les populations desservies. Ces types de données pourraient contribuer à fournir un tableau complet de la situation globale des RHS et de permettre le suivi des tendances et de fournir des informations utiles dans la conception des initiatives politiques destinées à influencer l'orientation des activités privées.*
- *Utiliser des données sur l'emploi privé des RHS en ce concerne la prise des décisions en matière du renforcement de la formation professionnelle préalable (voir Chapitre 2 ci-dessus).*
- *Etudier et apprendre auprès des prestataires privés ce qu'ils font concernant : (1) le maintien des RHS face aux mesures d'incitation à émigrer et (2) l'affectation réussie des RHS aux zones géographiques de détresse.*
- Plus précisément envisager d'assister ou d'encourager au développement des initiatives privées dans les domaines suivants :
 - La formation professionnelle préalable des RHS (par exemple la création ou l'expansion des écoles privées des médecins, des infirmiers, des sages-femmes et d'autres écoles).
 - Le paiement à titre privé des frais de scolarité pour la formation professionnelle préalable (dotée d'un complément des programmes du gouvernement de prêts aux étudiants pour assurer l'accès à tous les étudiants qui remplissent les conditions requises).
 - La fourniture des services sous contrat à base de performances où le prestataire privé recrute, gère et assure les conditions de travail nécessaires qui conviennent aux cadres des RHS.

Les travaux à l'échelle mondiale

- *Constituer une base de données d'expériences qui prend en compte la participation du secteur privé à aborder les questions concernant les cadres des RHS. Cette base de données permettrait aux décideurs de pays d'apprendre et d'être encouragés à partir des expériences des autres dans ce domaine qui a connu relativement très peu de développement.*

Conclusions

L'analyse au niveau des pays est cruciale pour l'établissement des estimations précises pour le financement du renforcement des RHS. Alors que certains travaux ont été réalisés sur les coûts de renforcer l'emploi des RHS et de la formation préalable professionnelle au niveau d'ensemble, beaucoup reste à faire au niveau des pays et puis faire le total à partir du bas vers le haut. Ces travaux au niveau pays permettraient à réunir les conditions et les possibilités de chaque pays. Une analyse agrégée à ce jour montre qu'il y ait des types des PFR concernant le financement durable du renforcement des RHS. La première catégorie comprend qui auront besoin de l'aide extérieure dont le seul but d'atteindre le niveau souhaité dans le renforcement des RHS vers le milieu ou à la fin de la prochaine décennie et au moment auquel ils seraient en mesure de soutenir l'amélioration de la situation à travers l'utilisation de leurs ressources. Cette catégorie comprendra plus de pays s'ils bénéficient d'un ensemble de conditions favorables qui ont été identifiées comme critiques dans la littérature (voir ci-dessous). La deuxième catégories de pays (probablement la majorité), même dans des conditions favorables similaires, sont susceptibles d'avoir besoin de l'aide extérieure tant de réaliser que de soutenir l'emploi des RHS au cours de la même période. Il sera crucial de déterminer la répartition des pays par catégorie et les possibilités spécifiques de chaque pays de mobiliser des ressources domestiques et les besoins de chaque face à l'aide extérieure.

En outre, la connaissance mondiale de la gestion des activités au niveau des pays pourrait contribuer largement au financement du renforcement des RHS. En qualité de fournisseur mondial des biens publics, Alliance pourrait prendre l'initiative dans la mobilisation des ressources et coordonner les efforts des partenaires à aborder les questions concernant les travaux destinés au financement des RHS. L'Alliance peut conserver un inventaire mondial des travaux empiriques et des travaux entrepris sur le terrain s'agissant du financement des RHS.

L'analyse des agrégats des données met en évidence cinq conditions concernant le financement durable du renforcement des RHS. Les données recueillies à ce jour suggèrent que, moyennant l'utilisation de leurs propres ressources, certains pays à faible niveau de revenus seraient en mesure de financer d'une manière durable le renforcement de leurs cadres des RHS d'ici 2015 ou 2020 si toutes les conditions suivantes se matérialisent :

- Une croissance économique favorable
- Une volonté de la part du gouvernement d'accroître le quote-part de la santé dans le budget national
- Une amélioration des capacités du gouvernement de s'emparer d'un quote-part du revenu national
- Un engagement politique et la volonté de permettre des ajustements en ce qui concerne les affectations des crédits afin de fournir une part relativement plus importante aux dépenses des RHS.



© Mohammad Rakibul Hassan / WHO

- Les capacités institutionnelles à livrer les ressources là ou quand ils en ont besoin
- Une analyse minutieuse de la situation épidémiologique pour permettre le transfert des compétences au niveau plus bas et les moins coûteux des RHS.

Plusieurs approches concernant le financement de l'emploi des RHS ont vu le jour en tant que bonnes pratiques. Tous les pays à faible niveau de revenu, peu importe le niveau et l'ampleur de l'aide financière dont ils ont besoin pourraient bénéficier des interventions suivantes de tirer le maximum du renforcement des RHS et minimiser ses coûts :

- améliorer la gestion des RHS (augmenter le niveau du maintien et la productivité des RHS)
- trouver les moyens tendant à améliorer la productivité des RHS (pour diminuer la nécessité d'engager des cadres supplémentaires des RHS
- augmenter la rémunération et améliorer les conditions de travail afin de maintenir plus des RHS
- Collaborer avec, apprendre et servir du secteur privé en tant que force d'appui.

Bien qu'il y ait une certaine expérience avec les interventions ci-dessus, il serait utile d'avoir plus de preuves sur l'efficacité des méthodes. Cependant, les pays ne doivent pas hésiter à commencer à la mise en application des approches décrites ci-dessus et les partenaires extérieures doivent fournir de l'assistance financière et technique notamment pour assurer que des efforts fassent l'objet d'un suivi et d'une évaluation afin que plus de preuves peuvent être générés (voir encore une fois ce que les pays peuvent faire dès maintenant en faveur des étapes spécifiques à prendre immédiatement). En outre, tous les pays peuvent aborder la question de l'inégalité d'accès aux cadres existants des RHS pour les personnes défavorisées à travers des mesures financières et non financières au déploiement des RHS à des endroits relativement peu convoités ainsi que d'autres stratégies comme le recrutement ciblé. Encore une fois, la preuve de la façon de procéder avec la plus grande rentabilité n'est pas complète mais il y a assez d'approches prometteuses qui montrent aux pays les orientations qu'ils devraient prendre.

Le financement de la formation professionnelle préalable sera un défi majeur et la nécessité d'une collaboration inter ministérielle est liée à cette question. Les coûts de la formation professionnelle préalable pour atteindre le renforcement des RHS sont susceptibles d'être difficiles et au-delà de la capacité de la plupart des pays à faible niveau de revenu. Par conséquent, l'aide extérieure substantielle sera nécessaire. Le renforcement de la formation professionnelle préalable aussi devra faire face au défi institutionnel de collaboration entre le ministère de la santé et celui de l'éducation. Dans la plupart des pays, l'histoire d'une collaboration est mince et les dossiers de la collaboration trans-sectorielle et inter-ministérielle posent de problèmes. Les preuves montrent que la collaboration la plus fructueuse sera une interaction de trois acteurs c'est-à-dire le ministère des Finances, de la santé (ministère chargé de l'emploi) et de l'éducation (ministère chargé de la formation professionnelle préalable). Cela aussi constitue un défi à aborder dès que possible.

Enfin, les efforts seuls tendant à financer le renforcement des RHS ne seront efficaces que s'ils sont mis dans le cadre d'un axe de développement du secteur. Le financement du renforcement des RHS devra se poursuivre dans le contexte plus large des besoins en matière de développement du secteur de la santé. Ce serait une erreur de poursuivre les cibles du renforcement des RHS à part sans prendre en compte les coûts des compléments nécessaires y compris les installations, les équipements, les médicaments, les fournitures, le transport etc. Ainsi, la mobilisation des ressources pour le renforcement des RHS devrait être faite en tandem avec la mobilisation des ressources destinées au renforcement de l'ensemble du système de la santé.

LES ANNEXES

ANNEXE 1 : Les détails sur l'estimation des coûts

L'initiative commune d'apprentissage (ICA) (2004) évalue une pénurie de 4 millions des cadres des ressources humaines pour la santé (PS). Les estimations sont basées sur un seuil global de 2,5 du personnel de la santé (PS) et définies de manière restreinte à savoir les médecins, les infirmiers et les sages-femmes par 1000. Le rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (ROMS) (l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) 2006) évalue une pénurie de 2,4 millions du personnel de la santé dans 57 pays. Cela augmente l'estimation à 4,3 millions si le personnel de soutien est pris en compte. Ce calcul est basé sur l'hypothèse légèrement différente qui montre que 2,28RHS /1000 sera nécessaire pour atteindre les objectifs du Développement Millénaire.

Scheffler et al. (2007) constate que d'ici 2015, l'offre et la demande mondiale des médecins seront en équilibre mais il y aura de graves disparités régionales. L'Afrique sera confrontée à une pénurie basée sur les besoins d'environ 167,000 médecins. Cette approche diffère de celle de ICA et celle de ROMS (1) ne tenant compte que des médecins et (2) sur la demande économique c'est-à-dire les chiffres des médecins que le pays a employé dans le passé pour un niveau donné du développement économique.

La disparité régionale indique que toutes les estimations font état d'une concentration par la communauté sanitaire sur les agrégats plutôt que sur les estimations au niveau des pays. Quelques études ont été menées au niveau des pays pour la Tanzanie (Kurowski et al. 2007), pour l'Ethiopie (La Banque Mondiale), pour le Malawi (Le Département au Développement International du Royaume Uni) et pour la Zambie (USAID).

Dans le rapport de l'OMS, l'OMS fournit des estimations des coûts fixes et récurrents des salaires et la formation professionnelle préalable requise pour combler le déficit de 2, 4 millions du personnel de la santé souligné ci-dessus. Il estime de combler ce déficit sur l'horizon de 10 à 20 ans. Sur l'horizon de 10 ans et plus, l'OMS évalue le coût de la formation à 77,5 milliards de dollars au total ou 1,4 milliards de dollars par pays ou 136 millions de dollars par an au moyen par pays. Les coûts salariaux récurrents s'élèvent à 177, 3 milliards de dollars sur les 10 ans ou 17,7 milliards de dollars par an ou 311 millions de dollars par pays par an mais c'est probablement une faible estimation car elle suppose que les niveaux des salaires soient constants et il n'y aura pas de mesures d'incitation relatives au déploiement, au maintien des cadres et aux performances et autres mesures d'incitation. Sur une période de 20 ans, la formation coûterait 88 millions de dollars par pays et les salaires annuels s'élèvent à 400 millions de dollars par pays. Une ventilation séparée des montants du coût est disponible pour l'Afrique mais pas pour d'autres régions.



© Chi Keung Wong / WHO

L'ANNEXE 2 : Les preuves des RHS en tant que composante des systèmes de santé

Les cadres des RHS sont une composante importante des systèmes de santé. Le manuel de l'USAID sur l'évaluation de son système de santé (Islam 2007) comprend les cadres des RHS comme l'un de six éléments à évaluer lors de l'examen d'un système de santé en général. La mise en application de l'évaluation HSA en Angola (Connor et al 2005) et au Bénin (Adeya et al 2007) ont abouti à l'inscription des éléments de la gestion des RHS, de la formation professionnelle préalable et l'équité dans le déploiement entre les secteurs prioritaires de l'action dans l'ensemble des efforts de renforcer le système. Le rapport sur l'Angola souligne que l'efficacité des RHS a été compromise par la disponibilité insuffisante des médicaments, des fournitures et de l'équipement de base.

Il y a eu certaines propositions jugées de « bonnes pratiques » en ce qui concerne les dépenses aux cadres des RHS. Le rapport de l'OMS de 2006 suggère que 25 pour cent du total de l'assistance au développement du secteur de la santé soit allouée aux cadres des RHS. Le projet de rapport de l'Alliance Mondiale pour le Personnel de la Santé et le Groupe de Travail sur le Renforcement de l'Education et la Formation recommande que les fonds destinés à l'éducation sanitaire devrait être réservés à partir de programmes verticaux actuels de soutenir au moins 10 pour cent des budgets de la formation professionnelle préalable. Des approches spécifiques pour s'assurer que les dépenses des RHS soient intégrées dans les efforts de développement du système de santé ou des programmes ciblés sur des maladies spécifiques varient selon les pays et selon les programmes tels que décrit ci-dessous.

Les programmes verticaux ont été perçus comme une ponction sur les cadres des RHS qui travaillent dans les programmes qui ne sont pas financés par les donateurs. Les initiatives mondiales de santé portant sur des maladies spécifiques ont suscité des inquiétudes dans la mesure où ces initiatives obligent des RHS à abandonner d'autres espaces sanitaires. Par exemple, le projet des systèmes de santé 20 /20 financé par l'USAID montre que les études qui ont été menées dans plusieurs pays trouvent qu'il y ait « des signes indiquant que le personnel de la santé sont détournés des autres services de la santé vers le VIH/sida, du secteur public au secteur privé et des zones rurales vers les zones urbaines » suite aux activités soutenues par le FMSTM. D'autre part, l'examen des mêmes études trouve « des effets positifs sur la motivation du personnel de la santé....au fur et à mesure de l'amélioration de l'environnement du travail suite aux activités soutenues par le FMSTM (les Systèmes de Santé 20/20 2008). Ces questions sont particulièrement importantes dans le contexte de la forte augmentation des financements des donateurs qui ont eu lieu depuis la fondation du FMSTM et le Plan d'urgence d'aide du Président pour le SIDA (PEPFAR) en 2002-2003. Ces deux grandes « initiatives verticales » ont rarement effectués des investissements dans la formation professionnelle préalable des RHS. PEPFAR fournit un appui à la formation professionnelle continue (par exemple, en 2008, PERFAR a dépensé 2,7 millions de dollars sur « la formation et les séminaires de recyclage » axés sur les activités du VIH/sida et sur la mise en œuvre des partenaires ONG. Le PERFAR a délibérément limité le financement destiné à la formation professionnelle préalable bien que ce financement est passé de 1 million à 3 millions par pays pour l'exercice 2008. De même, le FMSTM ne fournit aucune indication précise concernant l'utilisation de ses ressources aux cadres des RHS. Les déclarations

et les documents officiels y compris les lignes directrices pour les neuf rondes de financement constatent que le fonds du FMSTM peuvent être utilisé aux fins des RHS dans le contexte du système de santé qui touche au VIH/sida, la tuberculose et le paludisme plutôt qu'aux larges systèmes du renforcement de la santé.

Néanmoins, il y a une tendance vers l'appui sectoriel et de l'ensemble budgétaire.

Un certain nombre de donateurs ont commencé à fournir des ressources destinées à la réalisation des buts et des objectifs plus vastes dans le secteur de la santé et même de l'appui budgétaire dans l'ensemble sans préciser le secteur contrairement aux projets de santé spécifiques. Dans ces circonstances, l'utilisation des ressources extérieures se fera conjointement avec les ressources nationales afin d'améliorer le secteur de la santé du gouvernement bénéficiaire ou d'aborder l'ensemble des buts et des objectifs de développement. Ces derniers seront fixés en collaboration et en consultation avec l'appui des donateurs. Les approches sectorielles et l'ensemble de l'aide budgétaire devraient mettre le renforcement des RHS dans le cadre plus large des besoins du secteur de la santé. Le groupe des donateurs bilatéraux tout récemment se sont concertés pour faire établir le Partenariat International de la Santé⁵⁰ et qui met l'accent sur l'aide budgétaire et les approches sectorielles (ou SWAPs) comprend un objectif de « plus et de meilleur investissement dans les systèmes prioritairesy compris les ressources humaines pour la santé ». Le rapport de 2005, Investir dans le Développement : Un plan pratique pour la réalisation des Objectifs du Développement Millénaire (Le Projet Millénaire des Nations Unies 2005) souligne la nécessité de créer des services intégrés des maladies et met l'accent particulière sur le fonctionnement de l'ensemble du système de la santé pour assurer l'accès universel aux services essentiels. De même, dans le document présenté par Le Brooklings Institution sur l'activité économique, Mettant fin au piège Africain de la Pauvreté, Sach, McArthur, et al (2004) présente un paquet de services comme une étape vers la mise en place d'une approche plus intégrée du système de santé.

50 <http://www.dfid.gov.uk/news/files/ihp/default.asp>

ANNEXE 3 : Ce que les parties prenantes mondiales peuvent faire : quatre domaines portant nécessité des travaux supplémentaires afin de renforcer et d'améliorer le personnel de la Santé.

1. L'appui aux politiques / l'Assistance Technique (AT) au développement des politiques.

AT et l'appui aux politiques destinés aux partenaires de développement :

- *Assister les donateurs et les initiatives mondiales de santé à clarifier leurs positions s'agissant de l'appui des coûts de l'emploi des RHS :* afin de réaliser les Objectifs du Développement Millénaire ou les niveaux ciblés des RHS par tête, certains pays à faible niveau de revenu auront besoin de l'aide extérieure afin de renforcer les cadres des RHS. Les donateurs et les initiatives mondiales de la santé doivent être clairs sur leurs politiques à cet égard. Il semble crucial d'offrir à long terme (10 ans ou plus) l'aide récurrente budgétaire à l'emploi des RHS aux pays à très faible niveau de revenu avec des perspectives faibles de croissance. Les donateurs peuvent offrir l'assistance à moyen terme (5 à 10 ans) de l'assistance budgétaire récurrente à l'emploi des RHS à d'autres pays de revenu assez élevé ayant une perspective de croissance pour leur permettre de prendre la responsabilité des paiements récurrents des coûts de l'emploi à partir d'une certaine période. Cette assistance extérieure contribuera à aider ces groupes de pays d'entreprendre le renforcement initial qu'ils seront en mesure de soutenir d'une manière durable.
- *Suivre les politiques du FMI sur l'espace budgétaire et la croissance économique et poursuivre les efforts vers les meilleures options :* afin de répondre aux critiques et analyses, le FMI indique un changement de son approche concernant les plafonds de salaire et d'autres contraintes des politiques fiscales dans le but de (1) les rendre moins restrictifs et (2) permettre aux pays de dépenser les ressources extérieures comme prévu pourvu que les dépenses soient durables. La communauté des plaidoiries doit continuer à suivre les programmes du FMI pour assurer que le changement de l'approche soit mis en pratique. Compte tenu du fait que la croissance économique est l'un des facteurs les plus importants dans l'espace budgétaire disponible aux paiements de l'emploi des RHS, il est important de faire autant que possible pour aider les pays à maximiser la croissance. Il y a une valeur absolue dans l'amélioration de l'assistance technique aux politiques macro-économiques dans le débat de la communauté des plaidoiries et l'analyse des options concernant (i) les approches tendant à promouvoir la croissance et (ii) la meilleure façon de l'utilisation des ressources externes. En outre, il sera utile d'ouvrir un débat et l'analyse si le FMI donne des informations aux publics sur les options des politiques qu'il est en train d'examiner.
- *Encourager le FMI à explorer les multiples options de politiques macroéconomiques et assurer que les politiques de transparence se conforment aux neuf principes de l'Initiative de Transparence Mondiale (ITM).*

Assistance technique destinée aux décideurs des pays :

- *Développer des feuilles de routes axées sur des données afin de guider les ministères de la santé à établir des plans pour renforcer des cadres du RHS en accord avec les stratégies du renforcement dans l'ensemble du système de la santé.* Tandis que les initiatives qui focalisent sur des questions ou des maladies spécifiques attirent l'attention à cette question, les plans du renforcement du

RHS d'une manière exclusive aboutiront à des résultats inférieurs par rapport à leur mise en œuvre dans un contexte d'un renforcement du système de santé dans l'ensemble. Ainsi, la conception des plans à renforcer les cadres du RHS doit se faire de manière à assurer que la croissance escomptée au RHS corresponde au développement du secteur de la santé dans l'ensemble et n'avance pas au rythme qui ne sera pas durable à long terme.

- *Entreprendre des analyses et fournir une feuille de route expliquant comment les plans de renforcement du RHS peuvent prendre en compte les efforts destinés à accroître les performances : dans les pays où des efforts ont été pris afin d'augmenter la productivité et les cibles du renforcement des cadres du RHS doivent prendre en compte les coûts de ces activités et les incidences probables des gains de productivité escomptés sur la nécessité du RHS - soit l'exigence de plus de RHS (dans le cas où les organismes prestataires pourraient essayer d'engager davantage du RHS pour atteindre les objectifs de performance) ou de moins du RHS (dans le cas où les organismes prestataires trouvent les moyens de rendre leur RHS plus productifs et par conséquent, ils ont besoin de moins du RHS.*

2. La recherche et documentation

Elargir les activités de recherche déjà accomplies :

- *Tirer parti des travaux de Preker et al et permettre plus de rubriques à varier dans des scénarios différents. Certains de ces rubriques qui restent constants dans les projections de Preker pourraient se voir accorder la liberté de varier telle que la quote- part des dépenses de la santé consacrées à l'emploi du RHS et la quote-part des revenus des ménages dépensés à la santé au fur et à mesure que les revenus augmentent.*

L'analyse et documentation de l'efficience des approches en vigueur :

- *Apprendre plus sur des initiatives privées en matières de formation professionnelle préalable. Entreprendre des évaluations afin de déterminer si les approches comme celle du Bangladesh soit durable.*
- *Faire une documentation sur l'expérience de l'Ethiopie et d'autres programmes au niveau pays d'une systématique. Cette approche serait utile de quantifier les économies réalisées par l'Ethiopie si le « transfert des compétences » vers les travailleurs communautaires de la santé a été une réussite concernant la couverture des besoins de santé de base de la population rurale et de faire une estimation des économies en matière d'emploi et des coûts de la formation professionnelle préalable.*

3. La recherche et documentation

Elargir les activités de recherche déjà accomplies :

- *Tirer parti des travaux de Preker et al et permettre plus de rubriques à varier dans des scénarios différents. Certains de ces rubriques qui restent constants dans les projections de Preker pourraient se voir accorder la liberté de varier telle que la quote- part des dépenses de la santé consacrées à l'emploi des RHS et la quote-part des revenus des ménages dépensés à la santé au fur et à mesure que les revenus augmentent.*

L'analyse et documentation de l'efficacité des approches en vigueur :

- *Apprendre plus sur des initiatives privées en matière de formation professionnelle préalable.* Entreprendre des évaluations afin de déterminer si les approches comme celle du Bangladesh soit durable.
- *Faire une documentation sur l'expérience de l'Éthiopie et d'autres programmes au niveau pays d'une systématique. Cette approche serait utile de quantifier les économies réalisées par l'Éthiopie si le « transfert des compétences » vers les travailleurs communautaires de la santé a été une réussite concernant la couverture des besoins de santé de base de la population rurale et de faire une estimation des économies en matière d'emploi et des coûts de la formation professionnelle préalable*
- *Entreprendre une analyse globale des mesures d'incitations financières et non financières et le pouvoir d'achat global par rapport au pouvoir d'achat des autres professions. Il y aura un rapport entre la propension à émigrer et à 1) la taille des écarts salariaux et 2) la différence dans des conditions non salariales de travail. Cependant, la littérature n'offre aucune réponse comportementale claire et quantifiée (par exemple pour 'x' pour cent de réduire l'écart salarial entre les pays émetteurs et les pays bénéficiaires, l'émigration pourrait être réduite de 'y' pour cent) et pourrait servir à la formulation des politiques en ce qui concerne les mesures d'incitation financières et non financières afin d'accroître la rétention. Les avantages et les combinaisons optimales des mesures d'incitations financières et non financières bénéficieraient de plus de preuves. Plus de résultats du Malawi (lorsqu'il soit disponible) doit être l'objet d'une attention particulière.*
- *Recueillir des données et faire l'analyse de la productivité des RHS suite à l'utilisation des approches basées sur les performances.* La littérature concernant les approches basées sur les performances afin d'améliorer les résultats réalisés à travers les dépenses en matière de santé ne focalise pas beaucoup sur les résultats de la productivité des RHS. Cependant, les approches basées sur les performances se généralisent et par conséquent, l'information de l'implication sur les besoins en RHS est devenue de plus en plus importante.

Recueillir des preuves au fur et à mesure que les nouvelles approches

- *Recueillir plus de preuves au niveau pays sur les approches efficaces pour le déploiement équitable y compris les variations selon le sexe des RHS pour minimiser l'usure des RHS affectées dans les zones indésirables :* la combinaison des mesures d'incitation financières, les besoins des RHS, le recrutement local, l'offre des incitations non financières ou des équipements et des efforts qui tiennent compte des préoccupations spécifiques de sexe des RHS sont des moyens réalistes de rendre le déploiement des RHS plus équitable. Ces combinaisons doivent être l'objet des expériences des catégories différentes des RHS et leurs coûts estimatifs de sorte que des choix éclairés soient pris sur ce qu'il faut faire et les coûts.
- *Étudier l'expérience des programmes réussis tant dans les pays en développement que dans les pays développés et évaluer leur mise en œuvre à d'autres contextes :* une telle exemple pourrait être l'analyse du Corps des Services Nationaux de la Santé des États-Unis (NHSC). Ce programme tandis que coûteux par rapport aux normes du Sud est un exemple des investissements dans l'éducation en échange des services cliniques par les professionnels formés. Dans le modèle NHSC, des subventions existent liées au site de pratique ainsi que d'une formation supplémentaire destinée aux

membres du Corps. Ceci permettra aux cliniciens de travailler et de vivre dans les zones où le marché ne leur prend pas normalement en charge. Les principes du programme sont d'une importance considérable et sont susceptibles d'être adaptés à des nombreux contextes différents.

4. La compilation des données/ la création d'inventaire

- *Faire l'inventaire global des stratégies de rétention et entreprendre une analyse systématique de leurs coûts et avantages et les compromis économiques dont chacune de ces stratégies a besoin : de nombreux variations d'obligation et d'autres stratégies ont fait l'objet d'expérience mais il y a peu des travaux limités dans leur catalogage systématique et la comparaison de leur efficacité relative.*
- *Constituer une base de données d'expériences avec la participation du secteur privé pour aborder les questions concernant les RHS. Cette base de données permettrait aux décideurs au niveau pays d'apprendre et d'inspirer des expériences des autres s'agissant de cette question relativement peu développée.*
- *Créer un réseau mondial d'organisations nationales des RHS pour faciliter les échanges entre eux et améliorer l'efficacité globale : Des efforts devraient être faits pour l'utilisation efficace des informations disponibles et assurer que les pratiques exemplaires soient partagées entre les pays et les secteurs.*

Bibliographie

- Adano, Ummuro. 2006. Human Resources Management in the Health Sector. Technical Brief. Chapel Hill, NC : The capacity Project.
- Adeya, G., A. Bigirimana, K. Cavanaugh, y L. Miller Franco. 2007. *Rapid Assessment of the Health System in Benin, April 2006*. Submitted to the U.S. Agency for International Development.
- Awases, M., et al. 2004. *Migration of Health Professionals in Six Countries*. Synthesis Report. Brazzaville : Organización Mundial de la Salud.
- Barnighäusen, Till, David Bloom, y Salal Humair. 2007. "Human Resources for Treating HIV/AIDS : Needs, Capacities, and Gaps." *AIDS Patient Care and STDs* 21(11).
- Beith, Alexandra, Rena Eichler, y Diana Weil. April 2007. *Performance-Based Incentives for Health : A Way to Improve Tuberculosis Detection and Treatment Completion?* Working Paper No. 122. Washington, DC : Center for Global Development. Disponible en SSRN : <http://ssrn.com/abstract=1003247>
- Bennett, Sara y Franco, Lynne Miller. 1999. *Health Worker Motivation and Health Sector Reform*. Primer for Policymakers. Bethesda, MD : Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc.
- Bhargava, Alok y Frédéric Docquier. 2008. "HIV Pandemic, Medical Brain Drain, and Economic Development in Sub-Saharan Africa." *The World Bank Economic Review*.
- Bossert, Thomas. 2007. *Assessing Financing, Education, Management and Policy Context for Strategic Planning of Human Resources for Health*. Ginebra : Imprenta de la Organización Mundial de la Salud.
- Brown, Hilary A. y Laura Reichenbach. 2004. *Increasing Health Systems Performance : Gender and the Global Health Workforce*. Presentación en el Foro Mundial Para la Salud, Foro de Investigación 8, Ciudad de México, Octubre 2004.
- Bryce, Jennifer et al. 2008. *Countdown to 2015 : Tracking progress in maternal, newborn and child survival*. El Reporte del 2008. Nueva York, NY : UNICEF.
- Buchan, James. 2004. "What difference does ("good") HRM make?" *Human Resources for Health* 2004 (2) : 6.
- Buchan, James y Mario R. Dal Poz. 2002. "Skill mix in the health care workforce : reviewing the evidence." *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 80 (7) : 575-580.
- Capacity Project. Octubre 2006. *Sharing Knowledge on Human Resources for Health : The HRH Global Resource Center*. Chapel Hill, NC. http://www.capacityproject.org/index.php?option=com_content&task=view&id=217&Itemid=108.

- Cavagnero, Eleonora et al. 2008. "Assessment of the health system and policy environment as a critical complement to tracking intervention coverage for maternal, newborn, and child health." *The Lancet* (2008) : 1284-1292.
- Chen, Lincoln. 2005. "Triple C's in Oslo : Consultation, Consensus and Call-for-Action." *Overcoming the Crisis : Taking Forward the Abuja Action Agenda*. Oslo.
- CSDH (2008). *Closing the gap in a generation : health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Clemens, Michael. 2007. *Do Visas Kill? Health Effects of African Health Professional Migration*. Washington, DC : Center for Global Development.
- Connell, John and Richard Brown. 2004. "The remittances of migrant Tongan and Samoan nurses from Australia." *Human Resources for Health*.
- Connor, Catherine, Yogesh Rajkotia, Ya-Shin Lin, y Paula Figueiredo. September 2005. *Angola Health System Assessment*. Bethesda, MD : Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc.
- Conway, Michael, Srishti Gupta, y Kamiar Khajavi. 2007. "Addressing Africa's Health Workforce Crisis." *McKinsey Quarterly*.
- Dalberg Global Development Advisors. Marzo 2008. "Affordable Medicines Facility-Malaria." *RollbackMalaria.org*. <http://www.rollbackmalaria.org/partnership/tf/globalsubsidy/080303AMFmOverview.pdf>
- Dal Poz, Mario, Estelle Quain, Mary O'Neil, Jim McCafferey, Gijs Elzinga, y Tim Martineau. 2006. "Addressing the Health Workforce Crisis : Towards a Common Approach." *Human Resources for Health* 2006(4) : 21.
- Dambisya, Yoswa. 2007. *A review of non-financial incentives for health worker retention in east and southern Africa*. Discussion Paper. Harare : EQUINET.
- Dieleman, Marjolein and Jan Willem Harnmeijer. 2006. *Improving Health Worker Performance : In Search of Promising Practices*. Ginebra : Imprenta de la Organización Mundial de la Salud.
- Dipal, Chandra Barua. Marzo 2008. Entrevista con Mr. Dipal, Director Gerencial, Grameen Shakti. Dessislava Dimitrova.
- Dreesch, Norbert. 2007. Public Private Options for Expanding Access to Human Resources for HIV in Botswana. *Human Resources for Health* 2007(5) : 25.
- Dussault, Gilles and Franceschini, Maria. 2006. Not enough there, too many here : understanding the geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Human Resources for Health* 2006(4) : 12.
- Eichler, Rena, Paul Auxila, Uder Antoine, y Bernateau Desmangles. Abril 2007. *Performance-Based Incentives for Health : Six Years of Results from Supply-Side Programs in Haiti*. Working Paper No. 121. Washington, DC : Center for Global Development. Disponible en SSRN : <http://ssrn.com/abstract=1003249>
- Eichler, Rena. 2006. "Can 'Pay for Performance' Increase Utilization by the Poor and Improve the Quality of Health Services?" Discussion paper for the first meeting of the Working Group for Performance-

- Based Incentives. Washington, DC : Center for Global Development.
<http://www.cgdev.org/doc/ghprn/PBI%20Background%20Paper.pdf>
- Erus, Burcay and Bilir, Ayca. 2008. Obligatory Service Requirement and Physician Distribution in Turkey. *Berkeley Global Health Workforce Conference*. Berkeley, CA.
- Ferrinho, Paul et al. 2004. Dual practice in the health sector : review of the evidence. *Human Resources for Health* 2004(2) : 14.
- Furth R. 2006. "Zambia Pilot Study of Performance-based Incentives." *Operations Research Results*. Published for the U.S. Agency for International Development Agency (USAID) by the Quality Assurance Project (QAP).
- Glassman, Amanda et al. 2008. "Planning and Costing Human Resources for Health." *The Lancet* (Febrero 2008) : 693-695.
- Goldsbrough, David. 2007. *Does the IMF Constrain Health Spending in Poor Countries? Evidence and an Agenda for Action*. Report of the Working Group on IMF Programs and Health Spending. Washington, DC : Center for Global Development.
- Gupta, Sanjeev; Gerd Schwartz, Shamsuddin Tareq, Ricahrd Allen, Isabell Adenauer, Kevin Timothy Fletcher, y Duncan Last. Septiembre 2007. *Fiscal Management of Scaled-Up Aid*. Washington, DC : IMF Working Paper No. 07/222 Disponible en SSRN : <http://ssrn.com/abstract=1016252>
- Hammer, Jeffrey S. y William G. Jack. February 2001. *The Design of Incentives for Health Care Providers in Developing Countries : Contracts, Competition, and Cost Control*. Washington, DC : World Bank Policy Research Working Paper No. 2547. Disponible en SSRN : <http://ssrn.com/abstract=632614>
- Hazlewood, Judith G. y Srividya Prakash. 2005. "Tanzania's Health Care Crisis." *The McKinsey Quarterly*.
- Health Systems 20/20. 2008. *Developments in Research about Global Health Initiatives' Effects on Health Systems*. Brief. Bethesda, MD : Abt Associates Inc.
- Heller, Peter. 2005. *Understanding Fiscal Space*. Policy Development Paper 05/4. Washington, DC : International Monetary Fund.
www.imf.org/external/pubs/ft/pdp/2005/pdp04.pdf
- Islam, M., ed. 2007. *Health Systems Assessment Approach : A How-To Manual*. Submitted to the U.S. Agency for International Development in collaboration with Health Systems 20/20, Partners for Health Reformplus, Quality Assurance Project, and Rational Pharmaceutical Management Plus. Arlington, VA : Management Sciences for Health.
- Jack, William 2008. Health labor market institutions and incentives in Ethiopia. *Berkeley Global Health Workforce Conference*. Berkeley, CA.
- Jan, Stephen et al., 2005. "Dual job holding by public sector health professionals in highly resource-constrained settings : problem or solution?" *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. Ginebra.
- Joint Learning Initiative. 2004. *Human Resources for Health : Overcoming the Crisis*. Cambridge, MA : Harvard University Press.
www.fas.harvard.edu/acgei/health.html

- Kapur, Devesh y John McHale. 2005. *The Global Migration of Talent : What Does it Mean for Developing Countries?* CGD Brief. Washington, DC : Center for Global Development.
- Kremer, Michael. 2005. *Contracting for Health : Evidence from Cambodia*.
- Kurowski, Christoph. 2007. "Scaling Up Priority Health Interventions in Tanzania : the Human Resources Challenge." *Health Planning and Policy* (2007) : 113-127.
- Labonté, Ronald, Corinne Packer, y Nathan Klassen. 2006. "Managing health professional migration from sub-Saharan Africa to Canada : a stakeholder inquiry into policy options." *Human Resources for Health*.
- Loevinsohn, B., y A. Harding. 2005. "Buying Results? Contracting for Health Services Delivery in Developing Countries." *The Lancet* (2005) : 676-81
- Lundberg, Mattias, Tonia Marek, y George Pariyo. 2007. "Contracting for Primary Health Care in Uganda." Unpublished report. Washington, DC : Banco Mundial.
- McCoy, D, et al. 2008. "Salaries and Incomes of Health Workers in Sub-Saharan Africa." *The Lancet* (2008) : 675-681.
- McQuide, Pamela. 2008. "Measuring and Monitoring the Health Workforce Using Open Source Tools : The Capacity Project, IntraHealth International." *Berkeley Global Health Workforce Conference*. Berkeley, CA.
- Médecins Sans Frontières. 2007. *Help Wanted : Confronting the Health Care Worker Crisis to Expand Access to HIV/AIDS Treatment : MSF Experience in Southern Africa*. Johannesburg.
- Moore, Allen y J. Stephen Morrison. 2007. *Health Worker Shortages Challenge PEPFAR Options for Strengthening Health Systems*. A Report of the Task Force on HIV/AIDS Center for Strategic and International Studies. Washington, DC : Center for Strategic and International Studies.
- Mullan, Fitzhugh. 2008. *Toward a Northern Metric : Tracking Global Citizenship in an Epoch of Health Globalization*. Berkeley Global Health Workforce Conference. Berkeley, CA.
- Mullan, Fitzhugh. 2005. "The Metrics of the Physician Brain Drain." *New England Journal of Medicine* (2005) : 1810-1818.
- Negasse, Haile, Eilish McAuliffe, and Malcolm Maclachlan. 2007. "Initial community perspectives on the Health Service Extension Programme in Welkait, Ethiopia." *Human Resources for Health*.
- Ooms, Gorik, Wim Van Damme, and Marleen Temmerman. 2007. "Medicines without Doctors : Why the Global Fund Must Fund Salaries of Health Worker to Expand AIDS Treatment." *Public Library of Science Medicine* (4).
- Oxfam International. 2003. *The IMF and the Millennium Development Goals : Failing to Deliver to Low-Income Countries*. Briefing Paper 54.
- Palmer, Debbie. 2006. "Tackling Malawi's Human Resources Crisis." *Reproductive Health Matters* (2006) : 27-39.
- Organización Panamericana de la Salud. 2007a. *Renewing Primary Health Care in the Americas*. Un Informe de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Washington, DC.

- Organización Panamericana de la Salud. 2007b. Health Agenda for the Americas. Presentación de los Ministerios de Salud de las Américas. Ciudad de Panamá.
- Preker A.S., M. Vujicic, Y. Dukhan, C. Ly, H. Beciu, y P.N. Materu. 2007. *Scaling up health education : opportunities and challenges for Africa*. Geneva : Global Health Workforce Alliance Task Force on Scaling Up Health Education.
- Regalia, Ferdinando y Leslie Castro. 2007. *Performance-Based Incentives for Health : Demand- and Supply-Side Incentives in the Nicaraguan Red de Protección Social*. (April 2007). Center for Global Development Working Paper No. 119 Disponible en SSRN : <http://ssrn.com/abstract=1003251>
- Roy, Rathi, Antoine Heuty y Emmanuel Letouze. 2006. *Fiscal Space for Public Investment : Towards a Human Development Approach*. Informe del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo Preparado para la Reunión Técnica del G-24, Singapur, Septiembre 13-14, 2006.
- Rowden, Rick. 2004. "Blocking Progress : How the Fight Against HIV/AIDS is Being Undermined by the World Bank and International Monetary Fund." ActionAid International USA : Policy Briefing.
- Rowe, Alexander, et al. 2005 "How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings?" *The Lancet* (2005) : 1026-1035.
- Sachs, J, J. McArthur, G. Schmidt-Traub, C. Bahadur, M. Faye, y M. Kruk. 2004. *Millennium Development Goals Needs Assessments : Country Case studies of Bangladesh, Cambodia, Ghana, Tanzania and Uganda*. United Nations Millennium Project : 45.
- Sachs, J, John W. McArthur, Guido Schmidt-Traub, Margaret Kruk, Chandrika Bahadur, Michael Faye, y Gordon McCord. 2004. "Ending Africa's Poverty Trap" *Brookings Papers on Economic Activity 1* :2004.
- Scheffler, Richard. 2007. "Forecasting the Global Shortage of Physicians : An Economic- and Needs-based Approach." *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. Ginebra.
- Serneels, Pieter. 2008. "Health Worker Career Choices : exploratory results from Ethiopia." Berkeley Global Health Workforce Conference. Berkeley, CA.
- Tyson, Stewart. 2004. "Human Resources for Health : Ignorance-based Policy Trends," Presentación para el Centro de Investigación sobre Migración, Globalización y Pobreza de la Universidad de Sussex. DFID, 2007.
- Naciones Unidas 2006. "Malawi : Donors and Government Pool Funds Against Brain Drain." IRIN, UN OCHA.
- UNAIDS. 2007. *Financial Resources Required to Achieve Universal Access to HIV Prevention, Treatment, Care and Support*.
- Foro de Alto-Nivel de las Naciones Unidas sobre los ODM de Salud. 2004. *Health Workforce Challenges : Lessons from Country Experiences*. Abuja.
- UN Millennium Project. 2005. *Investing in Development : A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*.

- Verboom, P., T. Tan-Torres Edejer, y D.B. Evans. 2006. *The costs of eliminating critical shortages in human resources for health*. Ginebra : Organización Mundial de la Salud. Informe para el *The World Health Report 2006*; disponible en : <http://www.who.int/hrh/documents/en/>.
- Vujicic M. 2005. *Macroeconomic and fiscal issues in scaling up human resources for health in low-income countries*. Washington, DC : The World Bank, Human Development Network. Informe para el *The World Health Report 2006*; disponible en : <http://www.who.int/hrh/documents/en/>.
- Vujicic, Marko y Pascal Zurn. 2006 "The Dynamics of the Health Labour Market." *The International Journal of Health Planning and Management* : 101-115.
- Vujicic, Marko, Pascal Zurn, Khassoum Diallo, Orvill Adams, y Mario Dal Poz. "The role of wages in the migration of health care professionals from developing countries." *Human Resources for Health* 2004 : 2 :3.
- Vujicic, Marko. *Working in Health. Realities of Financing and Managing the Public Sector Health Workforce*. Próximo. 2008.
- Wibulpolprasert, Suwit y Paichit Pengpaibon. 2003. "Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand : four decades of experience." *Human Resources for Health*.
- Williams, G. y R. Hay. (2005). "Fiscal Space and Sustainability from the Perspective of the Health Sector," Report Prepared for the High Level Forum on Health MDGs, Paris. In Vujicic, M. 2005. *Macroeconomic and fiscal issues in scaling up human resources for health in low-income countries*. Washington, DC : Banco Mundial, Red de Desarrollo Humano.
- Banco Mundial. 2004. *Making Services Work for Poor People*. World Development Report Overview. Washington, DC : Banco Mundial y Oxford University Press.
- Banco Mundial. 1981. *Accelerated Development in Sub-Saharan Africa : An Agenda for Action*. Washington, DC : Banco Mundial.
- Organización Mundial de la Salud. 2008a *Task shifting : rational redistribution of tasks among health workforce teams : global recommendations and guidelines*. World Health Report. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. 2008b *The Kampala Declaration and Agenda for Global Action*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. 2006. *Working Together for Health*. World Health Report. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. *Macroeconomics and Health : Investing in Health for Economic Development*. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Ginebra.
- Yumkella, Fatu. 2006. *Retention of Health Care Workers in Low-Resource Settings : Challenges and Responses*. The Capacity Project.
- Zurn, Pascal, Carmen Dolea, y Barbara Stilwell. 2005. *Nurse retention and recruitment : developing a motivated workforce*. Informe de Tema. Ginebra : Consejo Internacional de Enfermería.

L'Alliance mondiale pour les personnels de santé est un partenariat dont le but est d'identifier et de mettre en oeuvre 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.

Pour plus d'information, contactez :

Alliance mondiale pour les personnels de santé
Organisation mondiale de la Santé

20, avenue Appia

1211 Genève 27

SUISSE

Tel: +41 -22- 791 16 16

Fax: +41 - 22 791 48 41

Email: ghwa@who.int

Web: www.who.int/workforcealliance

*Les personnels de santé pour tous
et tous pour les personnels de santé*

ISBN 978 92 4 259828 5



9 789242 598285