

Travailler *ensemble* pour la santé

Rapport sur la santé dans le monde **2006**



Organisation
mondiale de la Santé

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS:

Organisation mondiale de la Santé.

Rapport sur la situation dans le monde 2006 : travailler ensemble pour la santé.

1.Santé mondiale - orientations. 2.Personnel sanitaire – enseignement. 3.Enseignement médical.
4.Personnel santé. 5.Programme national santé - organisation et administration. 6.Organisation mondiale de la Santé. I.Titre. II.Titre: Travailler ensemble pour la santé.

ISBN 92 4 256317 X (NLM classification: WA 530.1)

ISBN 978 92 4 256317 7

ISSN 1020-332X

© Organisation mondiale de la Santé 2006

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +41 22 791 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 dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Des renseignements sur ce document peuvent être obtenus auprès du:

Rapport sur la santé dans le monde

Organisation mondiale de la Santé

1211 Genève 27, Suisse

Adresse Internet: whr@who.int

Adresse pour les commandes: bookorders@who.int

Le présent rapport a été établi sous la direction générale de Tim Evans (Sous-Directeur général, Bases factuelles et information à l'appui des politiques). Les principaux auteurs en sont Lincoln Chen, David Evans, Tim Evans, Ritu Sadana, Barbara Stilwell, Phyllida Travis, Wim Van Lerberghe et Pascal Zurn, assistés de Christie Aschwanden et Joanne McManus. Manuel M. Dayrit et Carmen Dolea ont supervisé l'organisation des travaux. Thomson Prentice est le Directeur de la rédaction.

Ont prêté leur concours sous la forme de contributions, d'examen, de suggestions et de critiques le Bureau du Directeur général, Maia Ambegaokar, Dina Balabanova, James Buchan, Gilles Dussault, Martin McKee et Barbara McPake. Mario Dal Poz, Sigrid Draeger, Norbert Dreesch, Patricia Hernandez, Yohannes Kinfu, Teena Kunjumen, Hugo Mercer, Amit Prasad, Angelica Souza et Niko Speybroek ont également apporté une importante contribution au travail analytique. Les Directeurs régionaux et des membres de leur personnel ont eux aussi apporté aide et conseils.

Les autres contributeurs sont : Sabine Ablefoni, Taghreed Adam, Alayne Adams, Chris Afford, Alan Leather, Fariba Aldarazi, Ghanim Al'Sheick, Ala Alwan, Sarah Barber, Kisalaya Basu, Jacques Baudouy, Robert Beaglehole, Habib Benzian, Karin Bergstrom, Isa Bogaert, Paul Bossyns, Jean-Marc Braichet, Hilary Brown, Paul Bunnell, Francisco Campos, Eleonora Cavagnero, Xuanhao Chan, Améline Chauouchi, Ottorino Cosivi, Nadia Danon-Hersch, Khassoum Diallo, Alimata Diarra, Marjolein Dieleman, Dela Dvovlo, Nathalie Drew, Sambe Duale, Steeve Ebener, Dominique Egger, JoAnne Epping-Jordan, Marthe-Sylvie Essengue, Edwige Faydi, Paulo Ferrinho, Noëla Fitzgerald, Martin Fletcher, Helga Fogstad, Gilles Forte, Kathy Fritsch, Michelle Funk, Charles Godue, Sandy Gove, Alexandre Griekspoor, Steffen Groth, Anil Gupta, Piya Hanvoravongchai, Hande Harmanci, Lisa Hinton, Sue Ineson, Anwar Islam, Anna Iversen, PT Jayawickramarajah, Patrick Kadama, Hans Karle, Julia Karnaukhova, Guy Kegels, Melekidzedek Khayesi, Mireille Kingma, Stephen Kinoti, Etienne Krum, Yunkap Kwankam, Chandrakant Lahariya, Gaert Lalemant, Jean Pierre Lokonga, Ana Lopes Temporão, Alessandro Loretto, Pat McCarty, Judith Mandelbaum-Schmid, Annick Manuel, Bruno Marchal, Tim Martineau, Liz Mason, Zø Matthews, Sandra McGinnis, Abdelhay Mechbal, Remo Meloni, Nata Menabde, Phillipa Mladovski, Dominic Montagu, Jean Moore, Krishnan Natarajan, Mwansa Nkwane, John Norcini, Ezekiel Nukoro, Isabelle Nuttal, Jennifer Nyoni, Cornelius Epen, Judith Oulton, Francis Omaswa, Mary O'Neill, Ariel Pablos-Mendez, Fred Peccaud, Margie Peden, Galina Perfilieva, Bob Pond, Raymond Pong, Amit Prasad, Usha Raman, Tom Ricketts, Robert Ridley, Arjanne Rietsema, Felix Rigoli, Barbara Rijks, Salif Samake, Benedetto Saraceno, Shekhar Saxena, Robert Scherpier, Lee-Martin Shook-Pui, Kit Sinclair, Alaka Singh, Ronald Skeldon, Susan Skillman, Ajay Tandon, Tessa Tan-Torres Edejer, Linda Tawfik, Michel Thieren, Anke Tijstma, Nicole Valentine, Wim Van Damme, Dirk Van der Roost, Mark van Ommeren, Paul Verboom, Marko Vujicic, Lis Wagner, Eva Wallstam, Diane Whitney, Marijke Wijnroks, Paul Wing, Christiane Wiskow, Tana Wuliji, Jean Yan, Sandy Yule, Manfred Zahorka, Diana Zandi et Lingling Zhang.

Les personnes non encore citées qui ont contribué à l'établissement des tableaux statistiques sont Endre Bakka, Dorjsuren Bayarsaikhan, Ties Boerma, Eduard Bos, Thomas Buettner, Veneta Cherilova, Trevor Croft, Driss Zine Eddine Elidrissi, Anton Fric, Charu Garg, Peter Ghys, Amparo Gordillo, Eleanor Gouws, Attila Hancioglu, Kenneth Hill, Chandika Indikadahena, Mie Inoue, Gareth Jones, Josés Kirigia, Jan Klavus, Joseph Kutzin, Eduardo Levkovitz, Edilberto Loaiza, Doris Ma Fat, François Pelletier, Ravi Rannan-Elyia, Hossein Salehi, Cheryl Sawyer, Kenji Shibuya, Karen Stanekki, Rubén Suárez, Emi Suzuki, Nathalie Van de Maele, Jakob Victorin, Neff Walker, Tessa Wardlaw, Charles Waza, Jens Wilkens, John Wilmoth ainsi que de nombreux membres du personnel des bureaux de pays de l'OMS, d'instances et services gouvernementaux et d'institutions internationales.

La mise en forme rédactionnelle a été assurée par Leo Vita-Finzi, aidé de Barbara Campanini. Shelagh Probst et Gary Walker ont assuré divers services administratifs, y compris la coordination des photographies. Les figures et tableaux ont été préparés par Gael Kernen, qui s'est aussi chargé de la version destinée au site Web et d'autres médias électroniques. La traduction française a été assurée par Agnès Pollet et Alain Zonco. La lecture des épreuves a été assurée par Béatrice Porret et par Martine Cartillier, laquelle a établi l'index.

Photographie de couverture : © AFP 2005. © AFP 2005 et © Médecins Sans Frontières : reproduction autorisée par l'Association médicale mondiale. L'Association médicale mondiale autorise l'utilisation d'une série de photographies de la campagne « Des médecins exemplaires dans le monde », parrainée par l'initiative Pfizer Medical Humanities. Elle sont tirées de la publication Caring physicians of the world (Site Internet de l'Association : www.wma.net).

Conception graphique: Reda Sadki

Présentation graphique des pages du texte: Steve Ewart et Reda Sadki

Figures: Christophe Grangier

Coordination de l'impression: Raphaël Cretzaz

Imprimé en France

table des matières

Message du Directeur général	xiii
Résumé	xv
Pourquoi le personnel est important	xv
La situation du personnel de santé dans le monde	xvi
Les forces agissantes : passées et futures	xvii
Stratégies : action au niveau des différentes étapes de la vie professionnelle – à l’entrée – pendant la période d’activité – à la sortie	xx
A l’entrée dans la vie professionnelle active : préparer les effectifs	xxii
Pendant la période d’activité professionnelle : accroître la performance	xxii
A la sortie du système : maîtriser les problèmes d’émigration et d’usure des effectifs	xxiii
Aller de l’avant tous ensemble	xxiv
Un impératif d’action	xxiv
Des initiatives nationales	xxv
La solidarité internationale	xxv
Plan d’action	xxvi
Aller de l’avant tous ensemble	xxvii
Chapitre 1	
Le personnel de santé : sa situation dans le monde	1
Qu’entend-on par personnel de santé ?	1
Quel est l’effectif du personnel de santé ?	4
Personnel du secteur public et du secteur privé	5
Age et sexe des personnels de santé	6
Combien dépense-t-on pour le personnel de santé ?	7
Comment le personnel de santé est-il réparti ?	8
Une distribution inégale dans l’ensemble du monde	8
Une répartition inégale à l’intérieur des pays	8
Le personnel de santé est-il suffisant ?	11
Adéquation des effectifs aux besoins	11
Faire face à la pénurie – pour quel coût ?	13
Conclusion	15

iv Rapport sur la santé dans le monde 2006

Chapitre 2

Faire face aux besoins sanitaires urgents 19

Services hautement prioritaires : les ressources humaines pour la santé et les OMD 19

Une épidémie de formation en cours d'emploi 20

Un personnel de district surchargé 21

Une politique salariale à deux vitesses 21

Stratégie 2.1 Passer à la vitesse supérieure en matière de planification des ressources humaines 22

Stratégie 2.2 Tirer profit des synergies entre les programmes prioritaires 23

Stratégie 2.3 Simplifier les services et déléguer à bon escient 23

Stratégie 2.4 Assurer la santé et la sécurité du personnel sanitaire 24

Préparer le personnel à la charge croissante des maladies chroniques et des traumatismes 25

Le personnel doit réagir aux nouvelles conceptions en matière de soins 25

Stratégie 2.5 Déployer le personnel pour tendre vers la continuité des soins 25

Stratégie 2.6 Favoriser la collaboration 27

Stratégie 2.7 Encourager l'apprentissage permanent au bénéfice de la sécurité du malade 28

Mobilisation pour répondre aux besoins en matière de secours d'urgence : catastrophes naturelles et flambées épidémiques 29

Des plans de préparation aux catastrophes peuvent être utiles 30

Stratégie 2.8 Organiser la direction et la conduite des opérations 30

Stratégie 2.9 Faciliter l'élimination des barrières sectorielles 30

Stratégie 2.10 Former le personnel sanitaire compétent pour faire face aux situations d'urgence 31

Stratégie 2.11 Mettre au point une stratégie pour le déploiement des différentes catégories d'agents de santé en situation d'urgence 32

Stratégie 2.12 Veiller à ce que le personnel de première ligne dispose d'un appui suffisant 33

Travail en situation de conflit ou de postconflit 34

Stratégie 2.13 Obtention et gestion des informations stratégiques 34

Stratégie 2.14 Investir dans la préplanification et les interventions ciblées préliminaires 34

Stratégie 2.15 Protéger ce qui fonctionne 35

Stratégie 2.16 Réparer et préparer 36

Stratégie 2.17 Réadapter lorsque la stabilité revient 36

Conclusion 37

Chapitre 3

Préparer le personnel de santé 41

Entrée dans la vie professionnelle active : les bonnes proportions 41

La « filière » du recrutement 42

Formation : les bonnes institutions pour former les bons agents 43

Gouvernance 45

Assurer un bon équilibre entre les différents types d'établissements et de diplômés 45

Stratégie 3.1 Encourager la formation dans tous les domaines des soins de santé 46

<i>Accréditation : renforcer la compétence et la confiance</i>	46
<i>Gestion des admissions pour promouvoir la diversité</i>	47
Stratégie 3.2 <i>Elaborer des politiques d'admission qui tiennent compte de la diversité de la population</i>	47
<i>Mener les étudiants jusqu'au diplôme</i>	47
L'enseignement	48
Stratégie 3.3 <i>Assurer la qualité et mettre en place des programmes d'études adaptés à la situation</i>	48
<i>Acquisition de la capacité d'apprentissage nécessaire</i>	49
Le personnel enseignant	50
Stratégie 3.4 <i>Encourager et soutenir l'excellence en matière d'enseignement</i>	51
Financement	51
Infrastructure et technologie	52
Stratégie 3.5 <i>Trouver des moyens novateurs pour accéder à l'expertise et aux matériels pédagogiques</i>	52
Information pour l'élaboration des politiques	55
Stratégie 3.6 <i>Evaluer la performance institutionnelle, les choix de politique générale et l'action</i>	55
Repenser le recrutement : la voie d'accès au personnel sanitaire	55
Imperfection du marché du travail	57
Stratégie 3.7 <i>Améliorer les méthodes de recrutement</i>	59
Conclusion	60

Chapitre 4

Tirer le meilleur parti du personnel de santé existant	67
Qu'est-ce qu'un personnel de santé performant ?	67
Qu'est-ce qui détermine la performance des agents de santé ?	70
Qu'est-ce qui influe sur la performance des agents de santé ?	71
<i>Moyens d'action intéressant le travail</i>	72
Stratégie 4.1 <i>Rédiger des descriptions de poste claires</i>	72
Stratégie 4.2 <i>Instaurer des normes et des codes de bonne conduite</i>	72
Stratégie 4.3 <i>Adapter les compétences aux tâches à accomplir</i>	74
Stratégie 4.4 <i>Assurer un encadrement attentif</i>	75
<i>Systèmes fondamentaux de soutien</i>	75
Stratégie 4.5 <i>Offrir une rémunération suffisante</i>	75
Stratégie 4.6 <i>Bien informer et communiquer</i>	80
Stratégie 4.7 <i>Améliorer les infrastructures et les fournitures</i>	81
<i>Un milieu de travail favorable</i>	82
Stratégie 4.8 <i>Encourager l'apprentissage permanent</i>	82
Stratégie 4.9 <i>Instaurer une bonne gestion d'équipe</i>	84
Stratégie 4.10 <i>Conjuguer responsabilité et obligation de rendre des comptes</i>	86
Comment agir sur les quatre aspects de la performance du personnel ?	86
Disponibilité	86
Compétence	87
Réactivité	87
Productivité	88
Conclusion	89

vi Rapport sur la santé dans le monde 2006

Chapitre 5

Gérer l'usure des effectifs

97

Fluctuations des migrations

98

Pourquoi les agents de santé émigrent-ils ?

99

Les migrations et leurs conséquences

101

Des stratégies pour gérer les migrations

102

Stratégies pour les pays d'origine

102

Stratégie 5.1 Adapter l'information aux besoins et à la demande

102

Stratégie 5.2 Améliorer la situation locale

103

Stratégies pour les pays d'accueil

103

Stratégie 5.3 Veiller à traiter correctement les travailleurs migrants

103

Stratégie 5.4 Adopter des politiques de recrutement responsables

104

Stratégie 5.5 Apporter un appui aux pays d'émigration pour le développement de leurs ressources humaines

104

Instruments internationaux

105

Risques professionnels des agents de santé

106

Violences

106

Stratégie 5.6 Elaborer et mettre en œuvre des tactiques contre la violence

107

Autres risques

107

Stratégie 5.7 Créer ou renforcer, selon le cas, un milieu de travail sûr

107

Maladies et décès consécutifs au VIH/SIDA

107

Changement d'activité ou de situation professionnelles

108

Choix d'une semaine de travail réduite

108

Stratégie 5.8 Prendre en compte les besoins et les attentes des travailleurs

108

Agents de santé non employés dans leur domaine

109

Stratégie 5.9 Cibler les agents de santé en dehors du secteur sanitaire

109

Absentéisme et employés fantômes

109

Stratégie 5.10 Assurer le suivi du personnel

111

Retraite

111

Taux de départ en retraite et risque de pénurie

111

Vieillesse du personnel sanitaire

112

Stratégie 5.11 Se doter de moyens et de mécanismes d'intervention pour gérer les départs en retraite

112

Nécessité de transmettre les connaissances

112

Stratégie 5.12 Mettre au point la planification des successions

112

Conclusion

113

Chapitre 6

Formuler des stratégies nationales pour développer le personnel de santé

121

Instaurer la confiance et répondre aux attentes

122

Stratégie 6.1 Concevoir et appliquer une stratégie de développement du personnel qui instaure la confiance

122

Des méthodes de direction équitables basées sur la coopération

123

Autoréglementation

123

Conciliation et commandement

124

Surveillance et action militante

125

Un modèle de direction efficace

125

Stratégie 6.2 Diriger en coopération les politiques nationales de développement du personnel	125
Un leadership efficace	126
Renforcer l'information stratégique	127
Stratégie 6.3 Obtenir de meilleures informations sur le personnel de santé national	127
Ampleur et nature des problèmes de main-d'œuvre	128
Mesures prises et options supplémentaires	128
Considérations politiques à prendre en compte	128
Réactions des agents de santé et de leurs employeurs	128
Investir dans les structures administratives	129
S'inspirer des micro-innovations	129
Concevoir des scénarios et planifier	130
Conclusion	131
Chapitre 7	
Travailler ensemble : la coopération dans les pays et entre pays	135
Catalyser l'acquisition des connaissances et l'apprentissage	135
Asseoir l'information sur une base solide	136
Production et gestion des connaissances	139
Regroupement des compétences	141
Passer des accords de coopération	143
Faire face à la crise des ressources humaines pour la santé	144
Une action mondiale exceptionnelle est nécessaire	144
<i>Ententes nouées autour de plans d'urgence</i>	144
<i>Vers des pratiques ménageant davantage les travailleurs</i>	145
<i>Nécessité d'un financement suffisant et durable</i>	146
Une ligne de conduite mondiale pour le financement	147
Aller ensemble de l'avant	148
Des initiatives nationales	149
La solidarité internationale	150
Plan d'action	151
Marcher de concert vers l'avenir	153
Annexe statistique	157
Notes explicatives	157
Tableau 1 de l'annexe	172
Tableau 2 de l'annexe	182
Tableau 3 de l'annexe	190
Tableau 4 de l'annexe	194
Index	207
Figures – Résumé	
Figure 1	
Les agents de santé sauvent des vies !	xvi
Figure 2	
Les forces qui agissent sur le personnel sanitaire	xvii

Figure 3	Pays qui connaissent une pénurie aiguë de prestataires de services (médecins, infirmières et sages-femmes)	xviii
Figure 4	Des stratégies qui s'inscrivent dans le déroulement de la vie professionnelle	xxi
Figure 5	Alliance mondiale des parties prenantes	xxviii

Figures – Chapitres

Figure 1.1	Proportion de femmes parmi les prestataires de services de santé, par Région OMS	6
Figure 1.2	Distribution des agents de santé par niveau de dépenses de santé et charge de morbidité, par Région OMS	9
Figure 1.3	Répartition des prestataires de services sanitaires entre les zones rurales et les zones urbaines	9
Figure 1.4	Densité des professionnels de santé nécessaire pour un accompagnement qualifié des accouchements	11
Figure 1.5	Pays qui connaissent une pénurie aiguë de prestataires de services de santé dans le monde (médecins, infirmières, sages-femmes)	12
Figure 2.1	De la privation massive à l'exclusion marginale : la progression de la couverture	20
Figure 2.2	Composition optimale des services de santé mentale	26
Figure 2.3	Distribution des psychiatres dans le monde	27
Figure 3.1	Trouver les bonnes proportions : les problèmes qui se posent au niveau de l'effectif des agents de santé	42
Figure 3.2	Filière de formation et de recrutement du personnel de santé	42
Figure 3.3	Relation entre les ressources humaines et le marché de l'enseignement, du travail et des services de santé	57
Figure 3.4	Temps prévisible nécessaire à un étudiant pour récupérer les fonds investis dans sa formation, Colombie, 2000	58
Figure 4.1	Opinion des patients sur le respect qui leur est manifesté dans les établissements de santé de 19 pays	69
Figure 4.2	Moyens d'agir sur les quatre aspects de la performance du personnel de santé	71
Figure 5.1	Les sorties de personnel sanitaire et leurs diverses causes	98

Figure 5.2	Les raisons d'émigrer invoquées par les agents de santé de quatre pays africains (Afrique du Sud, Cameroun, Ouganda et Zimbabwe)	99
Figure 5.3	Activités professionnelles exposées à des actes de violence (Suède)	105
Figure 5.4	Le vieillissement des infirmières aux Etats-Unis d'Amérique	110
Figure 5.5	Répartition des médecins par âge	111
Figure 6.1	Organisations qui influent sur la pratique des agents et des établissements de santé	126
Figure 7.1	Performance des systèmes d'information pour la santé (SIS)	136
Figure 7.2	Couverture vaccinale et densité des agents de santé	139
Figure 7.3	Priorités des pays pour le renforcement du système de santé	145
Figure 7.4	Alliance mondiale des parties prenantes	152
Encadrés – Chapitres		
Encadré 1.1	Classification des agents de santé	3
Encadré 1.2	L'ossature invisible du système de santé : le personnel administratif et d'appui	4
Encadré 1.3	Comment le personnel de santé est-il réparti ? Cartographie de la disponibilité des services	10
Encadré 2.1	Le personnel de santé et les objectifs du Millénaire pour le développement	21
Encadré 2.2	Un Programme d'urgence pour les ressources humaines au Malawi	22
Encadré 2.3	Le transfert de tâches chez le personnel soignant	24
Encadré 2.4	Compétences fondamentales pour les soins de longue durée	25
Encadré 2.5	La sécurité du malade	28
Encadré 2.6	Réagir aux flambées de maladies infectieuses – le SRAS	29
Encadré 2.7	Action de la Thaïlande face aux épidémies et aux catastrophes	31
Encadré 2.8	La protection des systèmes de santé et de la pratique biomédicale pendant les conflits	35
Encadré 3.1	L'avenir de la médecine universitaire est-il menacé ?	43

x Rapport sur la santé dans le monde 2006

Encadré 3.2

Le mouvement en faveur de la santé publique en Asie du Sud-Est :
des initiatives régionales et de nouvelles écoles 45

Encadré 3.3

La croissance rapide de la formation aux professions de santé dans
le secteur privé 46

Encadré 3.4

L'enseignement basé sur la pratique va de pair avec l'apprentissage centré
sur les problèmes et la pratique centrée sur le malade 49

Encadré 3.5

Programmes de développement du corps professoral : formation des
enseignants des établissements de formation aux professions de santé 51

Encadré 3.6

De la formation en cours d'emploi à la formation avant emploi : la prise
en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) 53

Encadré 3.7

La régionalisation de la formation des professionnels de la santé :
University of the South Pacific et University of the West Indies 54

Encadré 3.8

Une base de données probantes pour améliorer la performance des
établissements de formation aux professions de santé 56

Encadré 3.9

Les agents sanitaires féminins du Pakistan (Lady Health Workers) :
sélection et mise en place de nouvelles catégories 60

Encadré 4.1

Mortalité infantile et densité du personnel de santé au Viet Nam 68

Encadré 4.2

Différences de performance des prestataires de services de santé selon le sexe 70

Encadré 4.3

Agir sur les aspects liés au travail pour améliorer la performance des
agents de santé 73

Encadré 4.4

Différences de salaire entre les pays, les professions, les secteurs et les sexes 76

Encadré 4.5

Avantages qui influent favorablement sur la performance des agents de santé 78

Encadré 4.6

Améliorer les données, les services et la productivité grâce aux techniques
modernes de communication 80

Encadré 4.7

Quel est le type de formation le plus efficace ? 82

Encadré 4.8

Assurance de la qualité, encadrement et suivi en Ouganda 83

Encadré 4.9

Changer les tâches et donc les compétences requises 84

Encadré 4.10

Importance de l'encadrement et du leadership 85

Encadré 5.1

De l'exode des cerveaux à l'apport de cerveaux – les Philippines 101

Encadré 5.2	
Les agences de recrutement et les migrations	102
Encadré 5.3	
Accord bilatéral entre l’Afrique du Sud et le Royaume-Uni	104
Encadré 5.4	
Des stratégies en action : exemples de gestion de l’usure des effectifs	106
Encadré 5.5	
Mesures pour créer un milieu de travail sûr : cas du VIH/SIDA	108
Encadré 6.1	
Exemples d’autoréglementation	123
Encadré 6.2	
Observatoires des ressources humaines pour la santé en Amérique latine	130
Encadré 7.1	
S’efforcer d’établir un cadre technique commun applicable aux ressources humaines pour la santé : un instrument d’intérêt public utile à tous les pays ?	137
Encadré 7.2	
Les priorités de la recherche relatives aux agents de santé communautaires	140
Encadré 7.3	
Outils pour l’évaluation et le développement du personnel sanitaire	141
Encadré 7.4	
Compétences techniques pour l’élaboration des politiques en matière de ressources humaines	142
Tableaux – Résumé	
Tableau 1	
Effectifs totaux des personnels de santé, en fonction de leur densité	xvii
Tableau 2	
Plan d’action décennal	xxvii
Tableaux – Chapitres	
Tableau 1.1	
Effectifs mondiaux des personnels de santé, en fonction de la densité	5
Tableau 1.2	
Proportion des dépenses publiques de santé consacrées à la rémunération des agents de santé	7
Tableau 1.3	
Estimation de la pénurie aiguë de médecins, d’infirmières et de sages-femmes, par Région OMS	13
Tableau 2.1	
Déploiement du personnel sanitaire du secteur public face à la flambée de grippe aviaire en Turquie	33
Tableau 3.1	
Les fonctions des établissements de formation aux professions de santé	44
Tableau 3.2	
Établissements de formation aux professions de santé, par Région OMS	44
Tableau 4.1	
Aspects de la performance du personnel de santé	68

xii Rapport sur la santé dans le monde 2006

Tableau 4.2	
Indicateurs des ressources humaines pour évaluer la performance du personnel de santé	71
Tableau 4.3	
Les produits pharmaceutiques dans les établissements de santé publics d'Afrique et d'Asie du Sud-Est	81
Tableau 4.4	
Approches du perfectionnement professionnel et de la performance	83
Tableau 4.5	
Aide à l'étude des effets possibles de différents moyens d'action sur la performance du personnel de santé	87
Tableau 4.6	
Performance du personnel de santé : évaluation provisoire de la mise en œuvre et des effets des moyens d'action	88
Tableau 5.1	
Médecins et personnels infirmiers formés à l'étranger qui travaillent dans les pays de l'OCDE	98
Tableau 5.2	
Médecins formés en Afrique subsaharienne qui travaillent dans des pays de l'OCDE	100
Tableau 5.3	
Infirmières et sages-femmes formées en Afrique subsaharienne qui travaillent dans des pays de l'OCDE	100
Tableau 5.4	
Age légal de départ à la retraite	110
Tableau 7.1	
Brève description des résultats de trois études systématiques Cochrane sur les ressources humaines pour la santé	138
Tableau 7.2	
Plan d'action décennal	150

Message du Directeur général

En 2003, avant de prendre mes fonctions de Directeur général, j'ai demandé à de nombreux dirigeants et décideurs du secteur de la santé quelles étaient, selon eux, les questions les plus importantes dans leur pays. Un des problèmes qu'ils ont le plus souvent évoqués était la crise des ressources humaines, dans les pays développés comme dans les pays en développement

On constate une pénurie chronique d'agents de santé qualifiés. La pénurie est mondiale, mais particulièrement aiguë dans les pays qui ont les plus grands besoins. Pour différentes raisons – émigration, morbidité et mortalité élevées parmi les soignants –, les pays ne parviennent pas à former et à conserver un personnel de santé qui augmenterait les chances de survie de la population et contribuerait à son bien-être.

Le capital humain est vital pour renforcer les systèmes de santé. Mais la formation des agents de santé demande un gros investissement de temps de la part des individus et d'argent de la part des institutions, sous la forme d'aides ou de subventions. Le personnel qualifié doit rester dans le pays où il a été formé pour que la population puisse profiter de ses compétences professionnelles. Quand les agents de santé partent travailler ailleurs, un espoir s'envole, et avec lui des années d'investissement.

La solution n'est pas simple et il n'y a pas de consensus sur la façon de procéder. Les pays ne parviendront à remédier à la pénurie que par la coopération et une communauté d'intentions entre les partenaires des secteurs public et privé qui financent et dirigent les établissements d'enseignement, entre ceux qui planifient et influencent la dotation en personnel des services de santé et entre ceux qui peuvent prendre les engagements financiers nécessaires au maintien de bonnes conditions d'emploi dans le secteur de la santé.

Le présent rapport fournit des éléments d'appréciation qui aideront à se faire une idée plus claire de la situation avant de prendre des mesures urgentes pour résoudre la crise.



Dr LEE Jong-wook
Directeur général
Organisation mondiale de la Santé



Travailler ensemble

résumé

pour la santé

POURQUOI LE PERSONNEL EST IMPORTANT

Cette première décennie du XXI^e siècle voit d'immenses progrès dans le bien-être humain coexister avec un extrême dénuement. En ce qui concerne la situation sanitaire dans le monde, nous pouvons constater les effets bénéfiques des nouveaux médicaments et des nouvelles technologies. Pourtant il n'y a jamais eu autant de régressions. Dans certains des pays les plus pauvres, l'espérance de vie s'est effondrée, tombant à moins de la moitié de celle des pays les plus riches – par suite des ravages que fait le VIH/SIDA dans certaines zones de l'Afrique subsaharienne et dans plus d'une douzaine d'Etats en déshérence. Ces revers s'accompagnent, dans les pays riches comme dans les pays pauvres, d'une montée des inquiétudes devant la menace d'infections nouvelles telles que le SRAS et la grippe aviaire et de pathologies comportementales « occultes » telles que les troubles mentaux et la violence domestique.

« Nous devons collaborer pour que chacun, dans tous les villages, partout dans le monde, puisse compter sur un agent de santé motivé, qualifié et bien soutenu. »

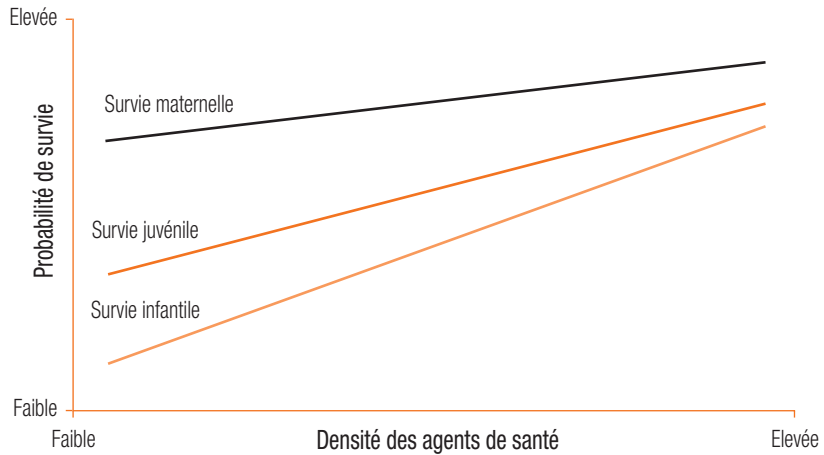
LEE Jong-wook
Forum de haut niveau, Paris, novembre 2005

La communauté mondiale possède suffisamment de ressources pour faire face à la plupart de ces problèmes sanitaires ; mais le fait est qu'aujourd'hui de nombreux systèmes nationaux de santé sont affaiblis, peu réactifs, inéquitables – voire dangereux. Ce dont on a besoin maintenant, c'est de volonté politique pour mettre en œuvre des plans nationaux accompagnés d'une coopération internationale pour adapter les ressources, exploiter les connaissances et mettre en place de solides systèmes de santé pour traiter et prévenir les maladies et promouvoir la santé des populations. Si l'on veut faire sauter les blocages qui s'opposent à la réalisation des objectifs nationaux et mondiaux en matière de santé, il est essentiel de constituer un corps d'agents de santé compétents, motivés et bénéficiant des soutiens nécessaires. Les soins de santé constituent une activité de services exigeant un personnel nombreux. Les prestataires de soins personnifient les valeurs fondamentales du système – ils s'occupent des malades et les

soignent, assurent la prévention des maladies et réduisent les risques –, ils sont l'intermédiaire humain qui relie la connaissance à l'action sanitaire.

Œuvrant au cœur du système, le personnel est l'élément moteur de tout progrès en matière de santé. Il est largement prouvé que le nombre et la valeur du personnel influent de manière positive sur la couverture vaccinale, l'extension des soins de santé primaires ainsi que sur la survie juvéno-infantile et maternelle (voir Figure 1). On a montré qu'il y avait une corrélation entre l'issue favorable des affections cardio-vasculaires et la compétence des médecins, ainsi que leur densité. Inversement, la malnutrition juvéno-infantile s'est aggravée à la suite des

Figure 1 Les agents de santé sauvent des vies !



compressions de personnel opérées au cours de la réforme du secteur sanitaire. Ce sont les agents de santé qui sont le plus à même d'apporter des améliorations novatrices dans la qualité des soins, car ils sont les mieux placés pour voir où sont les possibilités d'innovation. Dans un système de santé, les membres du personnel jouent en quelque sorte le rôle de veilleurs et de navigateurs et, selon qu'ils s'en acquittent bien ou mal, les ressources – médicaments, vaccins et fournitures diverses – sont utilisées efficacement ou gaspillées.

La situation du personnel de santé dans le monde

Chacun de nous apporte d'une manière ou d'une autre sa pierre à l'édifice sanitaire – la mère qui s'occupe de son enfant, le fils qui accompagne ses parents à l'hôpital, ou encore le guérisseur qui s'appuie sur un savoir ancestral pour donner des soins ou apporter une consolation. Le présent rapport voit dans le personnel de santé « l'ensemble des personnes exerçant des activités dont l'objet essentiel est d'améliorer la santé ». On retrouve bien la définition que l'OMS donne d'un système de santé comme étant l'ensemble des personnes et activités dont le but essentiel est d'améliorer la santé – y compris les différents aidants de la famille, le couple patient-soignant, le personnel à temps partiel (en particulier les femmes), les bénévoles et les agents communautaires.

En s'appuyant sur de nouvelles analyses des recensements nationaux, des enquêtes de main-d'œuvre et diverses sources statistiques, l'OMS estime qu'il y a dans le monde 59,2 millions d'agents de santé salariés à temps plein (voir Tableau 1). Ce personnel comprend les agents qui travaillent dans des organismes sanitaires dont le rôle essentiel est d'améliorer la santé (par exemple des programmes sanitaires gérés par les pouvoirs publics ou des organisations non gouvernementales), ainsi que d'autres agents employés par des organismes situés hors du secteur de la santé (par exemple les infirmières qui travaillent dans une entreprise industrielle ou un dispensaire scolaire). **Les prestataires de services** constituent environ les deux tiers du personnel sanitaire mondial, le tiers restant étant composé du **personnel administratif et d'appui**.

Les agents de santé n'agissent pas simplement en tant qu'individus, mais font partie intégrante d'équipes sanitaires actives dont chaque membre possède diverses compétences et assume différentes fonctions. On peut constater dans chaque pays la diversité considérable de ces équipes sur le plan des compétences. Le rapport des infirmières aux médecins va de près de 8:1 dans la Région africaine à 1,5:1 dans celle du Pacifique occidental. Si l'on examine le cas des pays, il y a environ quatre infirmières par médecin au Canada et aux Etats-Unis d'Amérique alors qu'au Chili, au Pérou, en El Salvador et au Mexique, on compte moins d'une infirmière par médecin. La palette des compétences de base présente des déséquilibres caractéristiques, comme le montre par exemple la

Tableau 1. Effectifs totaux des personnels de santé, en fonction de leur densité

Région OMS	Ensemble du personnel de santé		Prestataires de services sanitaires		Personnel administratif et d'appui	
	Nombre	Densité (pour 1000 habitants)	Nombre	Prestataires de services sanitaires	Nombre	Pourcentage du total
Afrique	1 640 000	2,3	1 360 000	83	280 000	17
Méditerranée orientale	2 100 000	4,0	1 580 000	75	520 000	25
Asie du Sud-Est	7 040 000	4,3	4 730 000	67	2 300 000	33
Pacifique occidental	10 070 000	5,8	7 810 000	78	2 260 000	23
Europe	16 630 000	18,9	11 540 000	69	5 090 000	31
Amériques	21 740 000	24,8	12 460 000	57	9 280 000	43
Ensemble du monde	59 220 000	9,3	39 470 000	67	19 750 000	33

Note : Toutes les données se rapportent à la dernière année disponible. Dans le cas des pays pour lesquels on ne disposait pas de données sur les effectifs du personnel administratif et du personnel d'appui, on a procédé à des estimations basées sur les moyennes régionales pour les pays au sujet desquels les données étaient complètes.

Source de données : Organisation mondiale de la Santé. *Global Atlas of the Health Workforce* (<http://www.who.int/globalatlas/default.asp>).

pénurie aiguë de spécialistes en santé publique et d'administrateurs sanitaires dans de nombreux pays. D'une façon générale, plus de 70 % des médecins sont des hommes, et plus de 70 % des infirmières, des femmes – encore un déséquilibre marqué entre les sexes. Près de deux tiers des agents de santé travaillent dans le secteur public contre un tiers dans le secteur privé.

Les forces agissantes : passées et futures

Partout dans le monde, les agents de santé connaissent stress et insécurité face à l'ensemble complexe de forces auxquelles ils sont confrontés – certaines anciennes, d'autres nouvelles (voir Figure 2). Les transitions démographiques et épidémiologiques font évoluer les menaces qui pèsent sur la santé des populations et auxquelles le personnel sanitaire doit faire face. Les politiques financières, les avancées technologiques et les attentes des consommateurs peuvent infléchir considérablement les sollicitations

Figure 2 Les forces qui agissent sur le personnel sanitaire

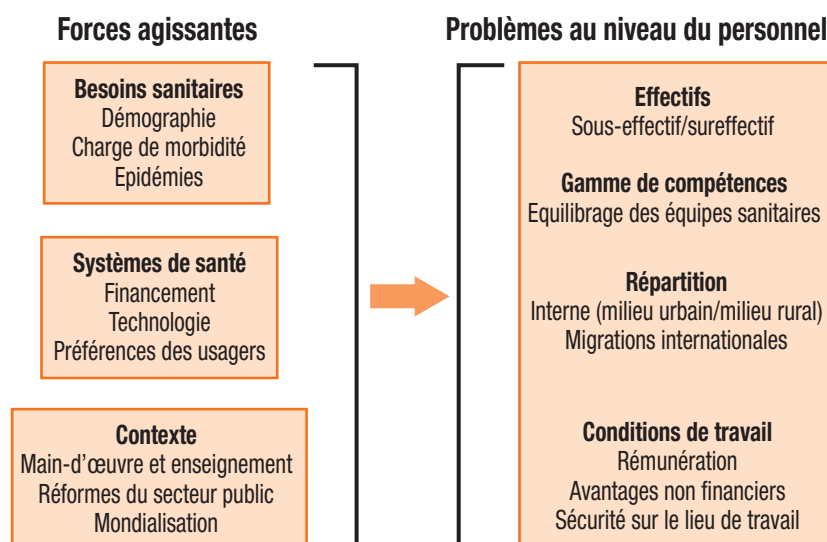
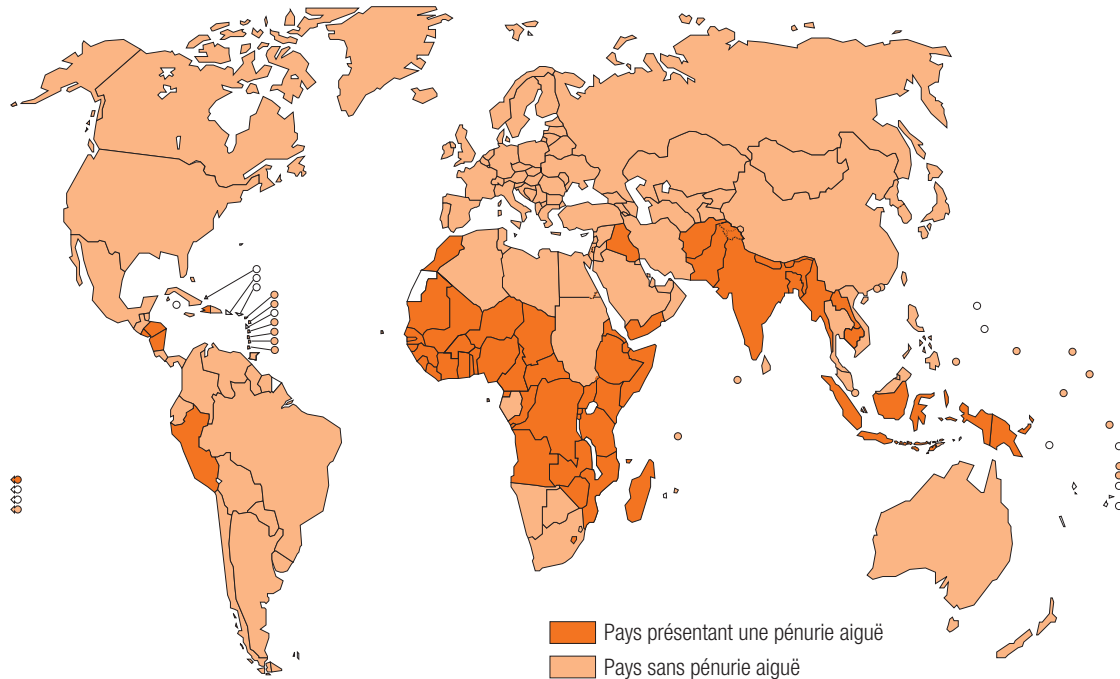


Figure 3 Pays qui connaissent une pénurie aiguë de prestataires de services (médecins, infirmières et sages-femmes)



Source des données : Organisation mondiale de la Santé. *Global Atlas of the Health Workforce* (<http://www.who.int/globalatlas/default.asp>).

qui s'exercent sur le personnel des systèmes de santé. De leur côté, les agents sont à la recherche des ouvertures et de la sécurité d'emploi que peut leur offrir un marché du travail dynamique, s'inscrivant dans la logique d'une économie politique mondialisée.

La propagation de l'épidémie de VIH/SIDA pèse d'un poids considérable en termes de charge de travail, de risques et de menaces pour la santé. Dans bien des pays, les réformes opérées dans le secteur de la santé au titre de l'ajustement structurel ont fait plafonner l'emploi dans le secteur public et limité les investissements dans la formation du personnel sanitaire, ce qui a eu pour effet de tarir l'offre en jeunes diplômés. L'expansion du marché du travail a provoqué une concentration accrue des professions de santé en milieu urbain et accéléré les migrations internationales des pays les plus pauvres vers les pays les plus riches. La situation de crise qui en résulte au niveau du personnel dans un grand nombre des pays les plus pauvres se caractérise par de graves sous-effectifs, une gamme de compétences inappropriée et des lacunes dans la couverture des prestations.

L'OMS a déterminé le seuil de densité des agents de santé en dessous duquel il est très improbable que l'on puisse atteindre une couverture importante pour les interventions essentielles, notamment celles qui sont nécessaires à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement dans le domaine de la santé (OMD) (voir Figure 3). D'après ces estimations, il y a actuellement 57 pays qui connaissent une pénurie aiguë de main-d'œuvre correspondant à un déficit au niveau mondial de 2,4 millions de médecins, infirmières et sages-femmes. C'est en Afrique subsaharienne que la pénurie relative est la plus marquée, mais le déficit numérique est très important en Asie du Sud-Est en raison de l'importance de la population. Paradoxalement, un pays peut souvent présenter un déficit alors que de nombreux agents de santé sont sans emploi. L'existence paradoxale de tels déficits en présence de talents insuffisamment utilisés s'explique par

la pauvreté, les imperfections du marché du travail dans le secteur privé, le manque de fonds publics, les pesanteurs administratives et les ingérences politiques.

Les problèmes actuels sont aggravés par les déséquilibres qui existent dans la gamme des compétences et la répartition du personnel. Dans bien des pays, on dénombre des professionnels peu nombreux mais coûteux dont les compétences ne sont guères adaptées aux besoins sanitaires locaux. Dans le domaine de la santé publique et aussi pour l'élaboration et la gestion des politiques sanitaires, on manque souvent cruellement de personnel qualifié. Pour beaucoup d'agents, le milieu de travail est décourageant – salaires de misère, soutien insuffisant de la part de l'encadrement, défaut de reconnaissance sociale et faibles perspectives de carrière. Presque tous les pays souffrent d'une mauvaise répartition du personnel caractérisée par une concentration dans les villes et un déficit dans les campagnes, mais c'est sans doute lorsqu'on les replace dans une perspective régionale que ces déséquilibres sont les plus inquiétants. Dans la Région des Amériques, où la charge de morbidité est égale à 10 % de la charge mondiale totale, le personnel sanitaire représente 37 % du total mondial avec des dépenses qui dépassent 50 % des fonds alloués à la santé dans le monde, alors que la Région africaine où la charge de morbidité atteint 24 % de la charge globale ne possède que 3 % du personnel sanitaire mondial avec des dépenses de santé qui représentent moins de 1 % du total mondial. L'exode des professionnels de santé qualifiés alors qu'une grande partie des besoins sanitaires reste insatisfaite met l'Afrique à l'épicentre de la crise mondiale qui frappe le personnel sanitaire.

Cette crise risque encore de s'aggraver au cours des prochaines années. La demande de prestataires de services va s'accroître sensiblement dans tous les pays – riches ou pauvres. Les pays riches vont être confrontés à un avenir associant faible fécondité et présence d'importantes populations de personnes âgées, ce qui va réorienter les besoins vers la prise en charge des maladies chroniques et dégénératives avec une forte demande de soins. Les avancées technologiques et l'accroissement des revenus nécessiteront des personnels plus spécialisés malgré une augmentation de la demande en soins de base du fait que les familles seront moins à même ou moins désireuses de s'occuper de leurs parents âgés. Sans un effort massif de formation du personnel dans les pays riches, le déficit croissant en personnel va exercer une attraction encore plus forte sur les agents de santé issus des régions pauvres.

Dans les pays pauvres, de vastes cohortes de jeunes (1 milliard d'adolescents) vont venir s'ajouter à une population de plus en plus vieillissante, les deux groupes étant en voie d'urbanisation rapide. Nombre de ces pays n'en ont pas encore fini avec leurs programmes de lutte contre les maladies infectieuses que déjà les affections chroniques sont en émergence rapide, le tableau étant encore aggravé par l'ampleur de l'épidémie de VIH/SIDA. Comme il existe des vaccins et des médicaments capables de contrer ces menaces, les impératifs moraux et pratiques d'une réponse efficace sont considérables. Il y a de plus en plus de décalage entre ce qu'il est possible de faire et ce qui est effectivement fait sur le terrain. Parvenir à renverser la tendance dépendra, dans une large mesure, du développement des ressources humaines nécessaires au bon fonctionnement des systèmes de santé.

La manière dont le personnel de santé doit être mobilisé pour faire face à un certain nombre de problèmes sanitaires illustre bien les défis, passés ou futurs, qui restent à relever.

■ Les **objectifs du Millénaire pour le développement (OMD)** consistent, entre autres, à combattre les grandes maladies liées à la pauvreté qui ravagent les populations défavorisées, en faisant porter l'effort sur les soins de santé maternels et juvéno-infantiles ainsi que sur la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme. Les pays qui connaissent les plus grandes difficultés à atteindre les OMD, et qui, pour nombre d'entre eux, sont situés en Afrique subsaharienne, souffrent d'une pénurie absolue de personnel sanitaire. Les principaux problèmes qui se posent sont liés à l'alignement des programmes de lutte contre les maladies prioritaires

sur la fourniture de soins de santé primaires, au déploiement équitable des agents de santé en vue d'assurer un accès universel au traitement contre le VIH/SIDA, au passage à la vitesse supérieure en ce qui concerne la délégation de certaines tâches aux agents communautaires et à l'élaboration de stratégies de santé publique pour la prévention des maladies.

- Les **maladies chroniques**, c'est-à-dire les affections cardio-vasculaires et métaboliques, les cancers, les traumatismes, les troubles neurologiques et psychologiques, constituent une importante charge de morbidité, tant pour les populations riches que pour les populations pauvres. Sous l'influence des nouveaux modèles en matière de soins, la tendance est de passer des soins aigus tertiaires en milieu hospitalier à un système de soins centré sur le malade, privilégiant les soins à domicile dans le cadre d'une équipe soignante, ce qui nécessite des compétences nouvelles, une collaboration interdisciplinaire et la continuité des soins – comme le montrent les approches novatrices développées en Europe et en Amérique du Nord. Par ailleurs, la réduction des risques dépend des mesures qui sont prises pour protéger l'environnement et faire évoluer certains éléments du mode de vie tels que l'alimentation, le tabagisme et l'exercice physique par une modification des comportements.
- Les **crises sanitaires** provoquées par les épidémies, les catastrophes naturelles et les conflits armés éclatent de manière soudaine et souvent imprévisible, mais se répètent inéluctablement. Faire face à ces problèmes nécessite une planification coordonnée reposant sur une information sûre, la mobilisation rapide des agents sanitaires, un système de commandement et de conduite des opérations et une collaboration intersectorielle avec les organisations non gouvernementales, les forces armées, les unités de maintien de la paix et les médias. Un personnel doté de moyens spécialisés est nécessaire pour assurer la surveillance des épidémies et la reconstruction des sociétés déchirées par les conflits ethniques. En fin de compte, la qualité de la réponse dépend de l'état de préparation du personnel en fonction des moyens disponibles localement et du soutien que la communauté internationale peut apporter en temps voulu.

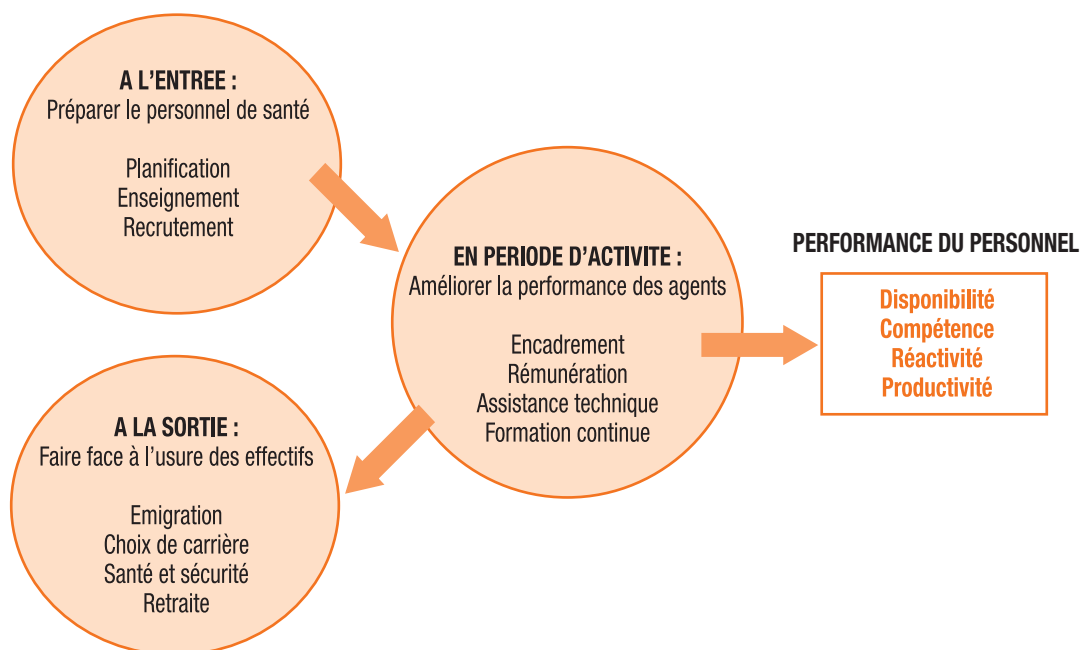
Ces exemples montrent la richesse et la diversité considérables du personnel nécessaire pour faire face aux problèmes sanitaires. Les tâches et les fonctions dont il doit s'acquitter sont incroyablement exigeantes et chacune d'entre elles doit s'intégrer dans un système national de santé cohérent. Tous ces problèmes appellent des efforts qui vont au-delà du secteur de la santé. Pour être efficaces, il faut donc que les stratégies mises en place appellent tous les acteurs et les organismes concernés à travailler de concert.

STRATEGIES : ACTION AU NIVEAU DES DIFFERENTES ETAPES DE LA VIE PROFESSIONNELLE – A L'ENTREE – PENDANT LA PERIODE D'ACTIVITE – A LA SORTIE

Pour s'attaquer à ces problèmes de santé mondiaux, l'objectif en matière de personnel est simple : *veiller à ce que des agents compétents présentant les qualifications voulues soient placés au bon endroit pour faire ce qu'il y a lieu de faire* – et, de la sorte, conserver suffisamment de souplesse pour réagir aux crises, combler les lacunes existantes et prévoir l'avenir.

Un plan directeur général ne fonctionnerait pas car, pour être efficace, une stratégie en matière de ressources humaines doit être adaptée à l'histoire et à la situation de chaque pays. La plupart des problèmes de personnel sont consubstantiels à l'évolution des contextes et ne peuvent pas être facilement résolus. Ils peuvent en outre comporter une forte charge émotionnelle pour des questions de statut et être également plombés par des considérations politiques liées à des intérêts divergents. C'est pourquoi les

Figure 4 Des stratégies qui s'inscrivent dans le déroulement de la vie professionnelle



solutions en la matière exigent des parties prenantes qu'elles s'engagent à la fois dans le diagnostic des problèmes et dans leur solution.

Dans le présent rapport est exposée une méthode qui consiste à envisager la dynamique des personnels de santé en fonction des différentes étapes de leur vie professionnelle. Cette méthode consiste à se concentrer sur des stratégies adaptées à ces différentes phases, à savoir l'entrée dans la vie professionnelle, la période d'activité en tant que membre du personnel et, enfin, la phase finale où le membre du personnel quitte le système. La feuille de route illustrée par la Figure 4 schématise la formation, le maintien en place et la fidélisation du personnel en se plaçant tant au niveau des agents qu'au niveau du système. Les questions qui préoccupent les agents de santé sont généralement les suivantes : comment trouver un emploi ? De quel type de formation ai-je besoin ? Comment suis-je traité et suis-je bien payé ? Quelles sont mes perspectives de promotion ou mes ouvertures si je démissionne ? Sur le plan des politiques et de la gestion administrative, le cadre proposé insiste sur le rôle modulateur exercé aussi bien par le marché du travail que par l'action des pouvoirs publics au moment où des décisions capitales doivent être prises :

- A l'entrée dans la vie professionnelle : préparer les effectifs par des investissements stratégiques en matière de formation et par l'adoption de modes de recrutement efficaces et respectueux de l'éthique.
- Pendant la période d'activité : améliorer la performance des agents grâce à une meilleure gestion du personnel tant dans le secteur public que dans le secteur privé.
- A la sortie du système : gérer l'émigration et l'usure des effectifs pour réduire les pertes en ressources humaines.

A l'entrée dans la vie professionnelle active : préparer les effectifs

L'un des objectifs centraux du développement des personnels de santé consiste à produire un nombre suffisant d'agents qualifiés dotés des compétences techniques voulues dont la formation, la langue et les attributs sociaux les rendent accessibles et capables d'entrer en contact avec des clients et des populations de toute nature. Il faut pour cela planifier et gérer activement les filières de formation du personnel sanitaire en mettant l'accent sur la création de bons établissements de formation, le renforcement de la réglementation professionnelle et la revitalisation des moyens de recrutement.

- **La création de bons établissements de formation** est essentielle pour garantir l'effectif et la qualité des agents dont le système de santé a besoin. Avec des variations considérables d'un pays à l'autre, on dénombre dans l'ensemble du monde 1600 facultés ou écoles de médecine, 6000 écoles d'infirmières et 375 écoles de santé publique qui, globalement, ne sont pas en mesure de générer suffisamment de diplômés. Pour combler ce déficit, il va falloir construire de nouveaux établissements et veiller à varier les possibilités de formation d'une manière plus appropriée – c'est ainsi par exemple qu'on a besoin d'un plus grand nombre d'écoles de santé publique. En rapport avec l'évolution des attentes exprimées par les diplômés qui privilégient désormais le savoir-faire spécialisé plutôt que la polyvalence, l'amélioration de l'enseignement implique que l'on s'attache tant à la teneur des programmes qu'aux méthodes pédagogiques. Il faut également assurer la formation du personnel enseignant et lui assurer un soutien et des perspectives de carrière plus crédibles pour faire face de manière équilibrée à la concurrence exercée par le secteur de la recherche et celui des services. On peut assurer un meilleur accès à la formation et pour un coût plus modique en mettant en commun les ressources régionales et en ayant davantage recours aux technologies de l'information comme la télémédecine et l'enseignement à distance.
- **La qualité de l'enseignement** implique également l'accréditation des établissements de formation et la mise en place d'une réglementation professionnelle (autorisation d'exercer, agrément ou homologation/validation). Le développement rapide de l'enseignement privé nécessite une prise en main novatrice afin de tirer le plus possible parti des investissements privés tout en renforçant le rôle de l'Etat en ce qui concerne la réglementation de la qualité de l'enseignement. Trop souvent absentes ou inefficaces dans les pays à faible revenu, ces instances de réglementation sont rarement assez développées pour assurer qualité, réactivité et comportements respectueux de l'éthique. L'intervention de l'Etat est nécessaire pour établir des normes, garantir la sécurité des patients et assurer le maintien de la qualité par la communication d'informations, par des mesures d'incitation financière et par le contrôle du respect de la réglementation.
- **La revitalisation des moyens de recrutement** est nécessaire pour négocier plus efficacement face aux exigences du marché du travail qui méconnaissent souvent les besoins de la santé publique. Les services de recrutement et de placement doivent s'efforcer non seulement de placer les agents dotés des qualifications requises au bon endroit et au bon moment, mais également veiller à assurer une meilleure compatibilité sociale entre les agents et leurs clients en termes de sexe, de langue, d'appartenance ethnique et de situation géographique. S'agissant de l'information relative au recrutement et du déploiement efficace des agents de santé, les faiblesses institutionnelles méritent une grande attention, en particulier lorsqu'on souhaite une expansion des effectifs sanitaires.

Pendant la période d'activité professionnelle : accroître la performance

Les stratégies visant à améliorer la performance des agents de santé doivent en premier lieu porter sur le personnel existant en raison des délais qu'implique la formation des nouveaux agents. Il est possible d'obtenir rapidement des améliorations notables dans la

disponibilité, la compétence, la réactivité et la productivité du personnel par un ensemble de moyens pratiques et peu coûteux.

- **L'encadrement fait beaucoup.** Un encadrement attentionné mais ferme et juste constitue l'un des moyens les plus efficaces pour améliorer la compétence des agents de santé, en particulier si les descriptions de poste sont clairement rédigées et les agents informés sur la manière dont ils s'acquittent de leurs tâches. En outre l'encadrement peut contribuer à faire passer dans la pratique les nouvelles compétences acquises lors de la formation en cours d'emploi.
- **Une rémunération juste et régulière.** Il est capital que les agents soient correctement payés et en temps voulu. Le mode de rémunération des agents, qu'ils soient salariés ou payés à l'acte, par exemple, a des effets sur la productivité et la qualité des soins qu'il importe de surveiller avec attention. Les avantages financiers ou non financiers tels que par exemple les congés pour études ou pour s'occuper d'un enfant ont plus d'efficacité lorsqu'ils font partie de l'ensemble de la rémunération et des avantages que lorsqu'ils sont accordés en tant que tels.
- **Services et assistance techniques essentiels.** Aussi motivés et qualifiés qu'ils soient, les agents de santé ne peuvent s'acquitter convenablement de leurs tâches si l'établissement dans lequel ils travaillent n'est pas approvisionné en eau pure, suffisamment éclairé et chauffé, et doté des véhicules, des médicaments, du matériel et autres fournitures dont il a besoin. Les décisions en vue d'introduire de nouvelles technologies – pour le diagnostic, le traitement ou la communication – doivent reposer, entre autres, sur un examen de leurs conséquences pour le personnel de santé.
- **Une formation permanente doit être assurée sur le lieu de travail.** Il peut s'agir d'une formation de brève durée destinée par exemple à encourager l'innovation et à stimuler le travail d'équipe parmi le personnel. Il n'est pas rare que les membres du personnel trouvent des solutions simples et efficaces pour améliorer leurs propres prestations et il convient de les encourager à partager et à mettre à exécution leurs idées.

A la sortie du système : maîtriser les problèmes d'émigration et d'usure des effectifs

Des départs imprévus ou excessifs peuvent entraîner une importante usure des effectifs et mettre en danger le savoir, la mémoire et la culture du service. Dans certaines régions, l'hémorragie de personnel due à la maladie, aux décès et à l'émigration dépasse les possibilités de formation et menace la stabilité des effectifs. Pour lutter contre cette usure des effectifs, on peut tenter de maîtriser les flux migratoires, de rendre les carrières dans le service de santé plus attractives, de lutter contre les maladies prématurées et d'éviter les retraites anticipées.

- **Pour gérer l'émigration des agents de santé,** il faut trouver un équilibre entre la liberté qu'a tout un chacun d'exercer le métier de son choix et la nécessité d'éviter des pertes excessives de personnel dues à la fois à des mouvements internes (concentration en milieu urbain et abandon des campagnes) et à l'émigration des pays pauvres vers les pays riches. Une partie de ces flux migratoires internationaux est planifiée, comme c'est le cas par exemple pour l'immigration de professionnels de la santé dans la Région de la Méditerranée orientale, mais ils peuvent aussi avoir des conséquences dévastatrices sur la santé. Face à l'émigration non planifiée, on dispose de stratégies importantes pour fidéliser le personnel consistant par exemple à adapter l'enseignement et le recrutement aux réalités du monde rural, à améliorer d'une façon plus générale les conditions de travail et à faciliter le retour des émigrants. Il faudrait que les pays riches qui accueillent des émigrants en provenance de pays pauvres aient une politique responsable en matière de recrutement, qu'ils traitent les agents de santé immigrants de manière équitable et envisagent de conclure des accords bilatéraux.
- **Maintenir l'attractivité des carrières sanitaires pour les femmes.** La majorité des agents de santé sont des femmes et cette tendance à la féminisation est bien

établie en médecine, un secteur dominé jusqu'ici par les hommes. Pour mieux intégrer les agents de sexe féminin, il convient d'accorder davantage d'attention à leur sécurité, et notamment de les protéger de la violence. D'autres types de mesures sont à prendre. Il s'agit par exemple d'assouplir les conditions de travail de manière à prendre en compte les problèmes familiaux et de proposer des profils de carrière permettant aux femmes d'accéder plus facilement à des postes de responsabilité dans les universités ou de direction dans les services de santé.

- **Veiller à la sécurité dans le milieu de travail.** Il n'est pas justifié qu'il y ait autant de départs dus à la maladie, aux invalidités et aux décès, et cet état de choses exige une action prioritaire, notamment dans les zones où la prévalence de l'infection à VIH est élevée. Pour réduire le plus possible les risques professionnels, il existe diverses stratégies comme la reconnaissance et une gestion appropriée des risques physiques et du stress, de même que le respect scrupuleux des directives en matière de prévention et de protection. La seule façon raisonnable de progresser vers l'accès universel à la prévention et au traitement de l'infection à VIH ainsi qu'aux soins nécessités par cette maladie consiste à assurer des services de prévention efficaces et à veiller à ce que tous les agents de santé qui contractent l'infection puissent se faire soigner.
- **Planification des départs en retraite.** A un moment où le personnel est vieillissant et où la tendance est aux retraites anticipées, un certain nombre de politiques peuvent être mises en œuvre pour juguler l'usure des effectifs. On peut notamment réduire les incitations au départ en retraite anticipée, rendre l'emploi de personnes relativement âgées moins onéreux, proposer aux retraités de reprendre un emploi et améliorer les conditions de travail des agents âgés. Pour conserver les compétences essentielles dans les services, il est capital de planifier les successions aux différents postes.

ALLER DE L'AVANT TOUS ENSEMBLE

Un impératif d'action

Cet impératif est incontestablement de renforcer les ressources humaines de manière à ce que les systèmes de santé puissent s'attaquer aux maladies invalidantes et atteindre les objectifs nationaux et mondiaux dans le domaine de la santé. Il est capital de disposer d'une infrastructure humaine solide si l'on veut combler le fossé qui existe aujourd'hui entre les promesses et la réalité et aller au-devant des défis sanitaires du XXI^e siècle.

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

Des initiatives nationales

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

- **Agir sans délai pour accroître la productivité** en faisant la chasse au gaspillage (par exemple en éliminant les employés fantômes ou les emplois fictifs et en combattant l'absentéisme) et en améliorant la performance du personnel par l'adaptation des rémunérations, des mesures d'incitation au travail, de meilleures conditions de sécurité et la mobilisation des agents. Il est capital d'améliorer la recherche du renseignement pour mieux cerner les différentes situations nationales et suivre les progrès ou les reculs.
- **Prévoir l'avenir** en incitant les différentes parties prenantes à élaborer des plans stratégiques nationaux basés sur des données concrètes et sur des scénarios qui prennent en compte les tendances probables. Il faut s'attendre à un développement important de l'enseignement et des services privés, ce qui nécessitera la mobilisation de fonds publics pour assurer un accès équitable à la santé et financer les activités de promotion et de prévention. L'action publique au niveau de l'information, de la réglementation et de la délégation de responsabilités est un élément essentiel pour le fonctionnement des systèmes de soins dans le secteur privé et le secteur public.
- **Se doter des moyens nécessaires en renforçant les institutions essentielles à un bon développement du personnel.** Le développement de l'animation et de la gestion dans le domaine de la santé sont des éléments essentiels à la planification stratégique et à la mise en œuvre des politiques en matière de ressources humaines pour la santé, comme le sont d'ailleurs d'autres secteurs d'activité tels que l'enseignement et la finance. Il faut mettre en place un système efficace pour la fixation des normes, l'accréditation et la délivrance des autorisations d'exercer de manière à améliorer le travail des syndicats, des établissements d'enseignement, des associations professionnelles et de la société civile.

La solidarité internationale

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

- **Catalyser l'acquisition des savoirs et l'apprentissage.** Dans tous les pays, le progrès va s'accélérer grâce à des investissements peu coûteux mais importants consacrés à l'élaboration d'une meilleure métrique des ressources humaines, aux accords conclus en vue de la définition d'un cadre technique commun et au soutien des recherches identifiées comme prioritaires. La mise en commun effective des diverses compétences techniques et l'ampleur de l'expérience acquise peuvent aider les pays à s'adjoindre les meilleurs talents et à adopter les meilleures pratiques.
- **Conclure des accords de coopération.** Le caractère de plus en plus international du personnel sanitaire découlant notamment des flux migratoires et de la présence

d'agents et de bénévoles au service des organisations humanitaires nécessite la conclusion d'accords de coopération destinés à protéger les droits et la sécurité des travailleurs et à favoriser l'adoption de modes de recrutement respectueux de l'éthique. La situation actuelle de la grippe aviaire dans le monde met en évidence un impératif encore plus fondamental, à savoir se doter au niveau international des moyens permettant de rassembler les ressources humaines nécessaires pour faire face aux situations d'extrême urgence dans les domaines sanitaire et humanitaire.

- **Réagir aux crises touchant les ressources humaines.** L'ampleur de la crise qui frappe le personnel sanitaire dans les pays les plus pauvres de la planète n'est en aucun cas surestimée et elle nécessite une action urgente, durable et coordonnée de la part de la communauté internationale. Les donateurs doivent faciliter le financement immédiat et à plus long terme des ressources humaines à titre d'investissement dans les systèmes de santé. Il est recommandé de répartir les fonds en deux parts égales, 50 % du total de l'aide financière internationale allant aux systèmes de santé et 50 % aux stratégies de renforcement du personnel sanitaire national. Il faut, en mettant en œuvre les politiques de financement pour le développement, veiller à ce que le plafonnement de l'emploi ne constitue pas l'obstacle principal à l'expansion du personnel sanitaire. Tous les partenaires doivent se livrer à un examen critique des moyens qu'ils emploient pour soutenir le personnel sanitaire, le but étant de supprimer les pratiques inefficaces et de s'aligner davantage sur les initiatives nationales.

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

Plan d'action

Des initiatives doivent être prises de toute urgence au niveau national pour relancer l'action au niveau des pays et la maintenir pendant au moins une décennie. Le Tableau 2 récapitule les objectifs d'un plan d'action décennal pour la période 2006-2015.

- Les mesures à prendre sans attendre au cours des prochaines années pourraient consister, pour les pays chefs de file, à se lancer dans des plans nationaux visant à étendre les stratégies efficaces, accroître les investissements, faire la chasse au gaspillage et renforcer les établissements d'enseignement. L'aide internationale devrait permettre aux pays de progresser plus rapidement, les grandes options étant, dans l'immédiat, le renseignement, la coopération technique, l'alignement des politiques en matière de fiscalité et de migration ou encore l'harmonisation des initiatives prioritaires et de l'aide fournie par les donateurs.
- A mi-parcours, plus de la moitié des pays devraient avoir élaboré des plans nationaux rationnels et avoir élargi la mise en œuvre de bonnes politiques et pratiques gestionnaires portant sur les mesures d'incitation destinées au personnel, la réglementation et les institutions. Au niveau mondial, les progrès se traduiront par des normes et des structures communes, une assistance technique importante et une meilleure gestion des connaissances. Des principes de recrutement rationnels et l'alignement des programmes prioritaires et des instruments de développement à l'appui des ressources humaines pour la santé devraient entrer dans les mœurs.
- Dans tous les pays, l'objectif du plan décennal est de mettre au service des systèmes nationaux de santé un personnel très performant capable de faire face aux problèmes actuels et à venir. Cela signifie que chaque pays devra avoir mis en œuvre ses plans stratégiques nationaux et s'être attelé à l'élaboration de plans pour l'avenir en

Tableau 2 Plan d'action décennal

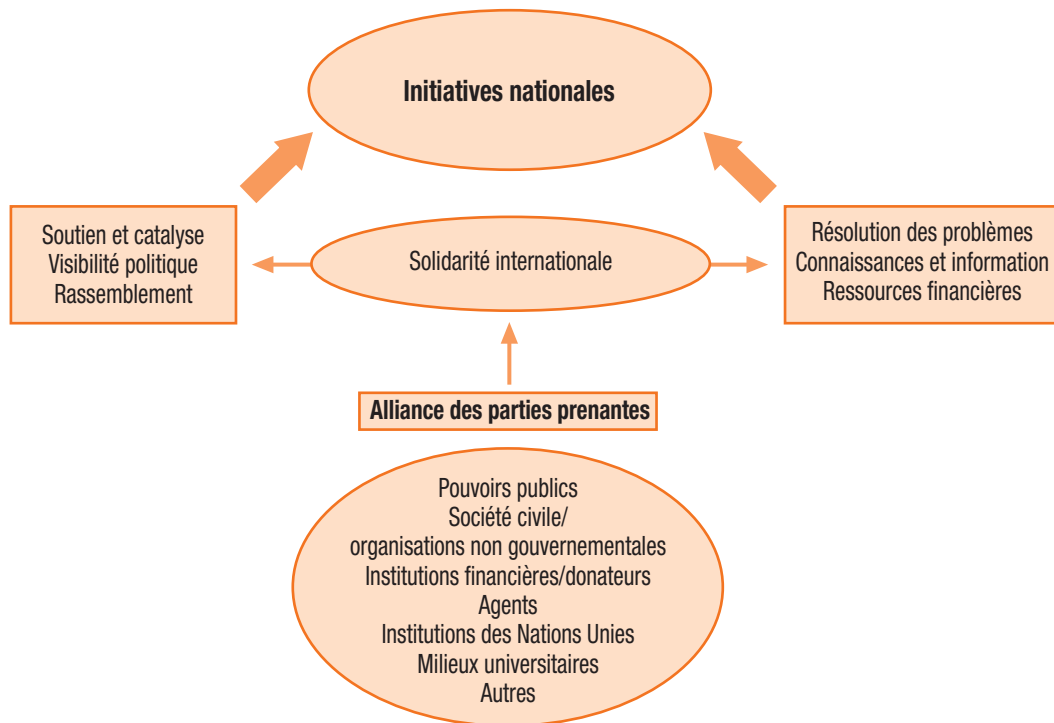
		2006 Immédiatement	2010 A mi-parcours	2015 Dans 10 ans
Initiatives nationales	Gestion administrative	Faire la chasse au gaspillage, améliorer les mesures d'incitation	Mettre en œuvre des méthodes de gestion efficaces	Maintenir un personnel très performant
	Enseignement	Revitaliser les stratégies en matière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

faisant fond sur de solides moyens nationaux. Au niveau mondial, un ensemble de principes directeurs basés sur l'expérience concrète devrait assurer le respect des règles de bonne pratique par le personnel sanitaire. Malgré l'augmentation des flux internationaux de travailleurs migrants, la conclusion d'accords de coopération appropriés devrait permettre d'en atténuer les conséquences néfastes. Un financement international durable devrait être assuré pour les dix prochaines années au bénéfice des pays d'accueil au fur et à mesure de l'expansion de leur personnel sanitaire.

Aller de l'avant tous ensemble

Pour que le plan d'action progresse, il est nécessaire que les parties prenantes coopèrent par le truchement d'alliances générales et de réseaux – locaux, nationaux et mondiaux – portant sur l'ensemble des problèmes, des professions, des disciplines, des ministères, des secteurs et des pays. Des structures de coopération peuvent permettre de mettre en commun les compétences et les ressources fiscales lorsque celles-ci sont limitées et favoriser un apprentissage mutuel. La Figure 5 montre schématiquement comment une alliance mondiale des ressources humaines peut être constituée pour amener les différentes parties prenantes à donner un coup d'accélérateur aux programmes de base dans les pays.

Figure 5 Alliance mondiale des parties prenantes



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

le personnel de santé



chapitre un

sa situation dans le monde

Dans ce chapitre

1	Qu'entend-on par personnel de santé ?
4	Quel est l'effectif du personnel de santé ?
7	Combien dépense-t-on pour le personnel de santé ?
8	Comment le personnel de santé est-il réparti ?
11	Le personnel de santé est-il suffisant ?
13	Faire face à la pénurie – pour quel coût ?
15	Conclusion

Le personnel de santé représente l'ensemble des personnes qui ont pour tâche de protéger et d'améliorer la santé de leurs communautés respectives. L'effectif sanitaire mondial est constitué de l'ensemble de ces personnels dans toute leur diversité et le présent chapitre

donne un aperçu de ce que l'on peut en savoir. Il indique l'importance et la répartition des effectifs sanitaires et certaines des caractéristiques de cette main-d'œuvre, notamment son coût. Il montre que le personnel de santé est en nombre nettement insuffisant pour faire face aux besoins, mais que cette pénurie n'est pas générale, même parmi les pays à faible revenu. Le chapitre se poursuit par une réflexion sur les dépenses engagées pour passer à la vitesse supérieure en matière de formation, de manière à rattraper le retard et à assurer ensuite le paiement des salaires.

Les données utilisées dans le présent chapitre proviennent d'un grand nombre de sources différentes, dont la complétude varie d'un pays et d'une année à l'autre. Pour compléter ces informations, l'OMS a adressé des demandes écrites à de nombreux organismes et procédé à des enquêtes spéciales dans les pays à la recherche d'informations sur l'effectif et la nature des personnels de santé ainsi que sur les établissements de formation. Cette information reste toutefois largement lacunaire et le tableau qui en est brossé ici repose sur des données incomplètes qu'il faut donc interpréter avec prudence.

QU'ENTEND-ON PAR PERSONNEL DE SANTE ?

Dans le présent rapport, le personnel de santé est défini comme l'ensemble des personnes dont l'activité a pour objet essentiel d'améliorer la santé. Cette définition s'inscrit dans le prolongement de celle que l'OMS donne d'un système de santé, à savoir l'ensemble des activités dont l'objet principal est l'amélioration de la santé. Cela signifie qu'à proprement parler, une mère de famille qui s'occupe

« Dans le présent rapport, le personnel de santé est défini comme l'ensemble des personnes exerçant des activités dont l'objet essentiel est d'améliorer la santé »

de son enfant malade et les autres aidants bénévoles constituent également du personnel sanitaire. Leur apport est important et ces personnes jouent un rôle déterminant dans le fonctionnement de la plupart des systèmes de santé. Cela étant, les données dont on dispose au sujet de l'effectif du personnel de santé se limitent généralement aux personnes qui exercent une activité rémunérée, de sorte que les effectifs dont il est question dans le présent chapitre ne concernent que ce type de personnel.

Malgré tout, il n'est pas facile de définir une activité sanitaire qui permette de classer le personnel rémunéré. Prenons par exemple le cas d'un peintre employé par un hôpital : l'activité de ce peintre ne contribue pas en soi à améliorer la santé, mais celle de son employeur, à savoir l'hôpital, y contribue. Prenons maintenant le cas d'un médecin qui est employé par une compagnie minière pour veiller sur la santé de son personnel : l'activité de ce médecin contribue à l'amélioration de la santé, mais celle de son employeur n'y contribue pas. En adoptant un système de classification basé uniquement sur l'activité de la personne ou uniquement sur celle de son employeur, on ne peut les considérer ni l'un ni l'autre comme faisant partie du personnel de santé.

En principe, le présent rapport considère que c'est l'activité de la personne qui est la plus importante, de sorte que le peintre de notre exemple n'est pas un agent de santé alors que le médecin de la mine en est un. Toutefois, dans la pratique, cette règle n'est pas intégralement applicable, car une grande partie des données relatives aux effectifs des personnels de santé ne sont pas suffisamment détaillées pour permettre de distinguer parmi l'ensemble des employés ceux dont l'activité contribue directement à l'amélioration de la santé (1). C'est pourquoi le présent rapport envisage la situation de manière pragmatique et prend en compte l'ensemble du personnel salarié employé par des organismes ou des institutions dont le but principal

est d'améliorer la santé ainsi que les personnes dont l'activité individuelle a également pour but principal d'améliorer la santé, mais qui sont employées par des organismes d'un autre genre. Il s'ensuit que le peintre qui travaille pour un hôpital figure parmi le personnel de santé de même que le médecin employé par la compagnie minière. L'OMS s'attache à élaborer un système normalisé de classification des agents de santé plus détaillé qui devrait permettre d'aboutir à une définition de référence utilisable à l'avenir (voir Encadré 1.1).

Le système de dénombrement utilisé dans le présent chapitre permet de distinguer deux types d'agents de santé. Le premier groupe comprend les personnes qui assurent des services – qu'ils soient personnels ou non – et que l'on qualifie de « prestataires de services de santé » ; le deuxième groupe est constitué des personnes dont l'activité ne consiste pas dans la prestation directe de services et qui sont regroupées sous la dénomination de « personnel administratif et d'appui » (des précisions sont données dans l'Encadré 1.1 ; voir également Encadré 1.2). Le rapport donne quelquefois des informations relatives à différents types de prestataires de services, encore que ces précisions ne soient souvent disponibles que pour les médecins et les infirmières. On trouvera dans l'annexe statistique des explications plus complètes sur les sources d'information, les problèmes de classification, ainsi que les méthodes de triangulation et l'harmonisation qui ont été appliquées aux données pour les rendre comparables d'un pays à l'autre.

Les données disponibles ne permettent pas de prendre en considération les personnes qui consacrent une partie de leur temps à l'amélioration de la santé, telles que, par exemple, les travailleurs sociaux qui s'occupent de malades mentaux. En outre, il a été décidé de ne pas prendre en considération les personnels qui exercent d'autres types d'activités dont la contribution à l'amélioration de la santé de la population est essentielle, lorsque la fonction principale de ces personnels n'est pas de nature sanitaire. Il s'agit, par exemple, des agents de police chargés, entre autres, de faire respecter la

Encadré 1.1 Classification des agents de santé

La troisième version de la Classification internationale des professions (CITP), qui est un système international de classification établi d'un commun accord par les Membres de l'Organisation internationale du Travail, a été adoptée en 1987 et elle est désignée par le sigle CITP-88 (2). De nombreuses classifications nationales des professions et la plupart des recensements et des enquêtes portant sur le personnel se basent sur l'une des trois versions de la CITP. Comme ce système est utilisé pour classer tous les types de travailleurs, la composition du personnel de santé n'est pas très détaillée, de sorte que nombre de ministères de la santé ont élaboré leur propre système de classification. L'OMS s'attache maintenant à mettre au point un système type de classification plus détaillée du personnel de santé compatible avec la CITP. Ce travail s'effectue parallèlement à la mise à jour de la CITP-88 dont l'achèvement est prévu pour 2008.

Le tableau ci-dessous indique la classification des professions de santé utilisée lors du recensement effectué en 2001 en Afrique du Sud, qui est un exemple typique du système de codage à trois chiffres de la CITP en usage dans de nombreux pays (chaque catégorie à trois chiffres se subdivise ensuite en sous-catégories à quatre chiffres). A noter que les guérisseurs traditionnels sont inclus dans la classification officielle des professions et ils entrent également dans les effectifs du personnel sanitaire indiqués dans le présent rapport lorsque des données existent à leur sujet.

Parallèlement, on utilise communément un autre système de classification accepté au niveau international – la Classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité éco-

nomique (CITI) – pour définir les différents types d'activités économiques d'un pays. Dans la CITI, le secteur sanitaire est considéré comme une industrie distincte. Un grand nombre de travailleurs de formation et de classification professionnelle diverses sont employés par l'industrie de la santé. Ils sont beaucoup plus nombreux que les prestataires de services eux-mêmes. Ce personnel inclut des cadres tels que statisticiens, programmeurs, comptables, gestionnaires et administrateurs, ainsi que divers types de personnel de bureau ou d'appui tels que chauffeurs, nettoyeurs, buandiers et personnel de cuisine. Des exemples de ces diverses professions sont donnés ci-dessous, dans la classification de l'industrie de la santé utilisée pour un recensement effectué en Afrique du Sud.

Certains prestataires de services sanitaires travaillent dans les industries autres que celles de la santé, comme les industries minières ou manufacturières. C'est pourquoi le présent rapport porte sur le personnel sanitaire de toutes les professions représentées dans l'industrie de la santé, plus les personnes qui appartiennent aux groupes professionnels 1 à 5 et qui sont employées dans d'autres industries.

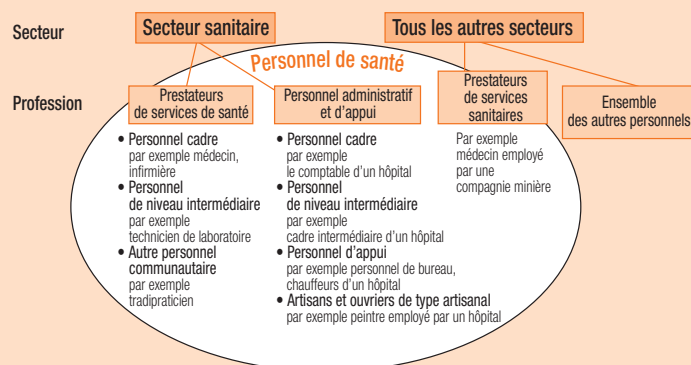
Aux fins du présent rapport, le personnel de santé est réparti en deux catégories qui correspondent directement aux codes de la CITP. Les personnes identifiées au moyen des codes professionnels relatifs aux groupes 1 à 5 du tableau sont les « prestataires de services de santé » ; les autres travailleurs de l'industrie de la santé constituent ce qu'on appelle « le personnel administratif et d'appui ». On peut le voir sur la figure, où le personnel de santé occupe les trois premières des quatre cases professionnelles.

Classification professionnelle pour l'industrie de la santé, recensement de 2001 en Afrique du Sud

Groupes CITP de prestataires de services sanitaires	Type	Code CITP
1. Médecins et assimilés (à l'exception des cadres infirmiers)	Cadres	222
2. Cadres infirmiers et sages-femmes	Cadres	223
3. Professions intermédiaires de la médecine moderne (à l'exception du personnel infirmier)	Niveau intermédiaire	322
4. Personnel infirmier et sages-femmes (niveau intermédiaire)	Niveau intermédiaire	323
5. Tradipraticiens et guérisseurs	Niveau intermédiaire	324
Exemples d'autres professions employées dans l'industrie de la santé		
6. Spécialistes de l'informatique	Cadres	213
7. Spécialistes des sciences sociales et humaines	Cadres	244
8. Professions intermédiaires de la gestion administrative	Niveau intermédiaire	343
9. Secrétaires et opérateurs sur claviers	Employés de bureau	411
10. Ouvriers peintres, ravaleurs de façades et assimilés	Artisans et ouvriers des métiers de type artisanal	714

Source des données : (2).

Personnel sanitaire de l'ensemble des secteurs



« Une estimation prudente de l'effectif du personnel de santé dans le monde le situe à un peu plus de 59 millions de personnes »

réglementation relative au port de la ceinture de sécurité. Enfin, les méthodes actuellement utilisées pour caractériser les agents de santé ne permettent pas de prendre en compte les personnes qui s'occupent de malades sans percevoir de rémunération ni les bénévoles qui assurent d'autres services de première importance. Si ces personnels ne sont pas retenus, c'est simplement en raison de l'absence de données ; toutefois, il leur est donné acte de leur aide précieuse dans les chapitres suivants.

Par ailleurs, les statistiques officielles sur les effectifs du personnel de santé négligent souvent les personnes qui assurent des prestations en dehors des établissements ou organismes sanitaires, par exemple les médecins employés par des compagnies minières ou des entreprises agroalimentaires, car ces personnes sont considérées comme occupant des emplois industriels. Il est difficile de dénombrer ce personnel avec exactitude, mais il représente entre 14 et 37 % de l'ensemble des prestataires de services sanitaires dans les pays pour lesquels on dispose de données de recensement. Ne pas le prendre

en compte dans l'estimation officielle des effectifs conduit à sous-estimer sensiblement l'importance numérique du personnel sanitaire et, par là, sa capacité à améliorer la santé. Du fait de cette sous-estimation, on ne peut pas prendre en compte les relations complexes qui existent entre les différents secteurs au niveau du marché du travail et qui pourraient avoir une influence sur la planification, le recrutement, la fidélisation du personnel et les perspectives de carrière.

QUEL EST L'EFFECTIF DU PERSONNEL DE SANTE ?

Les travaux qui ont été entrepris pour la rédaction du présent rapport ont permis à l'OMS de mettre à jour les données contenues dans son *Global Atlas of the Health Workforce (3)* en ce qui concerne quelques pays et de trouver pour un certain nombre d'autres des données qui n'étaient pas disponibles auparavant. Ces données sont généralement plus complètes pour les prestataires de services que pour le personnel administratif et d'appui mais, en se basant sur les meilleures données disponibles tirées de diverses sources, on peut avancer que l'effectif du personnel de santé dans le monde est au bas mot un peu supérieur à 59 millions de personnes (voir Tableau 1.1). Il s'agit là d'une évaluation prudente dans la mesure où elle sous-estime probablement le nombre d'agents de santé qui sont employés en dehors du secteur sanitaire dans des pays pour lesquels on ne dispose pas de renseignements tirés des enquêtes de recensement.

Les prestataires de services sanitaires représentent 67 % de l'ensemble du personnel de santé dans le monde, mais seulement 57 % dans la Région des Amériques. Au niveau des pays, la ventilation du personnel de santé en fonction du revenu national montre que l'effectif du personnel administratif et d'appui dépasse légèrement celui des prestataires de services dans les pays à revenu élevé, la situation étant inversée dans les pays à niveau de revenu faible ou intermédiaire, où les prestataires de services constituent généralement plus de 70 % de l'ensemble du personnel de santé.

Encadré 1.2 L'ossature invisible du système de santé : le personnel administratif et d'appui

Dans les débats autour de l'effectif du personnel sanitaire, on oublie souvent ceux qui permettent aux systèmes de santé de fonctionner mais n'assurent pas de services directs à la population. Ces personnes remplissent diverses tâches telles que la distribution de médicaments, l'entretien des bâtiments et des équipements essentiels, ou encore la planification et l'orientation du système dans son en-

semble. Le personnel administratif et d'appui constitue l'ossature invisible du système de santé ; s'il est en sous-effectif et qu'il ne possède pas les compétences voulues, le système ne peut pas fonctionner – par exemple, les salaires ne sont pas payés et les médicaments ne sont pas délivrés.

Tableau 1.1 Effectifs mondiaux des personnels de santé, en fonction de la densité

Région OMS	Personnel de santé		Prestateurs de services		Personnel administratif et d'appui	
	Total	Densité (pour 1000 habitants)	Total	% du total	Total	% du total
Afrique	1 640 000	2,3	1 360 000	83	280 000	17
Méditerranée orientale	2 100 000	4,0	1 580 000	75	520 000	25
Asie du Sud-Est	7 040 000	4,3	4 730 000	67	2 300 000	33
Pacifique occidental	10 070 000	5,8	7 810 000	78	2 260 000	23
Europe	16 630 000	18,9	11 540 000	69	5 090 000	31
Amériques	21 740 000	24,8	12 460 000	57	9 280 000	43
Ensemble du monde	59 220 000	9,3	39 470 000	67	19 750 000	33

Note : Toutes les données se rapportent à la dernière année disponible. Dans le cas des pays pour lesquels on ne disposait pas de données sur les effectifs du personnel administratif et du personnel d'appui, on a procédé à des estimations basées sur les moyennes régionales dans les pays au sujet desquels les données étaient complètes.

Source des données : (3).

Dans la catégorie des prestataires de services, on s'intéresse souvent au rapport du nombre d'infirmières (et de sages-femmes) au nombre de médecins, encore que l'effectif et la proportion exacts qui seraient nécessaires pour qu'un système de santé fonctionne de manière efficace et efficiente restent mal définis (4–8). Le nombre d'infirmières pour 1000 médecins dans un pays représentatif est maximal dans la Région africaine de l'OMS, en partie du fait que le nombre de médecins pour 1000 habitants est très faible dans cette Région. C'est dans la Région du Pacifique occidental que ce rapport est le plus faible. Il y a également de très grandes disparités d'un pays à l'autre d'une même Région. Par exemple, on compte environ quatre infirmières pour un médecin au Canada et aux Etats-Unis d'Amérique, alors que, dans d'autres pays de la Région des Amériques comme le Chili, El Salvador, le Mexique et le Pérou, il y a plus de médecins que d'infirmières. De même, dans la Région européenne, il y a près d'un médecin par infirmière en Bulgarie, au Portugal et en Turquie, mais environ cinq infirmières pour un médecin en Norvège et au Royaume-Uni.

Des renseignements ont été également obtenus au sujet de la disponibilité relative des dentistes et des pharmaciens, encore que les pays à fournir ce genre d'informations soient peu nombreux. Le nombre des pharmaciens et des médecins est proche de la parité dans la Région de l'Asie du Sud-Est, et ce sensiblement plus que dans les autres Régions. C'est dans la Région des Amériques que le rapport de l'effectif des dentistes à celui des médecins est le plus élevé. Ce sont toutefois des données qui doivent être interprétées avec circonspection du fait des problèmes que pose le dénombrement des dentistes et des pharmaciens qui, pour nombre d'entre eux, travaillent probablement dans le secteur privé.

Personnel du secteur public et du secteur privé

En ce qui concerne la répartition du personnel de santé entre le secteur public et le secteur privé, il existe beaucoup plus de données sur l'identité de l'employeur principal que sur l'origine des fonds utilisés pour payer les salaires ou assurer l'essentiel du revenu du personnel. Ces données incitent à penser que, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, la plupart des prestataires de services sanitaires ont pour principal employeur le secteur public : c'est le cas de plus de 70 % des médecins et de plus de 50 % des autres prestataires de services. En ce qui concerne les pays à revenu élevé, les données sont insuffisantes pour permettre une telle analyse ; il est toutefois probable

que la proportion de ceux qui sont officiellement employés par l'Etat est plus faible, car de nombreux prestataires de services exercent officiellement dans le privé, même si une grande partie de leurs revenus provient directement de fonds publics. Dans beaucoup de cas, c'est également vrai pour les prestataires de services employés par des organismes confessionnels ou des organisations non gouvernementales.

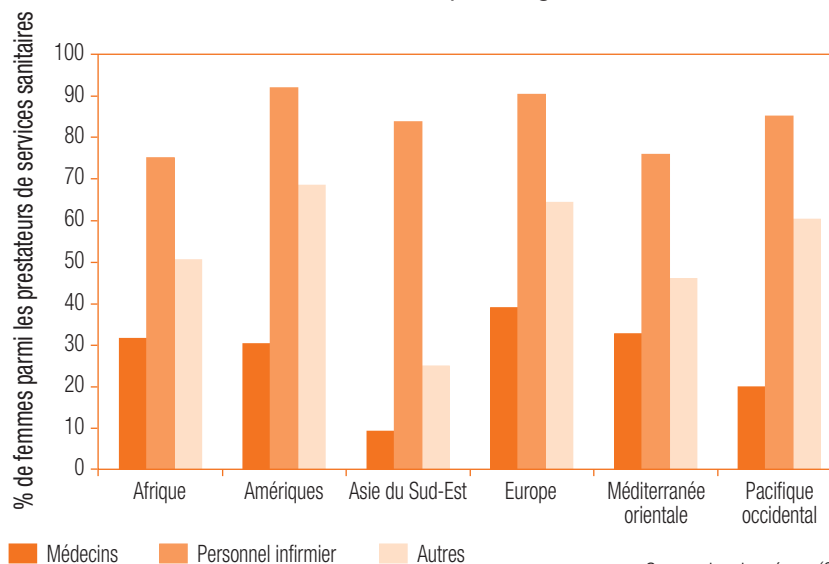
Ces moyennes approximatives dissimulent d'importantes variations d'un pays à l'autre pour un même niveau de revenu ou une même région géographique. Par exemple, alors que 70 % des médecins de l'Afrique subsaharienne travaillent officiellement dans le secteur public, dans six pays de cette même région, plus de 60 % d'entre eux sont officiellement employés par le secteur privé. En outre, même dans les pays où le secteur public est le principal employeur, il est fréquent que les employés du secteur public complètent leurs revenus en travaillant pour le secteur privé ou qu'une grande partie de ces revenus provienne directement des malades plutôt que de l'administration publique (9-11). Il est donc nécessaire, comme on le verra plus loin, que les données qui sont présentées ici au sujet de l'importance relative du secteur public soient complétées par des informations sur les dépenses de santé.

« En Europe, la proportion de femmes exerçant la médecine a augmenté régulièrement au cours des années 1990 »

Age et sexe des personnels de santé

La Figure 1.1 indique la proportion moyenne de femmes parmi les prestataires de services sanitaires des différents pays. En ce qui concerne le personnel administratif et le personnel d'appui, les informations sont insuffisantes pour que l'on puisse faire de même. Les hommes continuent à dominer dans la profession médicale, alors que ce sont les femmes qui prédominent parmi les autres prestataires de services sanitaires. Il y a toutefois des exceptions notables. En Mongolie, en Fédération de Russie et dans un certain nombre d'autres anciennes républiques soviétiques de même qu'au Soudan, il y a davantage de femmes que d'hommes parmi les médecins. Par ailleurs, la profession se féminise sensiblement dans certaines Régions. En Europe, la proportion de femmes exerçant la médecine a augmenté régulièrement au cours des années 1990, de même que la proportion d'étudiantes dans les facultés de médecine (12). Au Royaume-Uni,

Figure 1.1 Proportion de femmes parmi les prestataires de services de santé, par Région OMS



Source des données : (3).

Tableau 1.2 Proportion des dépenses publiques de santé consacrées à la rémunération des agents de santé

Région OMS	Part des dépenses publiques générales de santé (DPGS) consacrées aux traitements, salaires et indemnités du personnel	Nombre de pays pour lesquels existent des données
Afrique	29,5	14
Asie du Sud-Est	35,5	2
Europe	42,3	18
Pacifique occidental	45	7
Amériques	49,8	17
Méditerranée orientale	50,8	5
Ensemble du monde	42,2	64

Note : Les proportions par Région sont simplement les moyennes des proportions par pays et indiquent la proportion pour un pays type de la Région.

par exemple, la proportion de femmes qui s'inscrivent désormais en médecine peut atteindre 70 % dans certaines universités (13).

Les données limitées dont on dispose au sujet de l'âge des agents de santé dans les différentes situations ne permettent pas de dégager de tendances générales, encore que l'on dispose de quelques informations pour certains pays. Par exemple, on a constaté dans un certain nombre de pays de l'OCDE – notamment aux États-Unis d'Amérique et au Royaume-Uni – une augmentation au cours du temps de l'âge moyen du personnel infirmier (14, 15). Les politiques relatives à l'âge officiel de la retraite sont examinées au chapitre 5.

Il n'a pas été possible d'établir l'évolution au cours du temps de la composition des professions médicales et assimilées ou de leurs caractéristiques dans un nombre suffisant de pays pour pouvoir effectuer une analyse au niveau mondial. Il est fréquent qu'il n'existe aucun enregistrement ou mise à jour systématique de l'effectif des personnels de santé, ce qui constitue un important obstacle à l'élaboration d'une politique de développement des ressources humaines basée sur des données concrètes.

COMBIEN DEPENSE-T-ON POUR LE PERSONNEL DE SANTE ?

De par l'importance de leurs effectifs, les agents de santé représentent une part importante du nombre total de travailleurs dans le monde. En règle générale, l'importance relative du personnel de santé est plus forte dans les pays riches que dans les pays pauvres et les effectifs peuvent représenter jusqu'à 13 % de l'ensemble des travailleurs. Le paiement des salaires, allocations, indemnités, etc. du personnel de santé représente également une part importante de l'ensemble des dépenses publiques consacrées à la santé (y compris le coût des investissements) (Tableau 1.2). Un pays type consacre un peu plus de 42 % de ses dépenses publiques générales de santé à la rémunération de son personnel sanitaire, avec des variations régionales et nationales par rapport à cette valeur moyenne (16). Par exemple, en Afrique et en Asie du Sud-Est, cette part est généralement plus faible que dans d'autres Régions.

On ne dispose pas d'informations sur le secteur non étatique (c'est-à-dire privé). Toutefois, dans le cas de 43 pays, on a pu obtenir des données sur la part des dépenses totales consacrées à la santé (y compris le coût des investissements) provenant de toutes les sources de financement, publiques ou privées, qui est consacrée au paiement

« Un pays type consacre un peu plus de 42 % de ses dépenses publiques générales de santé à la rémunération de son personnel sanitaire »

« C'est dans les pays où les besoins relatifs sont les plus faibles que le personnel sanitaire est le plus nombreux »

des salaires, indemnités, allocations, etc. En moyenne, la rémunération du personnel de santé représente un peu moins de 50 % des dépenses totales consacrées à la santé, ce qui indique que la rémunération du personnel de santé appartenant au secteur privé représente une part plus importante des dépenses totales que dans le secteur public. Toutefois, il y a lieu d'interpréter ces informations avec prudence, car il y a peu de recouvrement entre les 43 pays dont il est question ici et ceux qui sont pris en considération dans le Tableau 1.2, en raison de la manière dont les données relatives aux divers pays sont notifiées. Il faut également ne pas perdre de vue que cette analyse ne prend pas en compte les honoraires directement payés par les ménages aux prestataires de services et qui ne figurent pas dans les statistiques salariales officielles.

En ce qui concerne la part des dépenses publiques générales de santé consacrées aux traitements, salaires, indemnités, allocations, etc. du personnel de santé, son évolution au cours du temps (1998–2003) n'est connue que pour 12 pays. Pour 24 autres, on connaît l'évolution de la part des dépenses totales de santé consacrées aux traitements, salaires, indemnités, allocations, etc. du personnel de santé. Aucun de ces chiffres ne permet de dégager une tendance générale. Cette part a augmenté dans certains pays, diminué dans d'autres, et en moyenne elle est restée remarquablement stable dans l'ensemble des pays.

COMMENT LE PERSONNEL DE SANTE EST-IL REPARTI ?

Une distribution inégale dans l'ensemble du monde

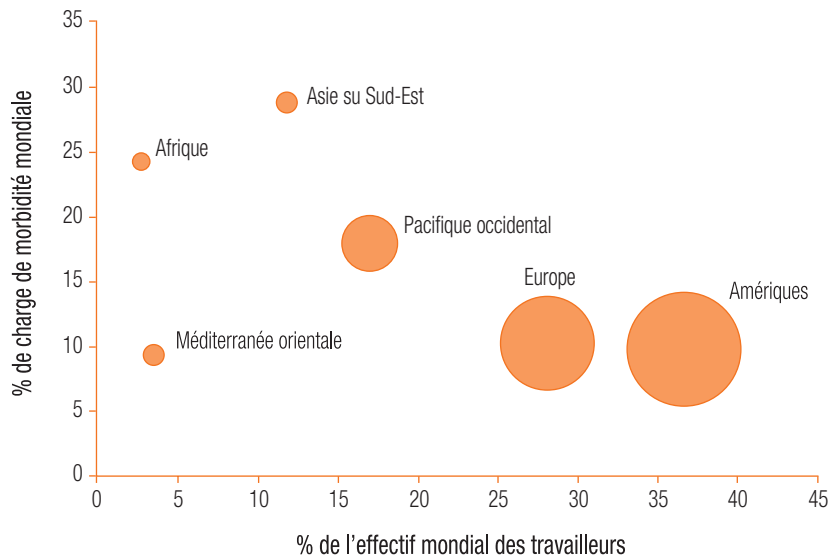
Le personnel de santé est inégalement réparti (17). C'est dans les pays où les besoins relatifs sont les plus faibles que le personnel sanitaire est le plus nombreux, alors que ceux sur lesquels pèse la charge de morbidité la plus lourde doivent se contenter d'effectifs beaucoup plus réduits. Cette situation est schématisée par la Figure 1.2 dans laquelle l'axe vertical représente la charge de morbidité, l'axe horizontal l'effectif du personnel sanitaire, et la taille des cercles les dépenses totales consacrées à la santé. La Région des Amériques, qui comporte le Canada et les Etats-Unis, ne compte que pour 10 % dans la charge de morbidité, alors que près de 37 % des agents sanitaires du monde vivent dans cette Région et absorbent plus de 50 % des ressources financières mondiales consacrées à la santé. Par contre, la Région africaine qui représente plus de 24 % de la charge mondiale de morbidité ne dispose que de 3 % du personnel sanitaire et moins de 1 % des ressources financières mondiales – même en comptant les prêts et les subventions en provenance de l'étranger.

Une répartition inégale à l'intérieur des pays

A l'intérieur des Régions et des pays, on constate également une inégalité d'accès au personnel sanitaire. Par exemple, au Viet Nam, il y a en moyenne à peine plus d'un prestataire de services pour 1000 habitants, mais des disparités très importantes se cachent derrière ce chiffre moyen. En fait, 37 des 61 provinces du Viet Nam sont en dessous de la moyenne nationale, alors qu'à l'autre extrémité l'une des provinces compte près de quatre agents de santé pour 1000 habitants (20). Les autres pays connaissent des disparités analogues (21).

Un grand nombre de facteurs interviennent dans les disparités géographiques que l'on observe dans la densité du personnel de santé. Les zones où sont implantés des hôpitaux universitaires et dont la population a les moyens de payer les prestations attirent toujours davantage d'agents de santé que celles qui ne sont pas aussi bien dotées tant au plan des équipements que des moyens financiers. Il s'ensuit que la densité du personnel de santé est généralement maximale dans les centres urbains où se rencontrent le plus souvent les hôpitaux universitaires et les gros revenus. Bien qu'à l'intérieur des pays l'urbanisation s'accroisse parallèlement à l'augmentation des revenus, on constate

Figure 1.2 Distribution des agents de santé par niveau de dépenses de santé et charge de morbidité, par Région OMS

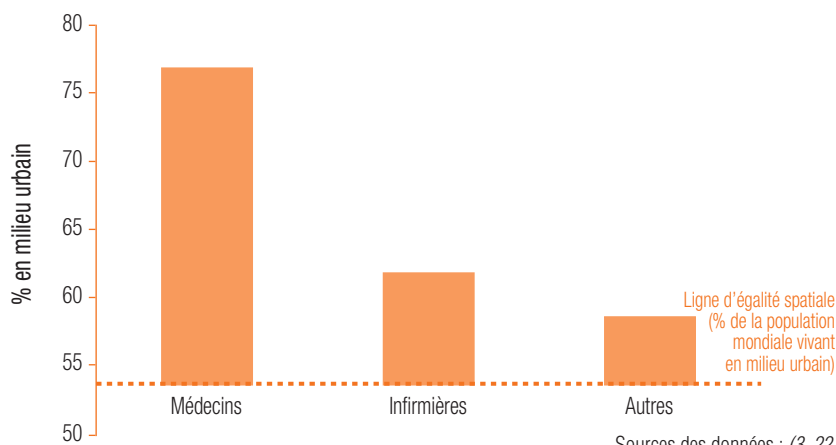


Sources des données : (3, 18, 19).

que, quel que soit le niveau de revenus d'un pays, la proportion de professionnels de la santé qui vivent en milieu urbain est supérieure à la proportion de la population urbanisée. C'est le cas en particulier des médecins, comme le montre la Figure 1.3, dans laquelle la ligne rouge en pointillé montre que, même si moins de 55 % de la population totale vit en milieu urbain, plus de 75 % des médecins, plus de 60 % des infirmières et 58 % des autres personnels de santé vivent également en milieu urbain.

Dans de nombreux pays, les prestataires de soins de sexe féminin sont particulièrement rares en milieu rural, peut-être du fait que, dans certaines zones isolées, un agent féminin qui vit seul n'est pas en sécurité. La situation serait sans doute différente si l'on pouvait inclure dans les calculs les accoucheuses traditionnelles et les agents bénévoles de villages, car c'est là un secteur très féminisé dans de nombreux pays ; malheureusement, il est rare que l'on puisse obtenir ce genre d'informations de façon systématique. Par ailleurs, il existe des exceptions notables. Par exemple, l'Éthiopie et

Figure 1.3 Répartition des prestataires de services sanitaires entre les zones rurales et les zones urbaines



Sources des données : (3, 22).

le Pakistan figurent parmi les pays qui s'attachent activement à recruter et à former des agents de santé de sexe féminin pour les régions rurales : on les appelle *health extension workers* (conseillères sanitaires) en Ethiopie, et *lady health workers* ou *lady health visitors* (visiteuses sanitaires) au Pakistan.

L'OMS met actuellement au point un système pour aider les pays à faire le bilan des ressources dont ils disposent en matière de services sanitaires, et notamment à localiser le personnel de santé (voir Encadré 1.3).

Encadré 1.3 Comment le personnel de santé est-il réparti ? Cartographie de la disponibilité des services

Pour aider les décideurs à s'informer rapidement, l'OMS collabore avec les pays au développement d'un système appelé cartographie de la disponibilité des services (SAM). Au moyen du logiciel Health Mapper de l'OMS (un logiciel basé sur le système d'information géographique) et d'un questionnaire chargé sur leurs organisateurs (PDA), les équipes sanitaires de district recueillent les données essentielles relatives aux ressources sanitaires, aux risques pour la santé publique et à la mise en œuvre des programmes afin d'établir des cartes à jour des services de santé. Pour plus de renseignements, on pourra consulter le site <http://www.who.int/healthinfo/systems/serviceavailabilitymapping/en/index.html>.

Une version rapide du système SAM a été utilisée dans une douzaine de pays et elle a permis de dresser un tableau détaillé des services dans les différents districts. Les données relatives aux ressources humaines portent sur la densité et la répartition des personnels de santé par grande catégorie et type de formation au cours des deux dernières années, avec les postes vacants et le taux d'absentéisme. La figure ci-dessous qui concerne la Zambie, indique la densité des médecins et autres personnels soignants ainsi que celle de l'ensemble des infirmières et des sages-femmes (formation longue et formation courte) pour 1000 habitants.

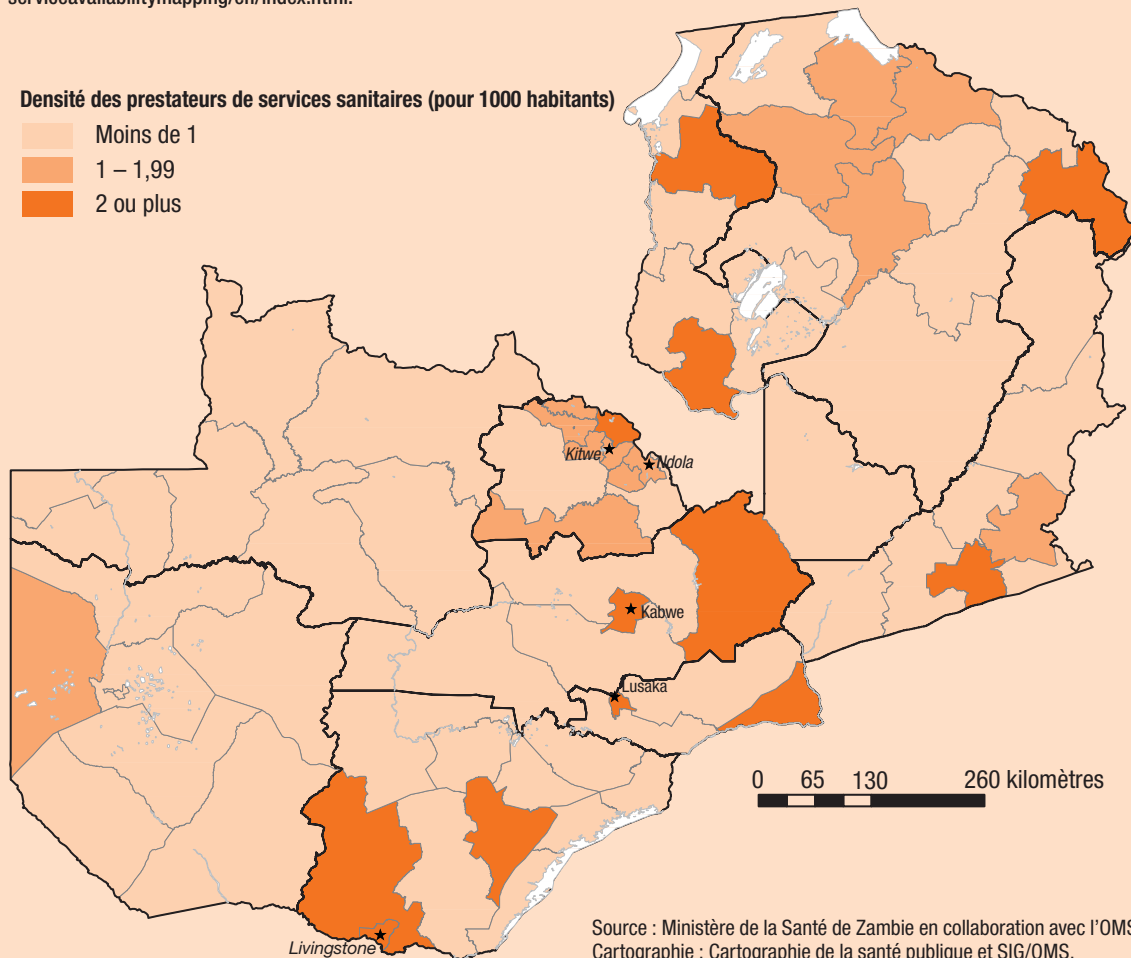
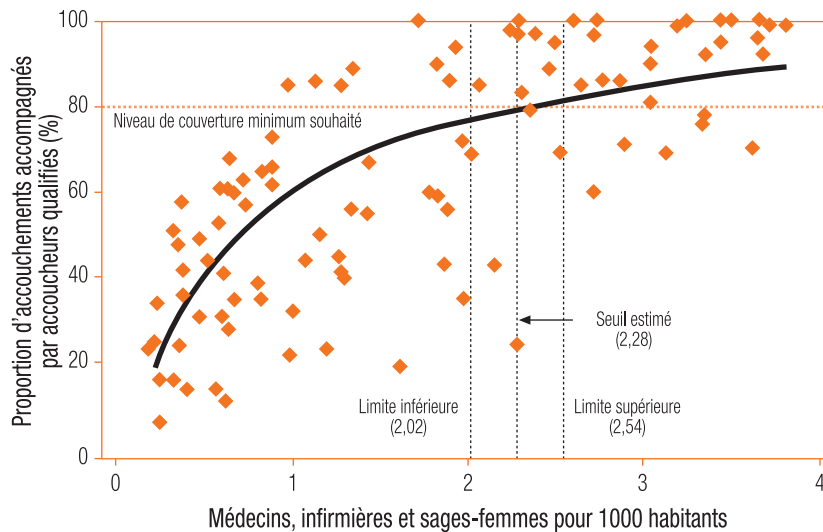


Figure 1.4 Densité des professionnels de santé nécessaire pour un accompagnement qualifié des accouchements



Sources des données : (3, 30, 31).

LE PERSONNEL DE SANTE EST-IL SUFFISANT ?

Quelle est l'importance de la répartition géographique inégale des agents de santé à l'intérieur d'un pays ? L'égalité parfaite est irréalisable et, dans certains cas, elle n'est même pas souhaitable. Il faut par exemple qu'un hôpital universitaire occupe une position stratégique et la concentration de certains agents de santé autour d'un hôpital peut être tout à fait acceptable. Mais s'il est vrai qu'une certaine variation géographique dans le nombre des agents de santé est de mise, reste à savoir jusqu'où.

Les données dont on dispose ne permettent pas d'y apporter une réponse simple, mais on constate que le taux de couverture pour les interventions essentielles est généralement plus faible dans les zones où le personnel de santé est relativement peu nombreux que dans celles où sa densité est plus forte. Cette relation s'observe aussi bien d'un pays à l'autre qu'à l'intérieur d'un même pays. C'est ainsi que des chercheurs ont récemment constaté que les pays où la densité du personnel sanitaire est forte obtiennent un taux de vaccination antirougeoleuse plus élevé et une meilleure couverture des soins prénatals (23–25).

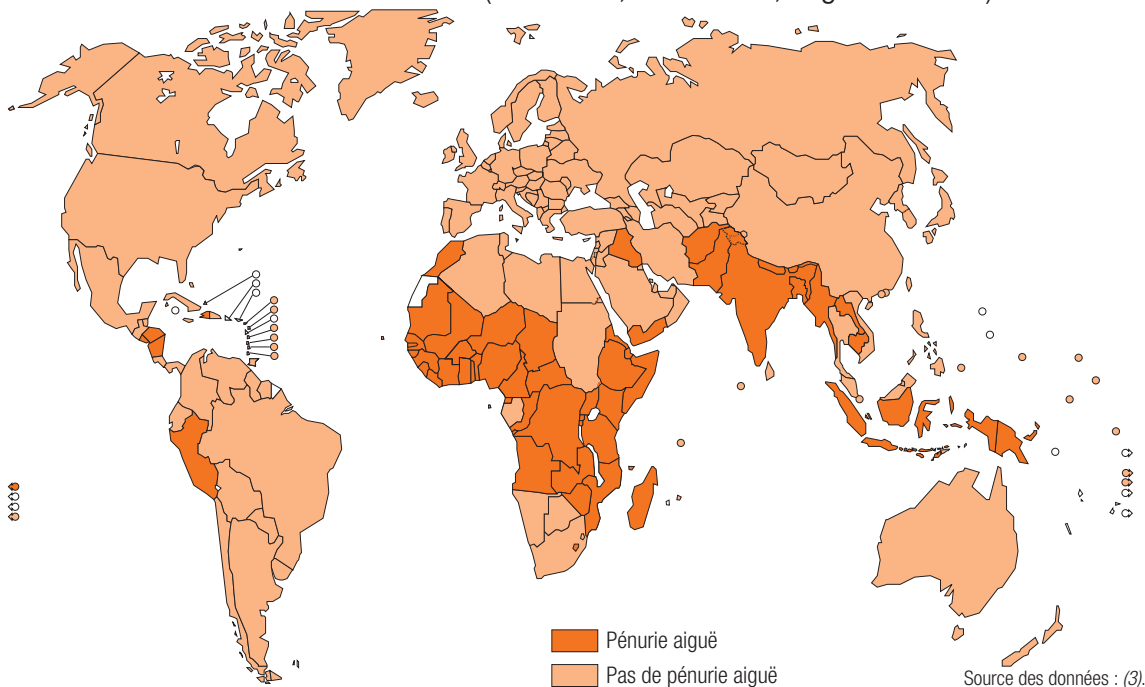
Cette corrélation entre disponibilité du personnel de santé et taux de couverture des interventions sanitaires laisse penser que la santé publique est à la peine lorsque le personnel sanitaire est rare (20, 21, 25–27). D'où une question plus fondamentale qui est de savoir si le personnel sanitaire est suffisamment nombreux. Il n'existe pas de norme idéale par rapport à laquelle on puisse déterminer si les effectifs sont suffisants. Ce point est examiné dans le paragraphe suivant s'agissant des besoins essentiels en matière de santé.

Adéquation des effectifs aux besoins

Les diverses estimations relatives à la présence d'agents de santé en nombre suffisant pour exécuter un ensemble d'interventions sanitaires essentielles et satisfaire aux objectifs du Millénaire pour le développement (notamment en ce qui concerne l'extension des inter-

« L'OMS estime la pénurie de personnel à plus de 4 millions de médecins, infirmières, sages-femmes et autres »

Figure 1.5 Pays qui connaissent une pénurie aiguë de prestataires de services de santé dans le monde (médecins, infirmières, sages-femmes)



ventions contre le VIH/SIDA) ont permis de mettre en évidence la pénurie d'effectifs qui existe dans presque tous les pays à faible revenu. Selon les publications consacrées au VIH/SIDA, on estime que l'extension du traitement au moyen d'antirétroviraux met à contribution entre 20 et 50 % des personnels sanitaires existants dans quatre pays d'Afrique, cette proportion tombant toutefois à moins de 10 % dans les dix autres pays enquêtés (28). D'une façon plus générale, les analystes estiment que, dans le meilleur des cas, l'effectif du personnel sanitaire ne permettrait de ne satisfaire en 2015 que 60 % des besoins estimatifs en République-Unie de Tanzanie par exemple, et qu'au Tchad les besoins représenteraient 300 % de l'effectif disponible (29). Par ailleurs, les auteurs du Rapport sur la santé dans le monde, 2005 ont estimé qu'il faudrait former 334 000 accoucheurs qualifiés dans l'ensemble du monde, seulement pour assurer une couverture de 72 % de tous les accouchements (18).

Pour déterminer à quel niveau se situe la pénurie dans l'ensemble du monde, la Joint Learning Initiative (JLI) (initiative conjointe pour l'apprentissage), un réseau de responsables internationaux de la santé publique créé par la Fondation Rockefeller part de l'idée qu'en moyenne les pays possédant moins de 2,5 soignants (en ne prenant que les médecins, les infirmières et les sages-femmes) pour 1000 habitants ont été incapables d'obtenir une couverture de 80 % en ce qui concerne l'accompagnement des accouchements par des accoucheurs qualifiés ou la vaccination antirougeoleuse (24). Cette manière de définir la pénurie, que ce soit au niveau mondial ou au niveau national, repose pour une part sur la décision de fixer le niveau minimal de couverture souhaité à 80 % et pour une part sur un mode de détermination empirique de la densité de personnel permettant d'obtenir un tel niveau de couverture. En utilisant une méthode également basée sur une valeur « seuil » ainsi que des données à jour sur l'effectif du personnel sanitaire recueillies aux fins du présent rapport, on a repris l'analyse JLI dans le cas des accoucheurs qualifiés (voir Figure 1.4). Cette analyse donne un seuil remarquablement similaire de 2,28 soignants pour 1000 habitants, avec une fourchette de 2,02 à 2,54 pour tenir compte de l'incertitude.

Les 57 pays qui se trouvent en dessous de ce seuil et qui n'atteignent pas le niveau

Tableau 1.3 Estimation de la pénurie aiguë de médecins, d'infirmières et de sages-femmes, par Région OMS

Région OMS	Nombre de pays		Dans les pays connaissant une pénurie		
	Total	Avec pénurie	Effectif total	Pénurie estimée	Augmentation nécessaire en %
Afrique	46	36	590 198	817 992	139
Amériques	35	5	93 603	37 886	40
Asie du Sud-Est	11	6	2 332 054	1 164 001	50
Europe	52	0	SO	SO	SO
Méditerranée orientale	21	7	312 613	306 031	98
Pacifique occidental	27	3	27 260	32 560	119
Ensemble du monde	192	57	3 355 728	2 358 470	70

SO : sans objet

Source des données : (3).

de couverture de 80 % sont considérés comme ayant une pénurie aiguë de personnel. Trente-six d'entre eux sont situés en Afrique subsaharienne (Figure 1.5). Pour que tous ces pays puissent atteindre le niveau de disponibilité visé en matière de personnel, il faudrait que l'effectif mondial des professionnels de santé augmente de 2,4 millions (Tableau 1.3). (Si l'on se base sur les limites supérieure et inférieure du seuil estimatif de pénurie, il manquerait entre 3 et 1,7 millions d'agents de santé dans le monde). Et encore, ce besoin ne concerne-t-il que trois types de prestataires de services. En multipliant ce déficit de 2,4 millions par 1,8, c'est-à-dire par le rapport moyen de l'effectif total des agents de santé au nombre de médecins, d'infirmières et de sages-femmes observé dans toutes les Régions OMS (sauf l'Europe où, selon ces critères, il n'y a pas de pénurie aiguë), le déficit des effectifs avoisine les 4,3 millions d'agents de santé.

En valeur absolue, la pénurie la plus forte s'observe en Asie du Sud-Est, surtout au Bangladesh, en Inde et en Indonésie. En valeur relative, c'est en Afrique subsaharienne qu'elle est la plus importante, où il faudrait augmenter les effectifs de près de 140 % pour atteindre le seuil requis.

Ces estimations mettent en lumière la nécessité absolue d'accroître le nombre d'agents de santé, simplement pour assurer, avec une couverture modeste, les interventions sanitaires essentielles dans les pays les plus démunis. Ces estimations ne sauraient se substituer à une détermination précise de l'existence d'effectifs suffisants dans les pays, ni faire oublier le fait que l'accroissement du nombre d'agents de santé dépend dans une très large mesure d'autres facteurs tels que le niveau de revenu et d'éducation de la communauté (21, 25). En outre, les facteurs économiques entrent également dans l'équation : la présence d'une pénurie de personnel par rapport aux besoins n'exclut pas que les conditions locales du marché entraînent simultanément un chômage parmi ces personnels (voir le chapitre 6 pour une discussion plus approfondie).

FAIRE FACE A LA PENURIE – POUR QUEL COUT ?

Comblant le déficit de personnel par la formation nécessite un investissement important. Si l'on passe rapidement à la vitesse supérieure et que la formation soit achevée en totalité d'ici 2015, on arrive à un coût pour la formation qui va, pour la valeur la plus faible, de US \$1,6 million par pays et par an à près de US \$2 milliards pour un grand pays comme l'Inde. Le coût moyen par pays, qui s'établit à US \$136 millions par an, est du même ordre de grandeur que le coût estimatif du Programme d'urgence pour les ressources humaines du Malawi (voir chapitre 2). Pour en assurer le financement, il faudrait que les dépenses de santé augmentent de US \$2,80 par personne et par an dans le pays type (la fourchette va de US \$0,40 à un peu plus de US \$11) – soit une

augmentation de 11 % environ par rapport au niveau de dépenses de 2004 (34).

Ces estimations se limitent aux médecins, aux infirmières et aux sages-femmes, professions pour lesquelles les données relatives aux effectifs et aux coûts de formation sont les plus complètes, de sorte que les chiffres obtenus doivent être considérés comme des minima. Dans nos calculs, nous avons corrigé à la hausse le nombre visé d'agents de santé pour tenir compte de la croissance de la population entre 2005 et 2015, et le nombre d'étudiants admis dans les établissements d'enseignement a également été corrigé à la hausse pour tenir compte des départs pendant et après la formation. Chaque fois que possible, on a utilisé les coûts de formation Région par Région en incluant également le coût en capital. Toutefois, ces données sont limitées et les résultats doivent donc être interprétés avec circonspection.

Ces estimations reposent également sur l'hypothèse que les tendances et les modalités actuelles de la formation se poursuivront. On trouvera dans les chapitres suivants un exposé sur les autres manières de s'attaquer aux déficits observés, par exemple en s'efforçant d'accroître la productivité et la motivation du personnel actuel ou encore en modifiant la palette de compétences de ces agents.

Une fois que l'on sera véritablement passé à la vitesse supérieure en matière de formation, le coût annuel supplémentaire des médecins, infirmières et sages-femmes nouvellement employés sera d'un peu plus de US \$311 millions par pays aux prix de 2004. D'ici 2015, l'expansion des ressources humaines pour la santé nécessiterait d'augmenter les dépenses d'au moins US \$7,50 par personne et par an dans le pays type pour assurer le paiement des salaires. On peut considérer que c'est là un coût minimal, car il faudra probablement augmenter les salaires dans une certaine mesure pour retenir



© AFP 2005

Le Dr John Awoonor-Williams est le seul médecin en poste à l'hôpital de district de Nkwanta au Ghana. Cet hôpital dessert une population de 187 000 personnes dans une vaste zone reculée située dans le nord de la région de la Volta.

ces agents supplémentaires dans le secteur sanitaire et dans le pays. Il est difficile de déterminer l'ampleur de l'augmentation nécessaire, en partie du fait que les salaires dans les pays déficitaires peuvent être jusqu'à 15 fois inférieurs à ceux qui sont pratiqués dans les pays qui constituent la destination de choix des candidats à l'immigration (32). Dans le projet pour le Millénaire, on est parti de l'hypothèse qu'il faudrait doubler les salaires pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (33), ce qui correspondrait à une augmentation des coûts salariaux annuels de US \$53 milliards dans les 57 pays. Pour ramener le problème à de plus justes proportions, ces chiffres représentent une augmentation de moins de 5 % des dépenses annuelles mondiales pour le personnel sanitaire. Il faudrait également que les dépenses de santé augmentent de US \$20 par personne et par an dans le pays type – soit une augmentation de plus de 75 % par rapport au chiffre de 2004.

Ce sont des chiffres qu'il faut interpréter avec prudence, notamment du fait que, dans le cas du personnel de santé, le marché du travail évolue rapidement à mesure que la mondialisation progresse. Il est très probable par exemple que dans certains pays où l'on n'a pas mis en évidence de déficit, il faudrait également augmenter les salaires pour que le personnel n'émigre pas dans des pays qui manquent de main-d'œuvre. Ce sont des effets difficiles à prévoir, mais les chiffres indiqués dans le présent rapport montrent indiscutablement que la communauté internationale doit soutenir activement le renforcement des ressources humaines pour la santé.

CONCLUSION

La situation du personnel de santé dans le monde qui est décrite ici révèle qu'il y a plus de 59 millions d'agents de santé au total, répartis de manière inégale d'un pays à l'autre et à l'intérieur d'un même pays. Les agents de santé sont les plus nombreux dans les régions riches, là où les besoins en matière de santé sont les moins criants. L'insuffisance du personnel est criante par rapport aux besoins avec un déficit total qui est de l'ordre de 4,3 millions d'agents.

Le bilan de cette situation met en lumière l'étendue de notre ignorance. Les données relatives à la palette de compétences, à la structure d'âge, aux sources de revenu, à la répartition géographique et à d'autres caractéristiques importantes pour l'élaboration d'une politique sont loin d'être complètes. Une des raisons en est que les définitions utilisées pour classer le personnel de santé varient d'un pays à l'autre, et il est donc difficile d'être certain que ce sont bien les mêmes personnes qui sont considérées comme des agents de santé dans les différentes situations. Pour tenter de résoudre ce problème, l'OMS met au point une classification type des personnels de santé en collaboration avec les pays et d'autres partenaires.

La seconde raison que l'on peut invoquer est simplement le manque de données. Dans certains pays, on ne procède pas au recueil systématique de données sur l'effectif total du personnel de santé et l'on sait peu de choses au sujet de certaines catégories d'agents, même dans les pays qui possèdent un système bien développé de communication des données. En raison de l'absence d'informations fiables et à jour, les décideurs nationaux et internationaux ont beaucoup de peine à élaborer des stratégies fondées sur des éléments concrets pour tenter de résoudre la crise du personnel ou à mettre en place des systèmes de santé adaptés aux besoins des populations défavorisées. Si la communauté mondiale consentait à des investissements relativement modérés, on pourrait espérer des résultats substantiels. Le chapitre 7 revient sur la question et propose un certain nombre de solutions possibles. Entre-temps, on trouvera dans le chapitre 2 un exposé de certains des problèmes les plus importants auxquels le personnel de santé doit faire face aujourd'hui dans le monde.

REFERENCES

1. Dal Poz MR, Kinfu Y, Dräger S, Kunjumen T, Diallo K. *Counting health workers: definitions, data, methods and global results*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006 (document de base pour le Rapport sur la santé dans le monde 2006 ; disponible sur l'Internet à l'adresse suivante : <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).
2. Organisation internationale du Travail. *Classification internationale type des professions* (<http://www.ilo.org/public/french/bureau/stat/class/isco.htm>, consulté le 19 janvier 2006).
3. Organisation mondiale de la Santé. *Global Atlas of the Health Workforce* (<http://www.who.int/globalatlas/default.asp>, consulté le 19 janvier 2006).
4. Zurn P, Vujcic M, Diallo K, Pantoja A, Dal Poz MR, Adams O. Planning for human resources for health: human resources for health and the projection of health outcomes/outputs. *Cahiers de Sociologie et de Démographie médicales*, 2005, 45:107–133.
5. Buchan J, Dal Poz MR. Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence [Dosage des compétences parmi les personnels de santé : examen des données]. *Bulletin of the World Health Organization*, 2002, 80:575–580 (résumé en français).
6. Dussault G, Adams O, Fournier P. *Planejamento de recursos humanos em saúde*. Traduction, Adaptation et préface de Dal Poz MR. Rio de Janeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 1997 (Série Estudos em Saúde Coletiva, 158).
7. Lave JR, Lave LB, Leinhardt S. Medical manpower models: need, demand and supply. *Inquiry*, 1975, XII:97–126.
8. Reinhardt UE. Projecting long-term trends in health manpower: methodological problems. In: Culyer AJ. *The economics of health*. Great Yarmouth (Royaume-Uni), Edward Elgar Publishing Ltd, 1991:262–83.
9. McPake B, Asimwe D, Mwesigye F, Ofumbi M, Streefland P, Turinde A. Coping strategies of health workers in Uganda. In: Ferrinho P, Van Lerberghe W. *Providing health care under adverse conditions: health personnel performance and individual coping strategies*. Anvers (Belgique), ITG Press, 2000 (Studies in Health Services Organization and Policy, 16:131–150).
10. Macq J, Van Lerberghe W. Managing health services in developing countries: moonlighting to serve the public? In: Ferrinho P, Van Lerberghe W. *Providing health care under adverse conditions: health personnel performance and individual coping strategies*. Anvers (Belgique), ITG Press, 2000 (Studies in Health Services Organization and Policy, 16:177–186).
11. Ferrinho P, Van Lerberghe W, Fronteira I, Hipolito F, Biscaia A. Dual practice in the health sector: review of the evidence. *Human Resources for Health*, 2004, 2:14.
12. Gupta N, Diallo K, Zurn P, Dal Poz MR. Assessing human resources for health: what can be learned from labour force surveys? *Human Resources for Health*, 2003, 1:5.
13. Dubois C-A, McKee M, Nolte E. Analysing trends, opportunities and challenges. In: Dubois C-A, McKee M, Nolte E. *Human resources for health in Europe*. Bruxelles, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2005.
14. Buerhaus P, Staiger D, Auerbach D. Implications of a rapidly aging registered nurse workforce. *JAMA*, 2000, 283:2948–2954.
15. Buchan J. The “greying” of the United Kingdom nursing workforce: implications for employment policy and practice. *Journal of Advanced Nursing*, 1999, 30:818–826.
16. Hernandez P, Dräger S, Evans DB, Tan-Torres T, Dal Poz MR. Measuring expenditure for the health workforce: challenges and evidence. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006 (document de base pour le Rapport sur la santé dans le monde 2006 ; disponible sur l'Internet à l'adresse suivante : <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).
17. Speybroeck N, Ebener S, Sousa A, Paraje G, Evans DB, Prasad A. *Inequality in access to human resources for health: measurement issues*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006 (document de base pour le Rapport sur la santé dans le monde 2006 ; disponible sur l'Internet à l'adresse suivante : <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).
18. *Rapport sur la santé dans le monde 2005 – donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005:224–227.
19. Organisation mondiale de la Santé. *Burden of Disease Statistics* (<http://www.who.int/healthinfo/bod/en/>, consulté le 19 janvier 2006).
20. Prasad A, Tandon A, Sousa A, Ebener S, Evans DB. *Measuring the efficiency of human resources for health in attaining health outcomes across provinces in Viet Nam*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006 (document de base pour le Rapport sur la santé dans le monde 2006 ; disponible sur l'Internet à l'adresse suivante : <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).

21. Sousa A, Tandon A, Prasad A, Dal Poz MR, Evans DB. *Measuring the efficiency of health workers in attaining health outcomes across sub national units in Brazil*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006 (document de base pour le *Rapport sur la santé dans le monde 2006* ; disponible sur l'Internet à l'adresse suivante : <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).
22. Population Reference Bureau. Search Population and Health Data (<http://www.prb.org/datafind/datafinder6.htm>, consulté le 20 janvier 2006).
23. Anand S, Bärninghausen T. *Human resources for health and vaccination coverage in developing countries* (document non publié, Oxford University, 2005).
24. Chen L, Evans T, Anand S, Boufford JI, Brown H, Chowdhury M et al. Human resources for health: overcoming the crisis. *Lancet*, 2004, 364:1984–1990.
25. Speybroeck N, Kinfu Y, Dal Poz MR, Evans DB. *Reassessing the relationship between human resources for health, intervention coverage and health outcomes*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006 (document de base pour le *Rapport sur la santé dans le monde 2006* ; disponible sur l'Internet à l'adresse suivante : <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).
26. Tandon A, Sousa A, Prasad A, Evans DB. *Human resources and health outcomes in Brazil and Viet Nam: a comparative perspective*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006 (document de base pour le *Rapport sur la santé dans le monde 2006* ; disponible sur l'Internet à l'adresse suivante : <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).
27. Anand S, Bärninghausen T. Human resources and health outcomes: cross-country econometric study. *Lancet*, 2004, 364:1603–1609.
28. Smith O. Human resource requirements for scaling up antiretroviral therapy in low-resource countries (Appendix E). In: Curran J, Debas H, Arya M, Kelley P, Knobler S, Pray L. *Scaling up treatment for the global AIDS pandemic: challenges and opportunities*. Washington, D. C., National Academies Press (Board of Global Health), 2004.
29. Kurowski C, Wyss K, Abdulla S, Yémadji N, Mills A. *Human resources for health: requirements and availability in the context of scaling-up priority interventions in low-income countries. Case studies from Tanzania and Chad*. Londres, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2003 (Working Paper 01/04).
30. UNICEF. *WHO-UNICEF Estimates on Immunization Coverage 1980-2004* (<http://www.childinfo.org/areas/immunization/database.php>, consulté le 20 janvier 2006).
31. Division de la Population de l'Organisation des Nations Unies. *World Population Prospects: the 2004 Revision. Population Database* (<http://esa.un.org/unpp>, consulté le 20 janvier 2006).
32. Vujicic M, Zurn P, Diallo K, Adams O, Dal Poz MR. The role of wages in the migration of health care professionals from developing countries. *Human Resources for Health*, 2004, 2:3.
33. *Millennium Development Goals needs assessments: country case studies of Bangladesh, Cambodia, Ghana, Tanzania and Uganda*. New York, N. Y., Projet du Millénaire, 2004 (http://www.unmillenniumproject.org/documents/mp_ccspaper_jan1704.pdf, consulté le 23 février 2004).
34. Verboom P, Tan-Torres Edejer T, Evans DB. *The costs of eliminating critical shortages in human resources for health*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006 (document de base pour le *Rapport sur la santé dans le monde 2006* ; disponible sur l'Internet à l'adresse suivante : <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).

faire face aux besoins



chapitre deux

S sanitaires urgents

dans ce chapitre

19	Services hautement prioritaires : les ressources humaines pour la santé et les OMD
25	Préparer le personnel à la charge croissante des maladies chroniques et des traumatismes
29	Mobilisation pour répondre aux besoins en matière de secours d'urgence : catastrophes naturelles et flambées épidémiques
34	Travailler en situation de conflit ou de postconflit
37	Conclusion

Dans le présent chapitre, les auteurs recensent quelques-unes des tâches les plus importantes qui attendent aujourd'hui les systèmes de santé et le personnel sanitaire dans le monde, ils étudient les différents moyens mis en œuvre par ce personnel pour y faire face et indiquent de quelle manière on peut améliorer ces moyens. Ces tâches consistent en premier

lieu à faire passer les interventions à l'échelle supérieure de manière à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement dans le domaine de la santé ; en second lieu, à réussir le passage à un modèle de soins communautaires axé sur le malade pour le traitement des maladies chroniques ; en troisième lieu à s'attaquer aux problèmes posés par les catastrophes naturelles et les flambées épidémiques ; et, enfin, à préserver les services de santé en situation de conflit ou de postconflit.

Le choix de ces tâches s'explique par le fait qu'elles représentent un bon échantillon du genre de défis à relever dans de nombreux pays et dans de nombreuses situations. Chacune des quatre sections du présent chapitre décrit les principales caractéristiques d'une tâche à accomplir en indiquant quels moyens le personnel de santé met en œuvre pour y faire face et comment il pourrait agir de manière plus appropriée.

SERVICES HAUTEMENT PRIORITAIRES : LES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTÉ ET LES OMD

Il est désormais largement admis que le manque catastrophique de personnel sanitaire dans de nombreux endroits constitue l'un des obstacles les plus importants à la réalisation des trois objectifs du Millénaire pour le développement dans le domaine de la santé (OMD) : réduire la mortalité

infanto-juvénile, améliorer la santé maternelle, et combattre le VIH/SIDA ainsi que d'autres maladies comme la tuberculose et le paludisme (1–6). Des pays comme la République-Unie de Tanzanie et le Tchad, par exemple, ne possèdent même pas la moitié du personnel sanitaire dont ils auraient besoin pour répondre convenablement à leurs besoins sanitaires essentiels (5). La pénurie ne concerne pas uniquement les prestataires de services de santé – elle touche également toutes les catégories d'agents sanitaires, y compris les techniciens de laboratoire, les pharmaciens, les logisticiens et les administrateurs.

« L'obstacle le plus sérieux à la mise en œuvre des plans nationaux de traitement n'est plus d'ordre financier mais consiste dans un manque de ressources humaines »

Les fonds considérables qui ont été levés auprès des donateurs en vue de réaliser les OMD relatifs à la santé, et notamment pour combattre le VIH/SIDA, ont conduit à une situation dans laquelle l'obstacle le plus sérieux à la mise en œuvre des plans nationaux de traitement n'est plus d'ordre financier mais consiste dans le manque de ressources humaines (7).

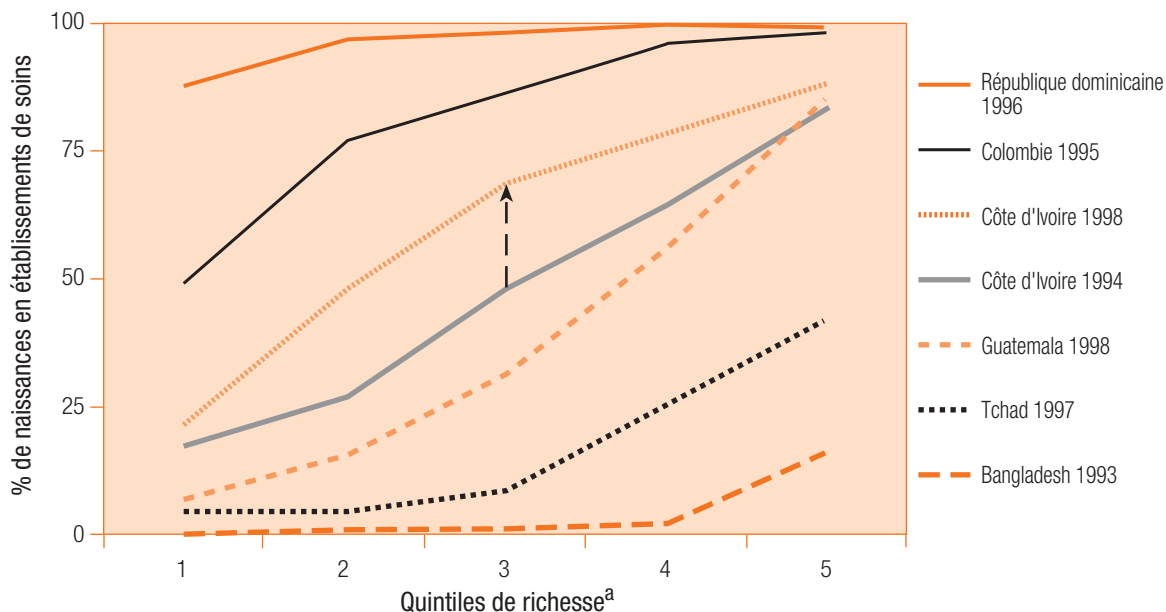
Pour pouvoir réaliser les OMD, il va falloir élaborer, en matière de ressources humaines, des stratégies susceptibles d'être mises en œuvre rapidement (6). Il est d'ailleurs probable qu'il ne suffira pas d'assurer simplement une formation en vue d'intervenir contre telle ou telle maladie. Il faudra prendre en compte dans ces stratégies les problèmes plus généraux que connaissent les systèmes de santé et qui sont liés au handicap universel que constitue la faiblesse du revenu. Il existe par exemple d'énormes disparités entre les différents groupes de revenu en ce qui concerne l'accès aux prestations en établissement de soins (voir Figure 2.1).

Dans plusieurs domaines, une réflexion systématique est nécessaire pour trouver les moyens de recruter et de retenir le personnel chargé de mener l'action sanitaire nécessaire à la réalisation des OMD (voir Encadré 2.1). Pour être plus efficaces, les efforts déployés en matière de ressources humaines doivent s'appuyer sur une évaluation critique des comportements actuels.

Une épidémie de formation en cours d'emploi

De nombreux projets et programmes créés en vue de la réalisation des OMD abondent en lignes budgétaires pour la formation du personnel, sans disposer pour autant de

Figure 2.1 De la privation massive à l'exclusion marginale : la progression de la couverture



^aLes quintiles de richesses fournissent un indicateur de la situation socio-économique des ménages. On divise la population en cinq groupes (par ordre de richesse croissante de 1 à 5), en appliquant une méthodologie qui associe des données sur les caractéristiques du chef de ménage, sur la possession par le ménage de certains biens, sur l'existence des services et sur les caractéristiques du logement.

Source des données : (8).

stratégies d'ensemble en matière de ressources humaines. Il s'ensuit que beaucoup d'efforts sont consacrés à l'organisation de cours de formation de brève durée, qui ont souvent lieu dans les hôtels d'autres pays. La plupart de ces cours ont pour but d'apporter aux agents de santé ou à leurs formateurs les compétences nécessaires pour assurer certaines interventions. Les agents en formation apprécient sans doute de faire un voyage gratuit jusqu'à un grand centre urbain, mais ces voyages comportent un coût d'opportunité non négligeable. Le personnel est rarement remplacé lorsqu'il est en déplacement et, bien souvent, plusieurs cours sont suivis par les mêmes agents au cours de l'année. En outre, ces cours se font rarement en liaison avec les établissements de formation locaux, de sorte qu'on perd par là une occasion de s'assurer la participation du personnel universitaire ou de contribuer à l'organisation de tels cours organisés sur place. A la suite des évaluations portant sur les formations à court terme dispensées en Afrique au cours de la période 2000-2001, il a été fermement recommandé d'assurer ces formations sur place dans la mesure du possible et par le canal d'établissements locaux (9).

Un personnel de district surchargé

Les programmes nationaux mis en place pour réaliser les OMD portant sur les diverses maladies contraignent les administrateurs sanitaires de district et leur personnel à exécuter parallèlement de nombreuses tâches telles que lire des documents, remplir des formulaires, rédiger des rapports, assister à des réunions et effectuer des visites sur le terrain. Ces obligations leur sont souvent imposées par les donateurs internationaux, et le personnel de district, qui manque des fonds et de l'appui nécessaires, peut être rapidement débordé. La simple rédaction des rapports d'activité des divers programmes peut prendre entre 10 et 20 % du temps d'un administrateur sanitaire de district (10).

Une politique salariale à deux vitesses

Le déluge de programmes portant sur les objectifs du Millénaire pour le développement exerce également une forte pression sur les salaires. Pour attirer le personnel, les programmes dotés d'importants moyens financiers et dont l'exécution n'est pas assurée par le secteur public – notamment ceux qui se consacrent au traitement du VIH/SIDA – offrent souvent des salaires supérieurs à ceux payés par l'administration publique aux agents locaux. Cette situation conduit à une politique salariale à deux vitesses, que l'on observe souvent au sein d'une même institution. Cela crée des problèmes non négligeables. Les agents de santé moins payés en éprouvent souvent une vive contrariété et ne comprennent pas par exemple qu'une infirmière spécialisée en obstétrique gagne moins qu'une infirmière spécialisée en VIH/SIDA. En outre, certains services essentiels risquent de ne pas être assurés si l'employeur n'est pas en mesure d'offrir des salaires suffisamment compétitifs pour attirer et garder son personnel.

Encadré 2.1 Le personnel de santé et les objectifs du Millénaire pour le développement

Le personnel de santé se heurte à plusieurs difficultés dans les interventions qu'il conduit en vue d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement dans le domaine sanitaire. Les principaux problèmes peuvent se résumer comme suit :

- formation inappropriée ou insuffisante, avec des programmes d'études qui ne sont pas adaptés aux besoins ;
- difficultés d'accès à l'information et aux savoirs ;
- effectifs et compétences insuffisants du personnel sanitaire ;
- répartition inégale du personnel aux différents niveaux de prestations, depuis les administrateurs nationaux de programme jusqu'au personnel des établissements de santé ;
- moral en berne et motivation insuffisante ;
- mauvaises conditions de sécurité sur le lieu de travail ;
- politiques et pratiques en matière de développement des ressources humaines qui laissent à désirer (médiocrité des perspectives de carrière, des conditions de travail et de la rémunération) ;
- manque d'attention de la part de l'encadrement ;
- pas d'intégration des services avec le secteur privé ;
- forte usure des effectifs par suite de décès consécutifs à ces mêmes maladies que le personnel s'efforce de guérir ou du fait de l'émigration.

Source des données : (2).

« Le développement des effectifs exige une volonté politique, un financement suffisant et un plan d'ensemble »

Stratégie 2.1 Passer à la vitesse supérieure en matière de planification des ressources humaines

Devant l'insuffisance abyssale des ressources humaines nécessaires pour faire face à la demande de services liée aux OMD, il est impératif d'accélérer le développement des effectifs. Ce développement nécessite la présence de trois facteurs – la volonté politique, un financement suffisant et un plan d'ensemble.

Avant de pouvoir mettre en place les réformes nécessaires, il faut que les dirigeants politiques, les donateurs et les gouvernements considèrent que le personnel sanitaire représente un investissement qui mérite toutes les attentions et non pas un poste budgétaire à réduire le plus possible. Cette ferme volonté politique doit s'accompagner d'un engagement à accorder les fonds nécessaires. Il faut non seulement financer les prestataires de services, mais également le personnel administratif et le personnel d'appui dont l'action est d'une importance cruciale pour le personnel qui travaille aux avant-postes du système de santé.

Le troisième facteur consiste dans la mise en place d'une stratégie rationnelle visant à dynamiser le personnel en fixant des objectifs de rendement à court et à long terme. Cette stratégie doit reposer sur les besoins reconnus en ressources humaines des programmes prioritaires (2) et mobiliser les institutions qui ont la charge de générer et de gérer ces ressources (voir chapitres 3 et 4).

Le Malawi a pu faire converger ces trois éléments en mettant en place son Programme d'urgence pour les ressources humaines (Emergency Human Resources Programme), programme auquel le Ministère de la Santé a accordé un rang élevé de priorité (voir Encadré 2.2). Les pays qui connaissent une crise analogue en matière de ressources humaines devraient envisager d'élaborer des plans de ce genre avec le soutien de la communauté internationale.

Encadré 2.2 Un Programme d'urgence pour les ressources humaines au Malawi

Les effectifs du service de santé du Malawi sont insuffisants pour assurer un niveau minimal de soins et sont particulièrement faibles, même comparativement aux autres pays de la Région. Ils sont également insuffisants pour faire face à la demande de traitements antirétroviraux et d'autres prestations nécessitées par le VIH/SIDA. Sur 27 districts, 15 comptent moins de 1,5 infirmière par établissement de soins, et cinq districts n'en ont même pas une chacun, quatre autres n'ayant pas un seul médecin. L'usure des effectifs imputable au VIH/SIDA aggrave encore la pénurie. En outre, le nombre d'infirmières qualifiées vivant au Malawi qui ont opté pour une activité en dehors du secteur sanitaire atteint 800.

En avril 2004, le Ministère de la Santé a considéré qu'il était absolument prioritaire d'agir pour retenir le personnel en poste et éviter un exode des cerveaux, mettant en avant la nécessité de faire revenir le personnel qui avait quitté le système tout en restant au pays. Ce Programme d'urgence pour les ressources humaines qui s'étend sur six ans consiste à stimuler le recrutement et la fidélisation de nationaux par une augmentation de 52 % du salaire brut au bénéfice de 11 catégories de cadres et autres personnels techniques, à recruter à titre provisoire des médecins et des infirmières à l'extérieur, et à accroître sensiblement les moyens de formation nationaux. Ce Programme admet la nécessité de prendre en considération un certain nombre de facteurs non financiers qui conditionnent la fidélisation du personnel, notamment la politique suivie en matière d'affectations et de promotion, de gestion de la performance et de reclassement, les possibilités de formation et d'amélioration des compétences, les problèmes de parité homme/femme et la qualité du logement. Le Programme s'attache également à renforcer les moyens en matière

de planification et de gestion des ressources humaines au niveau du Ministère de la Santé ainsi qu'au niveau local.

Le Programme, qui reçoit un soutien du Fonds mondial pour la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, du Département for International Development du Royaume-Uni, du Gouvernement du Malawi et d'autres donateurs, devrait, selon les estimations, coûter environ US \$278 millions. Il faudra compter jusqu'à US \$98 millions pour assurer la mise à niveau des salaires, plus US \$35 millions pour l'amélioration du logement du personnel et, enfin, US \$64 millions seront consacrés au développement des moyens de formation.

Cette politique, bien qu'elle en soit à son tout début, semble avoir des conséquences positives. Fin 2005, quelque 5400 médecins, infirmières et autres personnels essentiels avaient bénéficié d'une mise à niveau de leurs salaires et on a constaté une diminution des mouvements de personnel dans le sens des départs. Plus de 700 nouveaux membres du personnel sanitaire ont été recrutés dans la fonction publique depuis juillet 2004, et des entretiens sont actuellement en cours avec les candidats à près de 200 autres postes. Les plans de développement des infrastructures et de recrutement de personnel enseignant supplémentaire pour les établissements de formation du Malawi vont accroître la capacité de formation de plus de 50 %, tripler le nombre de médecins et presque doubler le nombre d'infirmières qualifiées en formation. Pendant que le nombre de nationaux en cours de formation continuera de s'accroître, on poursuivra le recrutement de médecins et infirmières expatriés pour assurer certaines fonctions essentielles.

Source des données : (11).

Stratégie 2.2 Tirer profit des synergies entre les programmes prioritaires

Pour surmonter les obstacles qui s'opposent à la réalisation des OMD dans le domaine sanitaire, compte tenu de l'urgence et de la disponibilité des ressources financières, on a tendance à organiser les ressources humaines autour de maladies ou d'interventions déterminées. Comme on l'a déjà indiqué, cette façon de faire risque d'engendrer un certain nombre d'inefficacités tenant principalement au fait qu'il n'est pas tenu suffisamment compte de la nature systémique des ressources humaines et, d'une façon plus générale, des prestations de services sanitaires. C'est un état de choses dont on prend de plus en plus conscience et des innovations importantes se font jour.

Dans beaucoup de cas, les voies et moyens pour assurer ces interventions peuvent être regroupés en vue d'une utilisation plus efficace des ressources humaines limitées qui sont disponibles. L'expression de « projet gigogne » est utilisée pour caractériser une démarche qui consiste à adjoindre divers services à un vecteur de prestations existant plutôt que de mobiliser du personnel pour des interventions communautaires distinctes visant un objectif unique. Par exemple, le Programme OMS de lutte contre l'onchocercose pour la prévention de la cécité des rivières en Afrique de l'Ouest a mis à profit ses projets de traitement communautaire pour distribuer de la vitamine A avec l'ivermectine. Des « projets gigognes » concernant d'autres traitements sont également mis en œuvre dans le cadre de la stratégie pour l'élimination de la filariose lymphatique (12).

Stratégie 2.3 Simplifier les services et déléguer à bon escient

On peut faire travailler le personnel avec une plus grande efficacité en appliquant deux règles de base en matière d'élargissement des interventions : simplifier et déléguer. La simplification améliore souvent la productivité du personnel en lui permettant de produire davantage, avec une plus grande régularité et souvent en confiant le travail à un personnel moins qualifié. La simplification de toutes les activités de base constitue la préoccupation première de l'initiative pour l'éradication mondiale de la poliomyélite ; c'est aussi un élément crucial de l'extension de la thérapie de réhydratation orale au Bangladesh (13) et c'est également une stratégie centrale de l'initiative OMS/ONUSIDA « 3 millions d'ici 2005 » (14). En ce qui concerne l'initiative pour l'éradication de la poliomyélite, par exemple, des décisions stratégiques, des innovations technologiques et une adaptation appropriée à la situation locale ont permis de simplifier toutes les activités de base. Toutes les ressources humaines, depuis les bénévoles non qualifiés jusqu'au personnel de haut niveau, à l'intérieur comme à l'extérieur du secteur de la santé ont été considérées comme un corps de « vaccinateurs » potentiels et, le cas échéant, de préposés à la surveillance (15). De son côté, l'initiative OMS/ONUSIDA « 3 millions d'ici 2005 » a montré que les personnes vivant avec le VIH/SIDA pouvaient contribuer de manière importante à l'ensemble des services de prévention et de traitement du VIH/SIDA (16).

Dans de nombreux secteurs, des programmes visant à intégrer les qualifications des divers prestataires de soins de santé primaires destinés aux enfants, aux adolescents et aux adultes sont organisés au niveau des districts et des soins de santé primaires. La prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte (PCIMAA) et celle des maladies de l'enfant adaptée au VIH (PCIME-VIH), telles que les a définies l'OMS, constituent une nouvelle manière d'élargir la prévention, les soins et le traitement, qu'il s'agisse de l'infection à VIH ou de la tuberculose ou encore du traitement conjoint des malades présentant une tuberculose, une infection à VIH ou un SIDA (voir Encadré 2.3). En dépit de ces exemples prometteurs, il faudra redoubler d'efforts pour trouver les moyens pratiques d'assurer la coopération interprogrammatique.

La simplification facilite la délégation des tâches mais elle n'en est pas une condition préalable. Les tâches liées aux prestations de services peuvent souvent être exécutées aussi ou même plus efficacement par des personnels moins qualifiés. Cette délégation des tâches est particulièrement importante lorsque les ressources sont limitées et que

« Dans plusieurs pays d'Afrique australe, les décès dus au VIH/SIDA sont la principale cause d'usure des effectifs »

le personnel qualifié est très peu nombreux. On a montré, par exemple, au Myanmar et aux Philippines, qu'en déléguant le diagnostic du paludisme à des agents sanitaires volontaires pour effectuer des examens au microscope dans les villages, on pouvait obtenir des résultats fiables et améliorer le traitement de la maladie tout en remontant le moral du personnel et en lui permettant de se valoriser (18, 19).

Lorsqu'on envisage de simplifier et de déléguer des tâches, il faut examiner avec soin les résultats que l'on vise. Au cours des années 1970 et 1980 par exemple, on a formé dans le monde en développement des dizaines de milliers d'accoucheuses traditionnelles (20) dans l'espoir d'améliorer la survie maternelle dans des lieux où il y avait peu de sages-femmes professionnelles. Cependant, après plus de trois décennies de tentatives louables, il n'existe pas de preuve convaincante que cette stratégie de

formation ait fait reculer le taux de mortalité maternelle (8).

Stratégie 2.4 Assurer la santé et la sécurité du personnel sanitaire

Dans plusieurs pays d'Afrique australe, les décès dus au VIH/SIDA sont la cause principale de l'usure des effectifs. Ceux qui restent travaillent souvent dans des établissements de soins en sous-effectifs qui croulent sous le nombre de malades (pour une grande part avec un VIH/SIDA) et ne disposent pas de moyens suffisants pour les traiter. Ces conditions de travail contribuent à leur tour à la baisse du moral, au surmenage et à l'absentéisme. Devant cet état de choses, on s'efforce maintenant de s'attaquer aux problèmes de santé et de sécurité du personnel, par exemple en évitant les piqûres d'aiguille, en instituant une prophylaxie postexposition et en augmentant la dotation en équipements de protection. Les pays sont de plus en plus nombreux à prendre des dispositions pour que les membres du personnel de santé qui contractent une infection par le VIH (21) aient la possibilité de se faire traiter et, en 2005, l'Organisation internationale du Travail et l'OMS sont convenues d'établir des principes directeurs communs en vue de protéger la santé du personnel qui participe à la lutte contre le VIH/SIDA dans le monde (voir chapitre 5).

Encadré 2.3 Le transfert de tâches chez le personnel soignant

Plus de 25 pays d'Afrique utilisent désormais un ensemble simplifié de lignes directrices pratiques élaborées dans le cadre de la prise en charge intégrée des maladies de l'adulte et de l'adolescent (PCI-MAA) pour former leur personnel sanitaire. Ces lignes directrices définissent clairement les tâches à accomplir, pour ce qui est du VIH/SIDA, dans le domaine de la prévention, des soins et de la thérapie antirétrovirale (TARV) et, pour ce qui est de la tuberculose, dans le domaine des soins aux tuberculeux et de la prise en charge conjointe des cas de tuberculose et de VIH/SIDA. Selon ces principes, les interventions en question peuvent être confiées à des infirmières et autres personnels soignants, à des sages-femmes et à diverses catégories d'assistants médicaux travaillant ensemble au sein de l'équipe clinique d'un service de soins ambulatoires d'un hôpital ou d'un centre de santé périphérique.

Par un transfert de tâches entre les différents personnels soignants et l'extension de l'équipe clinique, il est possible de remédier à la pénurie de ressources humaines qui s'observe à court terme lorsque les moyens sont réduits. Un élargissement rapide de l'accès aux soins suppose :

- un transfert des tâches aux catégories concernées des tout premiers niveaux ;
- l'extension de l'équipe clinique en y incorporant des personnes vivant avec le SIDA ;

- une place importante réservée à la prise en charge de leur propre santé par les malades et à la participation communautaire.

En se basant sur cette formule, on peut, dans beaucoup de services de soins, décharger de certaines tâches le personnel spécialisé – et par conséquent peu nombreux – en les confiant à des agents moins spécialisés. Le plus important de ces transferts de tâches consiste dans la délégation de certaines responsabilités aux malades eux-mêmes (c'est ce qu'on entend par l'« auto-prise en charge »). Dans le cas du VIH/SIDA, il est possible de faire progressivement participer la communauté à la prise en charge des soins et de la thérapie antirétrovirale, s'agissant notamment du soutien pendant le traitement, des renouvellements d'ordonnance ou simplement du suivi.

La formation dispensée dans le cadre de la prise en charge intégrée des maladies de l'adulte et de l'adolescent porte principalement sur les besoins de l'équipe clinique. Il s'agit de méthodes de formation participative pour adultes qui privilégient l'acquisition de compétences et d'expérience pratique plutôt que les connaissances théoriques. Dans ce type de méthodes, les personnes vivant avec le VIH/SIDA sont considérées comme des spécialistes de leur propre maladie et comme une source précieuse d'enseignements pour la formation du personnel de santé.

Source des données : (17).

PREPARER LE PERSONNEL A LA CHARGE CROISSANTE DES MALADIES CHRONIQUES ET DES TRAUMATISMES

Parallèlement aux maladies qui constituent le cœur de cible des OMD, le monde est confronté à quantité de maladies chroniques qui pèsent de plus en plus lourd et comptent parmi les principales causes de décès et d'invalidité. Les tendances montrent que leur importance va même aller croissant au cours de la prochaine décennie (22). Les conséquences socio-économiques directes et indirectes de ces pathologies sont à la hauteur de leur importance épidémiologique.

Le personnel doit réagir aux nouvelles conceptions en matière de soins

Ces dernières années, les soins aigus, les soins aux malades hospitalisés et les soins de sous-spécialité ont cédé la place à de nouvelles conceptions privilégiant la prise en charge par le patient de sa propre santé et les soins préhospitaliers à vocation communautaire centrés sur le malade (23) (voir Figure 2.2). Devant cette évolution, les spécialistes, les organismes professionnels et les agents eux-mêmes reconnaissent les insuffisances de la formation et du déploiement traditionnels du personnel de santé et la nécessité de mettre en œuvre de nouvelles méthodes (25–29).

Stratégie 2.5 Déployer le personnel pour tendre vers la continuité des soins

On a défini cinq compétences fondamentales pour les soins de longue durée. Elles concernent les soins centrés sur le malade, le partenariat, l'amélioration de la qualité, les technologies de l'information et de la communication, et enfin l'aspect santé publique (voir Encadré 2.4). La difficulté est de mettre tout cela en pratique par le truchement des institutions qui assurent la formation et le déploiement du personnel sanitaire. Il est nécessaire de modifier les programmes d'études, d'élaborer de nouvelles méthodes d'enseignement et d'imaginer des modèles pédagogiques novateurs (31–33).

Il faut également que les décisions relatives à la formation et au recrutement soient prises dans l'optique de la continuité des soins et prennent en considération la répartition et la nature des personnels nécessaires pour répondre aux besoins de la population

Encadré 2.4 Compétences fondamentales pour les soins de longue durée

SOINS CENTRES SUR LE MALADE

- Apprendre à discuter avec le malade son plan de soins personnalisé, compte tenu de ses besoins, de ses valeurs et de ses préférences.
- Apprendre à aider le malade dans son effort pour se prendre en charge lui-même.
- Apprendre à organiser et à réaliser des visites médicales collectives pour les malades qui partagent les mêmes problèmes de santé.

PARTENARIAT

- Travailler en tant que membre d'une équipe soignante pluridisciplinaire.

AMELIORATION DE LA QUALITE

- Concevoir des projets visant à l'amélioration de la qualité des soins ou y participer.

TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION

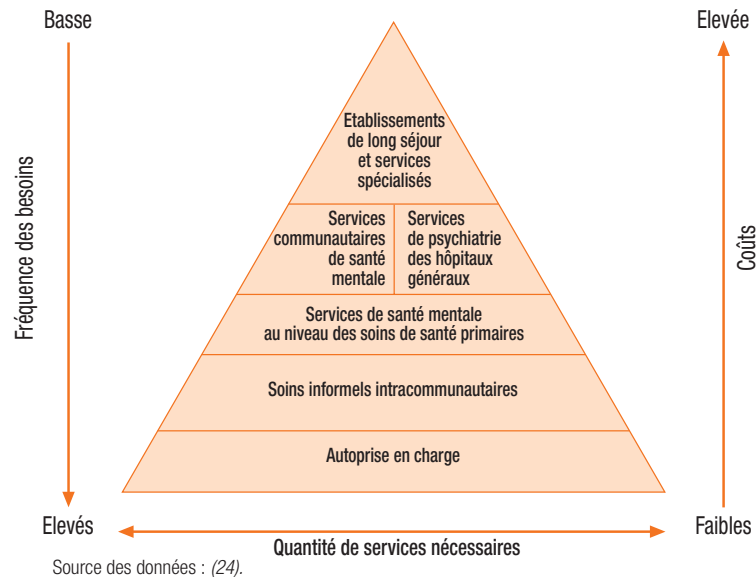
- Mettre au point des systèmes d'information (par exemple des registres des malades), même sur support papier, pour assurer la continuité des soins et le suivi programmé.
- Faire appel aux technologies et aux systèmes de communication existants pour échanger des informations sur les malades avec d'autres agents de santé et consulter des spécialistes travaillant au niveau des soins de santé primaires.

ASPECT SANTE PUBLIQUE

- Travailler dans des structures communautaires de proximité et, dans le cadre d'une approche communautaire, promouvoir un mode de vie sain, encourager les comportements responsables et non générateurs de risque, et faire reculer la stigmatisation des infirmités physiques et des maladies mentales.
- Apprendre à voir au-delà du malade dont on s'occupe présentement pour réfléchir à la situation « en population ».
- Affiner ses compétences en matière de prévention médicale.

Source des données : (30).

Figure 2.2 Composition optimale des services de santé mentale



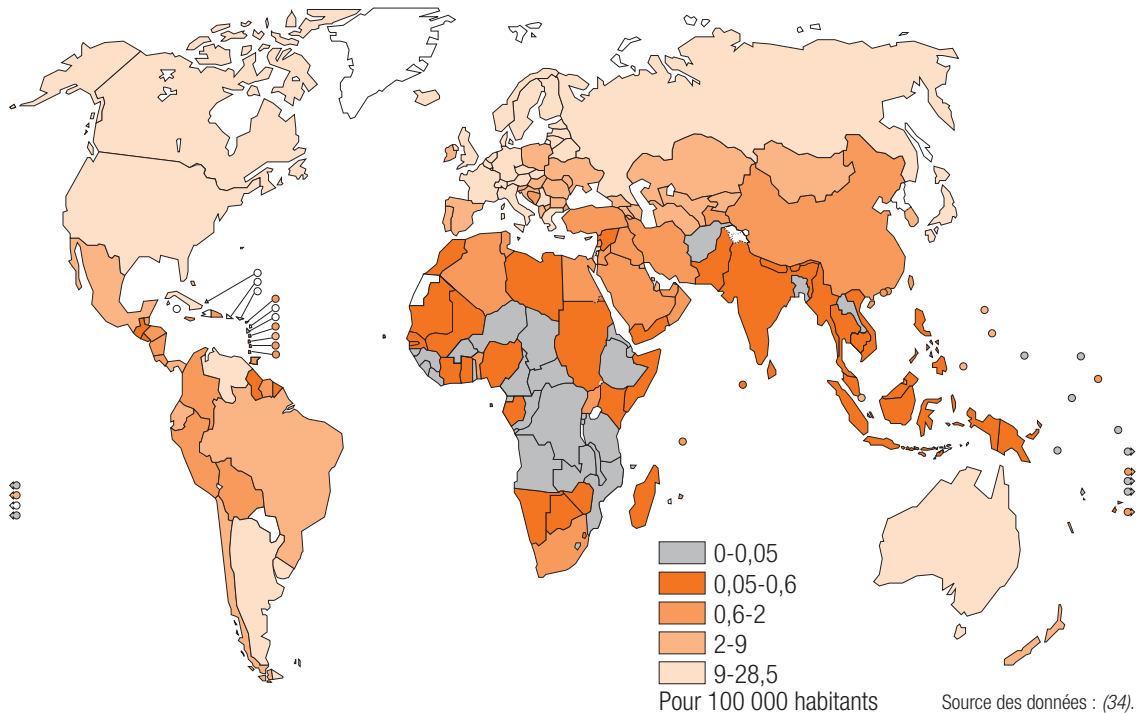
en matière de soins. C'est ainsi par exemple que les services de santé mentale communautaires sont très dépendants du bon fonctionnement des programmes éducatifs de proximité destinés aux membres de la police, aux guérisseurs religieux et aux travailleurs sociaux. Les non-professionnels peuvent faire face à certaines de ces demandes de soins dans la mesure où ils sont compétents et encadrés et ont la possibilité de faire appel à des professionnels lorsqu'ils sont en face d'un cas complexe.

Les bénévoles villageois constituent une autre ressource largement inexploitée mais riche de possibilités. Au Ghana, par exemple, le programme de l'OMS « Nations en faveur de la santé mentale » a lancé en 1999 un projet pilote de trois ans dans le cadre duquel des bénévoles choisis par leurs communautés respectives ont été formés à identifier, à adresser aux spécialistes et à suivre les personnes de leur village présentant des troubles mentaux. Le Gouvernement a adopté ce projet et l'étend maintenant à d'autres districts (24).

Il importe de se rendre compte que le passage aux soins de proximité communautaires ne doit pas faire oublier l'autre extrémité de l'échelle des soins, à savoir les soins spécialisés et sous-spécialisés. Dans certaines régions du monde, la grave pénurie de spécialistes pénalise lourdement le maintien de la continuité des soins. En raison du manque de spécialistes, comme les psychiatres par exemple, dans de nombreuses régions du monde, il est souvent impossible de bénéficier de soins spécialisés. Les psychiatres ont un rôle capital à jouer dans la prise en charge du traitement des cas difficiles de troubles mentaux, en encadrant et en assistant en permanence les non-spécialistes qui travaillent dans ce domaine et en assurant une formation et un enseignement au bénéfice des autres professionnels de la santé mentale (voir Figure 2.3).

Le passage des soins hospitaliers aux soins dans des structures de proximité communautaires et l'accent qui est mis désormais sur les méthodes pluridisciplinaires et intersectorielles impliquent également un changement dans les fonctions du personnel. Cette évolution des fonctions pose problème aux administrateurs, aux agents de santé ainsi qu'aux organismes de réglementation. La réglementation du champ de compétence des agents de santé, qui est destinée à fixer des normes minimales et à protéger les malades, peut se révéler être un obstacle au changement. Les administrateurs doivent s'engager dans un dialogue actif avec les agents de santé, être à l'écoute de leurs revendications et leur faire valoir la nécessité d'une réforme des services et de nouvelles méthodes de travail fondées sur l'expérience concrète. De leur côté, les

Figure 2.3 Distribution des psychiatres dans le monde



agents de santé ont à relever le défi du changement dans lequel ils devraient voir une occasion d'approfondir leurs connaissances ainsi que leur développement personnel et professionnel, compte tenu des préoccupations légitimes qu'ils peuvent nourrir à l'égard de leur situation personnelle et de leur revenu.

Stratégie 2.6 Favoriser la collaboration

Un effort particulier en matière de collaboration et de travail d'équipe entre l'agent de santé et le malade est inséparable du nouveau modèle des soins. On a souvent observé qu'instaurer une relation qui privilégie le malade en tant que partenaire de ses propres soins avait pour effet de susciter des comportements plus favorables à la santé et d'améliorer l'issue clinique du traitement. Il est largement prouvé que les interventions visant à encourager les malades à prendre part à la prévention et à la prise en charge de leurs maladies chroniques peuvent améliorer l'issue de ces maladies (31, 35, 36). Ce que les malades et les membres de leur famille font pour eux-mêmes au jour le jour, par exemple prendre de l'exercice, s'alimenter correctement, renoncer au tabagisme, avoir un cycle de sommeil régulier et respecter les plans de traitement, sont autant de comportements qui ont une influence importante sur leur santé. L'action des agents sanitaires est déterminante pour aider des malades à adopter de nouveaux comportements et à prendre en charge plus efficacement leur pathologie, aussi faut-il accorder beaucoup d'attention à l'aptitude de ces agents à la communication (33).

Le travail d'équipe est nécessaire non seulement pour la prise en charge individuelle des sujets présentant une pathologie chronique, mais aussi pour traiter ces problèmes de santé publique dans une perspective plus large. En général, le meilleur moyen d'assurer les soins que nécessitent ces affections chroniques consiste à faire collaborer les spécialistes de la santé publique, les planificateurs chargés de l'élaboration des politiques et des services, les chercheurs, les concepteurs en technologie de l'information et le personnel d'appui. Une équipe pluridisciplinaire de santé mentale comporte des psychiatres, des psychologues, des infirmières, des généralistes, des ergothérapeutes,

« Des études montrent que les erreurs liées aux soins sont des causes non seulement fréquentes, mais aussi importantes de mortalité et de morbidité »

des agents communautaires et des travailleurs sociaux, qui mettent en commun leurs compétences et collaborent les uns avec les autres (37).

Stratégie 2.7 Encourager l'apprentissage permanent au bénéfice de la sécurité du malade

Si les services de santé destinés à la prise en charge des maladies chroniques ont évolué, il en va de même de leur complexité. Il y a eu beaucoup d'améliorations, mais le volume de l'information, le nombre de médicaments et la multitude de prestataires de services ont eu un certain nombre de conséquences imprévues. Il peut y avoir, par exemple, des erreurs dans les doses de médicament ou dans l'identification des malades, des pratiques insalubres ou non respectueuses de l'hygiène eu égard au lavage des mains ou à l'utilisation du matériel, ou encore un suivi insuffisant des malades. Les études montrent que les erreurs liées aux soins sont des causes non seulement fréquentes, mais aussi importantes, de mortalité et de morbidité (33).

Bien que la prise de conscience des erreurs et des pratiques dangereuses constitue un premier pas important dans la solution des problèmes complexes posés par la dispensation des soins, il est également nécessaire d'élaborer des

Encadré 2.5 La sécurité du malade

Les résultats de la recherche donnent de plus en plus à penser que, dans l'ensemble du monde, les soins prodigués aux malades par les systèmes de santé laissent très souvent à désirer. Aucun pays, qu'il soit riche ou pauvre, ne peut prétendre être en mesure d'apporter une solution définitive à ce problème.

Soigner un malade implique des interactions complexes entre des personnes, des technologies, des appareils et des médicaments. Tous les jours, le personnel soignant doit exercer sa capacité de jugement et prendre de nombreuses décisions avec le risque que les choses tournent mal – et elles tournent parfois effectivement mal.

L'expérience montre que, dans les systèmes de santé comme dans d'autres activités et industries à haut risque, les erreurs et les fautes sont souvent dues à des faiblesses du système. Ces défauts de conception peuvent causer des problèmes à plusieurs niveaux, notamment aux niveaux du clinicien, de l'équipe soignante, de la structure organisationnelle ou du système de santé. Ces défauts peuvent tenir, par exemple, à l'absence de protocole clair pour le traitement des malades, à un manque de connaissances et d'expérience chez le personnel soignant, à un encadrement insuffisant du personnel débutant, à la fragmentation des données concernant les malades ou à une mauvaise coordination.

Il est probablement impossible de parvenir à créer un environnement dans lequel les soins puissent être dispensés sans le moindre risque. On peut faire beaucoup toutefois pour améliorer la « culture du risque d'erreur » chez le personnel de première ligne. En particulier, les soignants qui sont formés et entraînés à travailler ensemble sont en mesure de réduire les risques pour les malades et pour eux-mêmes. Trois exigences de base sont indiquées ci-dessous concernant les connaissances et le comportement du personnel.

- Indiquer de manière effective et honnête au malade et à sa famille quels sont les risques que comporte telle ou telle intervention, en particulier si les choses se passent mal. Le préjudice causé involontairement à un malade est souvent aggravé par l'attitude défensive qu'adoptent les établissements de soins vis-à-vis d'un malade ou de sa famille en cas d'événement grave. Dans certains pays, la culture du secret pratiquée par les établissements de soins est à l'origine d'un accroissement des procédures judiciaires.
- Identifier les risques et les dangers présents en milieu de soins et faire en sorte qu'ils soient le moins préjudiciables possible

au malade. Sous sa forme la plus simple, il s'agit que le personnel dispose de procédures pour signaler tout danger ou toute éventualité survenant dans l'établissement. La reconnaissance d'un problème doit être considérée comme une source d'enseignement et non pas comme un reproche. Ce signalement restera toutefois sans grand intérêt s'il n'est pas suivi d'effet. Il est également capital d'élaborer des stratégies visant à réduire au minimum les risques et les dangers constatés.

- Travailler dans de bonnes conditions de sécurité en tant que membre d'une équipe. Même lorsque les ressources humaines sont limitées, un travail d'équipe efficace peut permettre d'assurer une bonne communication, inciter au partage de l'information et créer de bonnes relations interpersonnelles. On admet de plus en plus qu'une bonne circulation de l'information entre les divers agents de santé joue un rôle important dans l'amélioration de la sécurité du malade. Des problèmes au sein d'une équipe peuvent retarder le diagnostic et conduire à une mauvaise prise en charge d'un épisode potentiellement mortel.

Il est capital de faire en sorte que la sécurité du malade soit au cœur des programmes d'études et de formation ainsi que des programmes de mise au courant lors de l'entrée en service. Il incombe aux établissements de soins de mettre en place un système et une assistance appropriés pour permettre au personnel d'acquérir et d'appliquer les connaissances et le savoir-faire nécessaires à la sécurité des malades. Il est important que des initiatives fermes soient prises en matière de sécurité des malades au niveau de l'organisation.

L'Alliance mondiale pour la sécurité des patients proposée par l'OMS joue un rôle pilote dans l'action internationale en faveur de la sécurité des malades. Lancée en octobre 2004, cette Alliance constitue un support pour la collaboration et l'action internationales visant à coordonner, propager et accélérer l'amélioration de la sécurité des malades dans l'ensemble du monde. Elle porte notamment sur l'action à mener au niveau international en matière d'enseignement et de formation au sujet de la sécurité des malades. Pour plus de détails, on peut consulter le site www.who.int/patientsafety.

Sources des données : (39, 40).

méthodes fondées sur l'expérience concrète pour traiter ces problèmes de manière plus efficace, par exemple des programmes de prise en charge des risques, des approches centrées sur le malade et l'autonomisation du malade (38) (voir Encadré 2.5).

Pour améliorer la qualité des soins de longue durée, il est nécessaire de mettre en place une formation permanente à la prise en charge des maladies chroniques. Un apprentissage tout au long de la vie constitue le fondement de l'aptitude à la pratique et il est étroitement lié à la qualité des soins et à la sécurité des malades (25, 28).

MOBILISATION POUR REPENDRE AUX BESOINS EN MATIERE DE SECOURS D'URGENCE : CATASTROPHES NATURELLES ET FLAMBEES EPIDEMIQES

Il y a dans le monde au moins 40 pays qui sont exposés à un risque de catastrophes naturelles majeures et aucun pays n'est à l'abri d'une flambée épidémique due à une maladie hautement infectieuse. Un événement catastrophique soudain peut submerger rapidement le système de santé local et national, notamment lorsque celui-ci souffre déjà d'une pénurie de personnel ou d'un manque de fonds. En cas de catastrophe, ce sont les collectivités locales qui sont les premières à réagir, suivies par les autorités locales et nationales. Comme aucune société n'a les moyens d'être toujours prête à toute éventualité, il n'y a pas de nation qui puisse faire face toute seule à une catastrophe ou à une épidémie majeures. En pareil cas, il est nécessaire qu'elle obtienne l'assistance d'un personnel sanitaire international qualifié, expérimenté et bien préparé (voir Encadré 2.6).

En outre, lorsque la priorité immédiate de l'aide humanitaire est de sauver des vies, l'établissement d'un partenariat avec les institutions locales et le renforcement de ces institutions est souvent considéré par les acteurs extérieurs comme un obstacle susceptible de retarder les secours. Il est rare qu'un prompt recours au personnel national soit considéré comme un élément nécessaire de l'action en situation d'urgence. L'Afrique subsaharienne, qui est la région du monde la plus gravement touchée par les catastrophes naturelles ou imputables à l'action humaine, est particulièrement vulnérable à cet égard (42). On n'a pas encore mis sur pied de manière systématique une force internationale d'intervention rapide en cas de catastrophe. Il s'ensuit que la pénurie de ressources humaines continue de faire sérieusement obstacle à l'obtention de meilleurs résultats sur le plan humanitaire et sanitaire.

Encadré 2.6 Réagir aux flambées de maladies infectieuses – le SRAS

Le Bureau régional OMS du Pacifique occidental est situé à Manille (Philippines). Réagissant sans délai à la menace que représentait le SRAS, il a constitué une équipe de préparation et de réaction à l'épidémie. Au départ, on a mis à contribution les compétences du personnel de l'OMS en poste dans la Région, mais en complétant rapidement l'équipe par des spécialistes en épidémiologie, infectiologie, analyses biologiques et communication.

Les équipes d'épidémiologistes et d'infectiologistes de l'OMS se sont déployées dans divers pays de la Région : Chine, Hong Kong (Chine), Philippines, Singapour et Viet Nam. Des équipements de protection contre la contamination tels que masques et blouses ont été expédiés depuis Manille aux pays récemment touchés ainsi qu'à ceux que l'on jugeait exposés à une attaque par le virus.

Par bonheur, la Région disposait d'un dispositif mis en place avant l'apparition du SRAS : le réseau mondial OMS d'alerte et d'ac-

tion en cas d'épidémie, créé en 2000. Il s'agit d'un point très important, car ce réseau a permis de constituer des équipes d'appui opérationnel chargées de missions bien déterminées allant de la coordination à la mobilisation des ressources, notamment des ressources humaines. L'OMS a prêté assistance aux pays en leur prodiguant des conseils techniques, en envoyant des experts sur le terrain et en mobilisant des ressources. L'important était de veiller à ce que l'expertise mise à la disposition des pays corresponde effectivement à leurs besoins. Plusieurs enseignements peuvent être tirés de cet événement, en particulier qu'il est nécessaire de disposer d'un point focal chargé de coordonner l'action des différents partenaires engagés dans la poursuite des mêmes buts et d'assurer la transparence des stratégies et de l'engagement politique au niveau des pays.

Source des données : (41).

« *En étant préparé, on peut réduire les pertes en vies humaines, ainsi que les maladies et problèmes de santé divers causés par les flambées épidémiques et autres catastrophes naturelles* »

Des plans de préparation aux catastrophes peuvent être utiles

En mettant en place des plans de préparation aux catastrophes faciles et rapides à mettre en œuvre, il est possible de réduire les pertes en vies humaines ainsi que les maladies et problèmes de santé divers causés par les flambées épidémiques et autres catastrophes naturelles. Pour être préparé aux situations d'urgence, il faut disposer d'une base de données actualisée répertoriant les compétences effectives du personnel sanitaire, savoir comment pratiquer une communication efficace du risque et disposer d'une procédure pour établir quelles sont les formations, les politiques à suivre et les mesures à prendre prioritairement pour garantir la sécurité du personnel sanitaire.

Un plan complet de préparation doit comporter des éléments liés au mode de réaction du système et à la préparation de l'action générale de la force d'intervention. Il y a trois types généraux d'action qui sont déterminants lors d'une catastrophe ou d'une situation épidémique : la direction et la conduite des opérations, la collaboration intersectorielle et la communication du risque. De leur côté, les plans relatifs à l'action de la force d'intervention sanitaire doivent porter sur la formation du personnel compétent, le déploiement convenable des effectifs, l'adaptation des compétences à la situation ainsi que la protection des agents.

Stratégie 2.8 Organiser la direction et la conduite des opérations

Il est nécessaire d'organiser la direction et la conduite des opérations si l'on veut que les moyens voulus soient mis à disposition en temps opportun. La coordination et le travail d'équipe sont des facteurs essentiels et, une fois qu'un accord général est trouvé, il est possible d'accélérer l'intervention si l'action est conduite de façon directive. En pareil cas, il faut veiller à faire remonter l'information de manière à pouvoir corriger le tir si l'évolution de la situation au cours de la crise nécessite des changements dans la conduite de l'action. Des outils de gestion simples permettant un encadrement attentif du personnel et basés sur des indicateurs tout aussi simples facilitent la circulation de l'information dans ce genre de situation. Cette démarche implique l'intégration des moyens disponibles, ce qui permet d'éviter les doublons ou des transferts inutiles de personnel. Elle nécessite également une cartographie des ressources existantes, y compris des moyens de réserve utilisables ainsi que l'élaboration de scénarios de réaction pour le cas où les moyens viendraient à manquer ou face à un accroissement soudain de la demande.

La communication du risque constitue un autre élément essentiel pour éviter qu'un vent de panique ne se propage trop rapidement lors d'une flambée épidémique. Cette action consiste notamment à informer d'une manière transparente, honnête, crédible et humaine le personnel sanitaire, les non-professionnels et les médias au sujet des risques de contamination (43).

Stratégie 2.9 Faciliter l'élimination des barrières sectorielles

Une réaction de grande ampleur à une catastrophe ou à une flambée épidémique nécessite la levée des barrières qui existent entre les agents sanitaires des différents secteurs. Préparer le personnel à tous les niveaux du système et assurer la coordination de l'action avec les autres secteurs permettent d'atténuer très sensiblement les conséquences de la crise. La collaboration avec les autres secteurs permet également une utilisation optimale des ressources existantes, elle évite la confusion souvent observée au cours des premières phases de l'intervention et facilite la mise en œuvre rapide des mesures salvatrices. En spécifiant à l'avance les rôles et les fonctions dévolus au personnel des

forces armées, des transports et de l'enseignement, on réduit au minimum les risques de confusion et on peut tirer le maximum des maigres ressources humaines disponibles. Par ailleurs, comme on a pu le voir lors du tsunami de décembre 2004 et du tremblement de terre survenu en Asie du Sud en octobre 2005, il faut également mobiliser et coordonner l'aide internationale.

Au niveau international, le réseau mondial OMS d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN)¹ constitue une plate-forme opérationnelle qui regroupe des réseaux et institutions internationales et permet à la communauté internationale de rester vigilante à toute menace de flambée épidémique et de se tenir prête à réagir.

Stratégie 2.10 Former le personnel sanitaire compétent pour faire face aux situations d'urgence

Organiser une réaction immédiate et efficace à des catastrophes ou à des flambées épidémiques aussi diverses que les tremblements de terre, les tsunamis, les ouragans, les inondations, le SRAS et la grippe aviaire nécessite une force d'intervention suffisamment mobile et dotée de compétences très spécialisées. Elle doit notamment être capable d'organiser dans des meilleurs délais le diagnostic, la surveillance, la logistique, le confinement, les communications, la chirurgie d'urgence et de mettre en place les installations temporaires voulues. La préparation aux situations d'urgence ne doit toutefois pas se borner au recensement des compétences. Il faut également déterminer les institutions et les programmes où ces compétences seront générées et mises à jour (voir Encadré 2.7).

Une faiblesse commune à de nombreux pays tient à la rareté des moyens de planification et de gestion en vue de se préparer aux situations d'urgence et à y faire face lorsqu'elles surviennent. Dans beaucoup de pays, il n'y a tout simplement pas assez de planificateurs et de gestionnaires en matière de ressources humaines de sorte qu'il faut trouver de nouveaux moyens pour former ce type de personnel et le

<http://www.who.int/csr/outbreaknetwork/en/>.

Encadré 2.7 Action de la Thaïlande face aux épidémies et aux catastrophes

La Thaïlande est un pays à revenu intermédiaire (PNB par habitant égal à US \$2000) qui, au cours des dernières années, a dû affronter le SRAS, le tsunami de décembre 2004 et la grippe aviaire. Lors de l'épidémie de grippe aviaire, 60 millions de poulets ont été abattus et les pouvoirs publics ont versé US \$120 millions aux éleveurs à titre de compensation. En janvier 2005, un plan vertical de lutte contre la grippe aviaire a été approuvé par le conseil des ministres, avec une dotation de US \$120 millions sur trois ans, dont une part importante est consacrée aux ressources humaines. Lors de la dernière épidémie, la Thaïlande a mobilisé ses 800 000 agents sanitaires bénévoles de villages pour participer à la surveillance des volatiles. Ces bénévoles sont présents dans les villages de Thaïlande depuis l'époque des soins de santé primaires. Le pays a également fait appel à son réseau de 100 000 centres de santé, 750 hôpitaux publics, 95 hôpitaux de province et à ses 1330 équipes de district qui seront restées de garde 24 heures sur 24.

Une répartition équilibrée des agents sanitaires est d'une importance capitale pour une réaction rapide aux maladies infectieuses et aux catastrophes. Si la distribution est déséquilibrée en faveur des centres urbains, il est difficile de réagir de manière efficace : lors du tsunami, on a pu recruter du personnel dans les districts des alentours de la capitale car le personnel sanitaire était équitabement réparti. Les mesures incitatives sont importantes pour faciliter une répartition équilibrée : un médecin récemment diplômé perçoit US \$1500 par mois pour aller dans les districts les plus reculés, ce qui constitue un très fort encouragement à exercer dans ces zones.

Il importe également de renforcer la spécialité limitée que constituent les « épidémiologistes de terrain », car c'est le premier groupe à se rendre sur les lieux de la catastrophe. Le Programme thaïlandais de formation à l'épidémiologie de terrain (PFET) a été mis sur pied en 1980 pour former des épidémiologistes intéressés par la santé publique et renforcer les moyens du Ministère de la Santé publique dans le domaine de l'épidémiologie. Ce Programme comprend trois ans de formation après l'obtention du doctorat en médecine. Les épidémiologistes formés dans le cadre de ce Programme ont réagi rapidement aux 353 menaces sanitaires enregistrées jusqu'ici et les pouvoirs publics ont pris les dispositions pour doubler le nombre de places.

Lorsque le tsunami s'est produit en décembre 2004, les épidémiologistes de terrain ont été mobilisés. Ils se sont livrés à une surveillance active des maladies dans tous les districts touchés. Des données ont été recueillies dans l'ensemble des établissements de soins, dans deux abris pour personnes déplacées et dans deux centres d'identification médico-légale. Les épidémiologistes stagiaires du PFET se sont rendus quotidiennement sur chaque site et ont ramassé les formulaires médicaux individuels contenant des informations sur les syndromes morbides, l'âge, le sexe et la nationalité. Ces équipes ont analysé les données et recensé les événements auxquels il y avait une suite à donner. Face à la menace de pandémie, les gouvernements doivent désormais investir dans leurs ressources humaines, et ce avant l'arrivée de l'épidémie.

Sources des données : (44, 45).

« Pour faire face à des catastrophes naturelles ou à des flambées épidémiques majeures, la présence d'équipes de coordination spécialisées dans les catastrophes est aussi essentielle que celle d'un nombre important de bénévoles qualifiés »

mobiliser en cas de nécessité. Une solution consiste à assurer une formation complémentaire sur la gestion des situations d'urgence au personnel administratif qui occupe déjà des postes clés dans des agences ou des organismes susceptibles de participer aux secours d'urgence. Au nombre de ces organismes figurent généralement les hôpitaux, les ministères de la santé, l'administration locale, les forces armées, les autorités chargées des transports et des communications, la protection civile, les services sociaux, etc. Cette formation supplémentaire peut être assurée par les pouvoirs publics ou des organismes non gouvernementaux.

Il conviendrait également de donner la priorité à la création de nouvelles catégories de personnel spécialisées dans la planification et la gestion des situations d'urgence au sein des divers organismes et institutions à qui incombe la responsabilité de l'action en pareille circonstance. La mise en place de ces nouvelles catégories pourrait s'effectuer par une formation adéquate, des exercices d'évaluation des compétences ou des simulations, et également en profitant de certaines situations d'urgence pour un apprentissage sur le terrain. Toutes ces actions devraient s'inscrire dans le cadre d'une stratégie nationale de renforcement des capacités adaptée aux différents risques et aux différents niveaux de préparation de chaque pays.

Au niveau mondial, il faut, dans la formation des équipes interorganisations et des équipes nationales en place dans les pays, mettre l'accent sur l'importance d'une action efficace, efficiente et sûre et qui soit conforme aux références et aux normes reconnues en la matière. A cet effet, l'OMS et d'autres membres du Comité permanent interorganisations s'attachent à mettre en place un réseau d'action sanitaire en situation d'urgence¹, dont une des composantes est un cours de formation spécialisé ayant pour but d'améliorer les compétences des personnels humanitaires qui travaillent sur le terrain. Ce programme vise à enseigner au personnel l'ensemble des éléments dont il a besoin en matière de connaissances scientifiques, compétences techniques, attitudes, comportements, connaissance du terrain et familiarité avec les modes opératoires et les plates-formes de soutien.

Stratégie 2.11 Mettre au point une stratégie pour le déploiement des différentes catégories d'agents de santé en situation d'urgence

Les stratégies de déploiement des différents types et catégories de personnels sanitaires chargés de fonctions déterminées au cours d'une période de crise constituent un élément essentiel de tout plan de préparation aux situations d'urgence. Ce plan doit prévoir une répartition des tâches entre les différents personnels, répartition qui tienne compte des compétences et des aptitudes nécessitées par les interventions sanitaires envisagées. Le Tableau 2.1 donne la liste des différents types de personnels sanitaires qui ont été redéployés au sein du système de santé publique de la Turquie lors de la récente flambée de grippe aviaire. Outre le personnel du ministère de la santé, certains personnels en poste dans d'autres secteurs doivent également être mobilisés.

Pour réagir face à une catastrophe naturelle ou à une flambée épidémique majeure, il est essentiel de disposer d'équipes de coordination spécialisées dans les catastrophes, notamment pour diriger le grand nombre de bénévoles formés que l'on déploie en pareille situation. Etant donné que les agents qualifiés sont peu nombreux et que la demande est considérable, il est impératif de faire un tri efficace. Pour déployer efficacement la force d'intervention sanitaire au cours d'une situation d'urgence, il est essentiel de déléguer les tâches et les responsabilités les plus simples aux agents capables de les exécuter et d'éviter « une déqualification » du personnel de haut niveau.

¹Pour plus de détails, voir le site <http://www.who.int/hac/techguidance/training/hearnet/en>.

Tableau 2.1 Déploiement du personnel sanitaire du secteur public face à la flambée de grippe aviaire en Turquie

Compétences requises en cas de flambée de grippe aviaire	Type d'agent de santé en fonction du lieu de travail													
	MS (niveau central)	Direction sanitaire de district			Soins de santé de niveaux secondaire et tertiaire				Soins de santé primaires (centres de santé)					
	SSP/ MG/ I/ISF	SSP	MG	I/ISF	SMI	Autres S	MG	I	SSP	Autres S	MG	I/ISF	OS	TES
Direction des opérations														
Surveillance														
Identification des cas														
Vérification des cas	*													
Isolement des nouveaux cas														
Traitement des nouveaux cas						**	**							
Quarantaine des contacts														
Gestion de l'information du personnel sanitaire														
Communication du risque														
Gestion de l'information des médias et du public	***													
Confinement vétérinaire (abattage des poulets)														
Problèmes intersectoriels (transport, tourisme)														

* Par les laboratoires centraux de référence nationaux.

** En Turquie, seuls les spécialistes des maladies infectieuses (infectiologues) sont autorisés par la loi à prescrire du Tamiflu.

*** Seuls les hauts fonctionnaires du ministère de la santé sont autorisés à s'adresser aux médias.

TES : Technicien en écologie de la santé : 4 ans de formation au niveau secondaire portant tout particulièrement sur les questions d'écologie sanitaire.

MG : Médecin généraliste : 6 années de faculté de médecine et autorisation d'exercer la médecine.

OS : Officier de santé : comme pour une infirmière mais uniquement des diplômés de l'enseignement secondaire.

SMI : Spécialiste en maladies infectieuses (infectiologue) : diplôme de docteur en médecine plus 4 à 5 ans de formation.

I : Infirmière : 4 ans de formation dans l'enseignement secondaire ou à l'université ; aucune différence en ce qui concerne l'emploi ou la définition du travail, ou dans la description de poste, mais il y a davantage de diplômés de l'université qui sont employés dans les hôpitaux.

ISF : Infirmière/sage-femme : comme pour une infirmière, mais avec une formation plus particulièrement axée sur la santé maternelle et infantile, y compris les accouchements à domicile.

Autres S : Autres spécialistes : médecine interne, pédiatrie, etc. : doctorat en médecine plus 4 à 5 ans de formation.

SSP : Spécialiste en santé publique : doctorat en médecine plus 3 à 4 ans de médecine communautaire et de formation en santé publique.

Stratégie 2.12 Veiller à ce que le personnel de première ligne dispose d'un appui suffisant

Le personnel qui travaille en situation d'urgence doit pouvoir disposer d'un appui suffisant en matière de transports, d'approvisionnements et de matériel de communication. Tout cela doit figurer dans le plan de réaction aux situations d'urgence. En cas de pandémie, l'accès du personnel de la force d'intervention sanitaire à la prévention et au traitement constitue une priorité (46). Le personnel doit également avoir accès à l'information concernant les mesures de lutte contre la contamination et ces mesures doivent être régulièrement enseignées. Il faut que les agents qui se trouvent en première ligne disposent de médicaments et de vaccins et ce point doit faire l'objet de directives claires.

Les situations d'urgence exigent des heures supplémentaires qui vont au-delà de ce que l'on peut normalement attendre du personnel, ce qui conduit souvent à un épuisement physique et mental (27). Il est nécessaire de prévoir des mesures d'incitation et des

« Les conflits sont souvent à l'origine de préjudices graves et durables pour le personnel sanitaire »

gratifications tant sur le plan financier que personnel, en reconnaissance des efforts supplémentaires consentis par le personnel. Cela stimule le moral et permet de maintenir l'engagement du personnel au niveau le plus élevé possible. La planification des pertes permet d'améliorer encore la préparation (47).

TRAVAILLER EN SITUATION DE CONFLIT OU DE POSTCONFLIT

Les conflits sont souvent à l'origine de préjudices graves et durables pour le personnel sanitaire. Des agents qualifiés peuvent être tués ou contraints d'abandonner leur poste. Lorsqu'un conflit se prolonge, un certain nombre de tendances destructrices apparaissent. Le personnel

civil fuit les centres de santé et les hôpitaux situés dans des zones dangereuses et celui des établissements situés dans les secteurs calmes devient pléthorique. Les structures administratives s'effondrent, le milieu de travail se dégrade et la conscience professionnelle régresse (48). Cherchant à tout prix à gagner leur vie, les agents sanitaires risquent de tomber dans certaines pratiques telles que les dessous-de-table ou le détournement de médicaments. Lorsque les conflits traînent en longueur, les organismes d'aide humanitaire, dont le principal objectif est souvent de recruter du personnel pour s'occuper des réfugiés, peuvent disputer au système de santé les quelques agents qui sont encore disponibles. En pareil cas, le service public local est presque invariablement perdant (49).

Une crise grave peut, en particulier si elle se prolonge, altérer radicalement la composition du personnel sanitaire et diminuer sa compétence. Les cours accélérés destinés à préparer le personnel sanitaire à faire face aux épidémies de maladies infectieuses et de violence sexuelle pendant la phase aiguë d'une situation de crise se révèlent souvent insuffisants. Pendant la période de reconstruction qui suit le conflit, cette formation improvisée tend à se perpétuer du fait que le caractère complexe de l'enseignement médico-sanitaire est laissé de côté et que des initiatives hâtives – l'organisation de cours abrégés, par exemple – sont prises pour combler le déficit en personnel essentiel, comme les médecins et les infirmières. Ce genre de distorsion – qui empêche le secteur sanitaire de se relever une fois que le conflit a cessé et qu'il faut souvent corriger par des mesures de choc longues et coûteuses – peut être réduite au minimum moyennant une reprise en main efficace.

Stratégie 2.13 Obtention et gestion des informations stratégiques

Confrontés à des situations d'urgence complexes en évolution permanente, ceux qui ont mission de gérer le secteur sanitaire doivent investir de très bonne heure dans l'obtention et la mise à jour d'informations stratégiques relatives au personnel sanitaire. Il s'agit de déterminer l'effectif de ces personnels, à quel endroit ils sont en poste et quelles sont leurs compétences. Ces évaluations, établies à partir de données quantitatives et qualitatives, doivent porter sur toutes les catégories d'agents de santé, quels que soient leur statut ou leurs qualifications (et pas uniquement sur le personnel du secteur public). On commet souvent l'erreur de se lancer dans des études ou dans des recensements ambitieux et détaillés sur le terrain qui prennent trop de temps pour être utiles et comportent un coût d'opportunité très important. La recherche d'informations stratégiques doit être de nature pragmatique et inciter à l'action. Ces informations, même si elles sont incomplètes, peuvent permettre de garder en ligne de mire la question des ressources humaines lors de l'élaboration de plans ou d'initiatives sectoriels de grande envergure.

Stratégie 2.14 Investir dans la préplanification et les interventions ciblées préliminaires

La création d'un point focal de haut niveau pour les ressources humaines en matière de santé au sein du ministère de la santé – comme cela a été fait en Afghanistan où

ce point focal a été établi au niveau de la direction générale – ou encore au sein de l'organisme agissant en tant qu'autorité sanitaire peut constituer un point de ralliement et de référence utile (50). Grâce à cette initiative, il y a plus de chances que l'on envisage des plans anticipés de reconstitution des ressources humaines lors de l'examen des dépenses prioritaires et de la gestion des dépenses publiques. Le Mozambique, par exemple, a établi des plans en matière de ressources humaines pour la santé avant la fin du conflit et il a ainsi pu prendre des mesures correctives en temps opportun (51). D'un autre côté, il faut que l'action soit ciblée et adaptée aux spécificités du contexte. Pendant la phase aiguë du conflit, il est primordial de protéger les ressources humaines. De même, lorsqu'un conflit se prolonge, il est essentiel de réparer les dégâts comme il est essentiel de reconstituer les ressources humaines pendant les phases de transition.

« Même dans un pays en crise, nombreux sont les professionnels de santé qui travaillent sans relâche, souvent sans être payés »

Stratégie 2.15 Protéger ce qui fonctionne

Pendant la phase aiguë d'un conflit, il faut s'attacher à maintenir et à soutenir ce qui fonctionne. L'Encadré 2.8 souligne combien il est important de protéger les systèmes et services de santé pendant les conflits. Il faut mobiliser le personnel pour faire fonctionner les bribes d'institutions où fonctionnent encore des services essentiels fiables, en particulier les entrepôts de matériel médical et les hôpitaux. Il est capital de maintenir en état de fonctionner un certain nombre de centres où la pratique clinique et gestionnaire est bonne afin de conserver un exemple de ce que signifient vraiment un hôpital, un centre de santé ou un district opérationnel qui fonctionnent. Les dons financiers doivent être mis à la disposition des structures qui sont encore en état de fonctionner afin qu'elles continuent à être approvisionnées et exploitées convenablement. Il est préférable de procéder ainsi plutôt que d'utiliser ces fonds à la hâte pour mettre en place de nouveaux moyens d'intervention, comme par exemple des dispensaires mobiles, ou pour lancer des campagnes de vaccination à l'échelon de la population. Pour plus d'efficacité, il est préférable d'obtenir la participation pleine et entière des organisations non gouvernementales et des organismes humanitaires et de travailler avec un horizon de la planification à court terme comme le cycle de 90 jours utilisé au Darfour (Soudan) et au Libéria.

Encadré 2.8 La protection des systèmes de santé et de la pratique biomédicale pendant les conflits

L'utilisation et le détournement de la science biomédicale et de l'action de santé publique en temps de guerre ou de conflit armé sont chose courante. Des crimes tels que le détournement de matériel médical et de ressources humaines, les viols et les tortures, la mise à mort d'êtres humains au nom de la science ou la pratique de l'eugénisme dans un but social ont été commis avec la complicité de médecins ou de professionnels de la santé dans des pays comme la Bosnie-Herzégovine, le Cambodge, l'Allemagne nazie et le Rwanda. Il est toutefois beaucoup plus fréquent que les professions de santé soient elles-mêmes victimes de ces crimes. L'attaque contre l'Hôpital de Vukovar, qui a eu lieu en 1991 à la veille de la guerre en ex-Yougoslavie, souligne l'extrême vulnérabilité des établissements de soins et du personnel médical travaillant dans les zones de conflit.

Depuis qu'en 1947, le Code de Nuremberg qui constituait la conclusion du procès intenté contre les médecins nazis (« L'affaire des médecins », c'est-à-dire le procès des responsables médicaux qui a fait suite au procès principal de Nuremberg) a fondé la bioéthique en tant que discipline indépendante, une quantité de traités,

déclarations et autres textes contraignants ont été élaborés avec des dispositions très spécifiques visant à éviter que la population et les praticiens biomédicaux ne subissent – ou ne causent – aucun préjudice en temps de paix comme en temps de guerre. En juin 1977, 27 articles connus sous le nom de « Principes de neutralité médicale » en temps de guerre sont venus compléter le Droit humanitaire international constitué des Conventions de Genève et de leurs protocoles additionnels. La reformulation la plus récente des compétences et responsabilités des agents humanitaires en période de conflit et de catastrophe d'origine humaine figure dans le Manuel Sphère, un document qui vise à améliorer la qualité et la transparence du système d'aide humanitaire.

La protection des systèmes de santé et de la pratique biomédicale nécessite un engagement universel. La condition préalable à un tel engagement est que la bioéthique, les droits de l'homme et le droit humanitaire soient progressivement mis au programme des études destinées aux professions de santé.

Même dans un pays en crise, nombreux sont les professionnels de santé qui travaillent sans relâche sur le terrain, souvent sans être payés. Pour pouvoir avancer, il faut en premier lieu disposer de liquidités pour faire fonctionner les institutions, permettre à leur personnel de manger à sa faim et éviter la mise à contribution des usagers ou le chapardage. Il est beaucoup moins coûteux de payer des salaires décentes aux travailleurs locaux que de faire venir des bénévoles de l'étranger.

Stratégie 2.16 Réparer et préparer

Lorsqu'un conflit traîne en longueur ou que l'on a affaire à une situation d'urgence complexe, il est nécessaire de s'attacher en premier lieu à réparer les dommages et à remettre le système en état de marche plutôt que de s'engager dans des réformes. Pour offrir un minimum de prestations sanitaires en milieu rural, il faut renforcer immédiatement le système de soins et le personnel de santé. Ce n'est pas une chose facile à gérer et cela implique, pour une part du moins, que l'on trouve des mesures d'incitation (par exemple d'ordre financier ou touchant les perspectives de carrière) susceptibles d'encourager les agents de santé à accepter des postes dans des endroits moins attractifs.

Pour garder en point de mire la réparation et la préparation, il est nécessaire :

- de redéployer le personnel de santé en procédant secteur par secteur ou district par district (plutôt que programme par programme) et en agissant de manière pragmatique et souple ;
- d'assurer la protection des agents de santé et de subvenir à leurs besoins ;
- de prendre sans attendre des mesures afin d'éviter la commercialisation du secteur de la santé. Faire participer l'utilisateur aux frais est inefficace et comporte des effets pervers ;
- de s'assurer l'engagement de la communauté des donateurs et de l'ensemble des autres acteurs principaux afin de s'entendre sur les critères et les règles de planification des ressources humaines eu égard au soutien des réseaux existants, aux échelles de salaire, aux contrats et aux principes directeurs régissant les médicaments essentiels.

Stratégie 2.17 Réadapter lorsque la stabilité revient

Lorsqu'après une crise la situation commence à se stabiliser, la première chose à faire est d'adopter des mesures visant à corriger les distorsions qui affectent le marché du travail. Elles consistent notamment à :

- Etablir un système pour l'évaluation du niveau de compétence des agents de santé en sortie de crise, tout en procédant à un examen des différentes catégories, descriptions de poste et programmes de formation qui se sont multipliés au cours de la période de crise.
- Mettre en place un recyclage pour combler les lacunes. Les agents de santé qui ont reçu une formation essentiellement théorique doivent être formés à la pratique clinique et ceux qui se sont formés sur le tas doivent acquérir la formation théorique traditionnelle qui leur sera nécessaire pour être plus autonomes.
- Mettre un frein à l'accroissement incontrôlé des effectifs. Si les effectifs sont trop importants, mettre un terme au recrutement et à la formation avant emploi et investir dans la formation en cours d'emploi. On devra examiner s'il est préférable de former des personnels supplémentaires ou si la priorité devrait être donnée au recyclage des agents dont le niveau de qualification est limité.
- Dans les situations postconflituelles, mettre très tôt l'accent sur la formation médicale et infirmière afin de rétablir des normes en matière de formation et d'éviter d'avoir à former une masse de médecins et d'infirmières peu qualifiés.
- Continuer à redéployer le personnel et mettre en place des réseaux de soins dans les zones restées à l'écart.
- Elargir les prestations de santé, permettre à tous d'avoir accès aux soins quels que soient leurs moyens financiers et protéger la population contre les conséquences financières du recours aux soins.

CONCLUSION

Les problèmes qui ont été mis en évidence dans le présent chapitre témoignent de l'étendue des besoins auxquels le personnel de santé doit faire face. En abordant ces problèmes sous l'angle des ressources humaines, on voit mieux quelles sont les possibilités mais aussi les contraintes. Les évaluations auxquelles il a été procédé révèlent la diversité considérable de ces personnels, mais en même temps un certain nombre de points communs – collaboration entre les différents secteurs, simplification des tâches et appui satisfaisant aux agents de santé.

Ce qui est important, eu égard au thème du présent rapport, c'est que la nécessité d'un travail en commun revient sans cesse. La collaboration entre secteurs face aux maladies chroniques et aux situations d'urgence, l'établissement de synergies entre programmes en vue de la réalisation des OMD, et le rapprochement des différentes parties prenantes dans l'idée de parvenir à un consensus au sujet des stratégies pour la protection de ce qui peut encore fonctionner en cas de conflits démontrent avec suffisamment de clarté combien il est nécessaire de travailler ensemble.

L'examen de chacun de ces points en se plaçant du point de vue des ressources humaines apporte d'importantes révélations non seulement concernant les besoins, mais aussi au sujet d'un certain nombre d'innovations remarquables. Ainsi, les efforts déployés pour intégrer la prise en charge clinique des maladies de l'adulte et la réorientation vers les compétences exigées par le nouveau modèle de soins applicable aux maladies chroniques constituent d'importantes innovations au niveau de la formation et du déploiement des personnels. Pour une planification plus systématique de ces personnels, il faut se donner pour principal objectif d'encourager ces idées et ces innovations et d'en tirer parti.

Le message essentiel qui ressort du présent chapitre est que la planification des ressources humaines pour la santé doit être poursuivie autant à l'intérieur de ces grands domaines que sur l'ensemble des secteurs. Comme on l'a indiqué, l'évaluation des ressources humaines est une première étape importante dans les situations de conflit ou de postconflit. Lorsqu'on a connaissance des insuffisances numériques qui empêchent le personnel existant d'atteindre ses objectifs en matière de prestations de services, il est possible d'apporter une réponse convenablement proportionnée (plutôt qu'un simple accroissement des effectifs). Grâce à ces évaluations, on peut se faire une idée plus réaliste et plus générale des besoins du secteur sanitaire.

Cela étant, ces analyses ponctuelles soulignent la nécessité d'une planification plus complète des ressources humaines pour la santé conformément au modèle « entrée dans le système – période d'activité – sortie » (voir le Résumé). La demande de nouvelles compétences, de nouveaux agents, d'une meilleure normalisation des qualifications, de nouveaux programmes et cours de recyclage constitue une contrainte importante pour les établissements de formation des personnels de santé. Ces points sont abordés plus en profondeur au chapitre 3. Au nombre des tâches à accomplir en vue d'obtenir les meilleures prestations possibles du personnel sur son lieu de travail, on peut citer une gestion veillant à adapter les compétences aux tâches à accomplir, l'information du personnel au sujet de sa performance, et le recours à différentes méthodes de gestion allant de la délégation à la collaboration et au système de commandement et de conduite des opérations (voir chapitre 4). Enfin, il est important, pour bien maîtriser l'usure des effectifs, de veiller à la santé du personnel et de prévoir une relève suffisante des agents, notamment en cas de décès (voir chapitre 5).

REFERENCES

1. Travis P, Bennet S, Haines A, Pang T, Bhutta Z, Hyder A et al. Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals. *Lancet*, 2004, 364:900–906.
2. Dreesch N, Dolea C, Dal Poz MR, Goubarev A, Adams O, Aregawi M et al. An approach to estimating human resource requirements to achieve the Millennium Development Goals. *Health Policy and Planning*, 2005, 20:267–276.
3. Chen L, Evans T, Anand S, Boufford JI, Brown H, Chowdhury M et al. Human resources for health: overcoming the crisis. *Lancet*, 2004, 364:1984–1990.
4. L'Initiative pour Apprendre Ensemble. *Human resources for health. Overcoming the crisis*. Cambridge, Massachusetts (Etats-Unis d'Amérique), Harvard University Press, 2004.
5. Kurowski C, Wyss K, Abdulla S, Yémadji N, Mills A. *Human resources for health: requirements and availability in the context of scaling-up priority interventions in low-income countries. Case studies from Tanzania and Chad*. Londres, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2003 (Working Paper 01/04).
6. Haines A, Cassels A. Can the Millennium Development Goals be attained? *BMJ*, 2004, 329:394–397.
7. Kober K, Van Damme W. Scaling up access to antiretroviral treatment in southern Africa: who will do the job? *Lancet*, 2004, 364:103–107.
8. *Rapport sur la santé dans le monde 2005 – Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.
9. *Evaluation of short-term training activities of technical divisions in the WHO African Region. Final draft*. Brazzaville, Bureau régional OMS de l'Afrique, 2004.
10. *Global health partnerships: assessing country consequences*. Fondation Bill et Melinda Gates/McKinsey & Company, 2005.
11. Palmer D. *Human resources for health care study: Malawi's emergency human resources programme*. DFID-Malawi, décembre, 2004.
12. Molyneux D. Lymphatic Filariasis (Elephantiasis) Elimination: a public health success and development opportunity. *Filaria Journal*, 2003, 2:13.
13. Chowdhury AMR, Cash RA. *A simple solution: teaching millions to treat diarrhoea at home*. Dhaka (Inde), University Press, 1996.
14. *Rapport sur la santé dans le monde 2004 – changer le cours de l'histoire*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.
15. Aylward RB, Linkins J. Polio eradication: mobilizing the human resources [Eradication de la poliomyélite : mobilisation et gestion des ressources humaines]. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, 83:268-273 (résumé en français).
16. *Scaling up HIV/AIDS care: service delivery and human resource perspectives*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (http://www.who.int/hrh/documents/en/HRH_ART_paper.pdf).
17. Gove S, Celletti F, Seung KJ, Bitalabeho A, Vansson M, Ramzi A et al. *IMAI operational package for integrated management of HIV/AIDS prevention, treatment and care in the health sector*. Document présenté à la 14^e Conférence internationale sur le VIH/SIDA et les Infections sexuellement transmissibles en Afrique, 4-9 décembre 2005, Abuja (Nigéria).
18. Bell D, Rouel G, Miguel C, Walker J, Cacal L, Saul A. Diagnostic du paludisme dans une région reculée des Philippines : comparaison de plusieurs techniques et de leur acceptation par les agents de santé et la communauté. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, Recueil d'articles N° 6, 2002, 75-83.
19. Cho-Min-Naing, Gattton M.L. Performance appraisal of rapid on-site malaria diagnosis (ICT malaria Pf/Pv test) in relation to human resources at village level in Myanmar. *Acta Tropica*, 2002, 81:13–19.
20. Sibley M, Sipe A, Armelagos GJ, Barrett K, Finley EP, Kamat V et al. *Traditional birth attendant training effectiveness: a meta-analysis*. Washington, D. C. , Academy for Educational Development, 2002 (document non publié du Projet SARA).
21. Kinoti S, Tawfik L. *Impact of HIV/AIDS on human resources for health*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005 (document de base pour le *Rapport sur la santé dans le monde 2006* ; disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).
22. *Preventing chronic diseases: a vital investment*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.
23. *Improving medical education: enhancing the behavioral and social science content of medical school curricula*. Washington, D. C. , National Academies Press for the Institute of Medicine, 2004.
24. *Human resources and training in mental health. WHO mental health policy and service guidance package*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.
25. O'Neil EH, Pew Health Professions Commission. *Creating health professional practice for a new century*. San Francisco, Californie (Etats-Unis d'Amérique), Pew Health Professions Commission, 1998.

26. *Human resources and national health systems: shaping the agenda for action*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.
27. *Making medical practice and education more relevant to people's needs: the contribution of the family doctor*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1994.
28. Griner P. The workforce for health: response. In: *2020 vision: health in the 21st century*. Washington, D. C., National Academies Press pour l' Institute of Medicine, 1996:102–107.
29. *Physician concerns: caring for people with chronic conditions*. Baltimore, Maryland (Etats-Unis d'Amérique), Partnership for Solutions, 2003 (<http://www.partnershipforsolutions.com>, consulté le 26 janvier 2006).
30. Pruitt SD, Epping-Jordan JE. Preparing the 21st century global healthcare workforce. *BMJ*, 2005, 330:637–639.
31. Holman H, Lorig K. Patients as partners in managing chronic disease. Partnership as a prerequisite for effective and efficient health care. *BMJ*, 2000, 320:525–527.
32. Clark NM, Gong M. Management of chronic disease by practitioners and patients: are we teaching the wrong things? *BMJ*, 2000, 320:572–575.
33. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Institute of Medicine, National Academy Press, Washington, D. C., 2001.
34. Organisation mondiale de la Santé. *Mental health atlas 2005* (http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/, consulté le 30 janvier 2006).
35. Lorig KR, Ritter P, Stewart A, Sobel D, Brown B, Bandura A et al. Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. *Medical Care*, 2001, 39:1217–1223.
36. Fu D, Fu H, McGowan P, Shen YE, Zhu L, Yang H et al. Implementation and quantitative evaluation of chronic disease self-management programme in Shanghai, China: randomized controlled trial [Mise en œuvre et évaluation quantitative du programme d'auto-prise en charge des maladies chroniques à Shanghai (Chine) : essai contrôlé randomisé]. *Bulletin of the World Health Organization*, 2003, 81:174-82 (résumé en français).
37. *Pulling together: the future roles and training of mental health staff*. Londres, The Sainsbury Centre for Mental Health, 1997.
38. Adams O, Dolea C. *Social valuation of the medical profession*. Document présenté au Congress on health-related professions as a social risk, Albert Schweitzer Centre, Turin (Italie), 31 janvier 2004. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.
39. Australian Council for Safety and Quality in Health Care. *National patient safety education framework* (<http://www.safetyandquality.org/framework0705.pdf>, consulté le 30 janvier 2006).
40. *World alliance for patient safety. Forward programme 2005*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.
41. Nukuro E. *Engaging stakeholders for health workforce issues. Lessons from pandemic influenza outbreak in the Western Pacific Region*. Document présenté au WHO Forum on Combating the Global Health Workforce Crisis, 26–28 October 2005. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.
42. Liese B, Blanchet N, Dussault G. *The human resource crisis in health services in sub-Saharan Africa*. Washington, D. C., Banque mondiale, 2003.
43. Covello V, Allen F. *Seven cardinal rules of risk communication*. Washington, D. C., United States Environmental Protection Agency, Office of Policy Analysis, 1988.
44. Limpakarnjanarat K, International Emerging Infections Program (IEIP), Thailand, MOPH–US CDC Collaboration. Communication personnelle, 25 octobre 2005.
45. Wibulpolprasert S. WHO Forum on Combating the Global Health Workforce Crisis, 26–28 October 2005. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005 [communication personnelle].
46. Organisation mondiale de la Santé. *Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie* (<http://www.who.int/csr/outbreaknetwork/fr/>, consulté le 30 janvier 2006).
47. Wilson N, Baker M, Crampton P, Mansoor O. The potential impact of the next influenza pandemic on a national primary care medical workforce. *Human Resources for Health*, 2005, 3:7.
48. Pavignani E. The impact of complex emergencies on the health workforce. *Health in Emergencies*, 2003, 18:4–6.
49. Van Lerberghe W, Porignon D. Of coping, poaching and the harm they can do. *Health in Emergencies*, 2003, 18:3.
50. Smith JH. *Issues in post-conflict human resources development*. Document présenté au : REACH–Afghanistan, Management Sciences for Health, Geneva, 12 September 2005. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.
51. Health service delivery in post-conflict states. Forum de haut niveau sur les objectifs du Millénaire pour le développement en matière de santé. Paris, 14–15 novembre 2005 (<http://www.hlfhealthmdgs.org/Documents/HealthServiceDelivery.pdf>, consulté le 30 janvier 2006).



préparer le pe

chapitre trois

Personnel de santé

dans ce chapitre

41	Entrée dans la vie professionnelle active : les bonnes proportions
43	Formation : les bonnes institutions pour former les bons agents
55	Repenser le recrutement : la voie d'accès au personnel sanitaire
60	Conclusion

Le chapitre précédent a donné un aperçu des problèmes considérables auxquels le personnel de santé doit faire face. Le chapitre 3 et les deux suivants traitent d'un grand nombre de ces problèmes en s'appuyant sur l'ensemble des stratégies mises en œuvre pour former, entretenir et fidéliser le personnel. Le présent

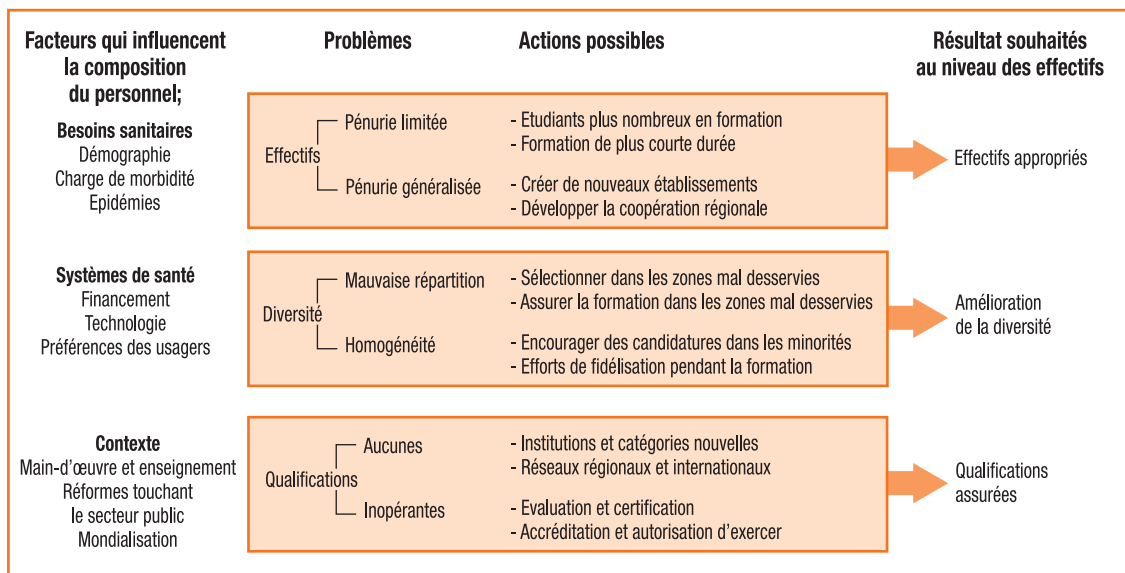
chapitre concerne la préparation du personnel : veiller à ce qu'elle soit bonne dès le début, donner la formation voulue aux personnes voulues de manière à disposer d'un personnel capable d'assurer les prestations de soins de santé avec efficacité. Ce chapitre porte essentiellement sur l'entrée des agents de santé dans la vie professionnelle active et sur les établissements de formation des personnels de santé – écoles, universités et autres établissements de formation – qui apportent le savoir et les compétences qui leur seront nécessaires dans leur future fonction.

ENTREE DANS LA VIE PROFESSIONNELLE ACTIVE : LES BONNES PROPORTIONS

Préparer les futurs agents de santé à travailler à la réalisation de leurs objectifs professionnels représente, parmi toutes les tâches des services de santé mais aussi parmi toutes les possibilités qui s'offrent à eux, l'une des plus importantes. Allant au-delà de la notion traditionnelle d'éventail de compétences représentées au sein du personnel sanitaire, le présent chapitre lui adjoint la notion d'effectifs,

c'est-à-dire le nombre de personnes que l'on forme, la notion de diversité, c'est-à-dire la mesure dans laquelle ces personnels reflètent les caractéristiques socioculturelles et démographiques de la population et, enfin, la notion de qualifications, c'est-à-dire les tâches que les agents de santé des différents niveaux sont formés à accomplir et qu'ils sont effectivement capables d'accomplir. Assurer un équilibre raisonnable en termes d'effectifs, de diversité et de qualifications suppose une connaissance approfondie des forces et des enjeux qui modèlent les

Figure 3.1 Trouver les bonnes proportions : les problèmes qui se posent au niveau de l'effectif des agents de santé



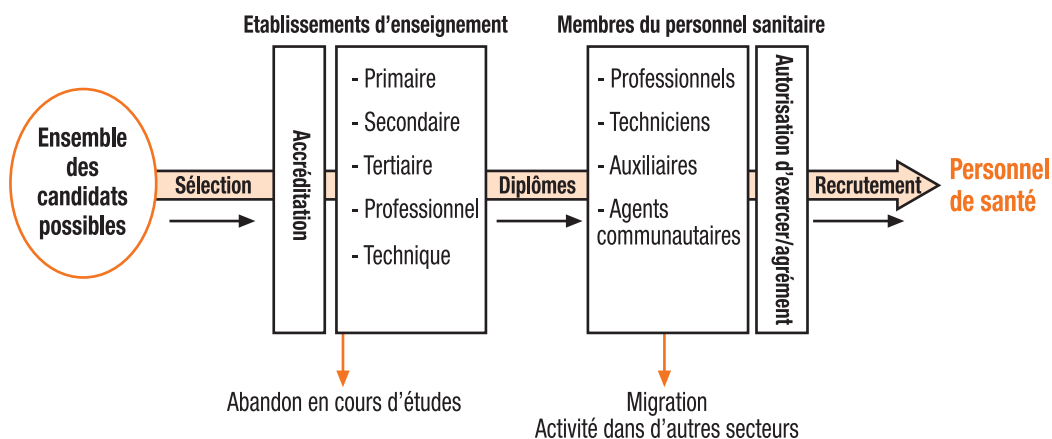
Source des données : (1).

systèmes de santé et les systèmes éducatifs, comme d'ailleurs le marché du travail ainsi que le montre schématiquement la Figure 3.1. Cette connaissance, si imparfaite qu'elle soit, peut nous éclairer au sujet des politiques et des actions possibles dans le domaine de la formation et du recrutement.

La « filière » du recrutement

Au cours du processus qui le conduit à entrer dans la vie professionnelle active, le futur agent de santé passe par un établissement d'enseignement dont il sort en ayant acquis un certain nombre de compétences et obtenu un diplôme qui lui permettent ensuite d'être recruté par son employeur en tant que membre du personnel sanitaire (voir Figure 3.2). Cette filière couvre les établissements d'enseignement primaire, secondaire et supérieur ainsi que les établissements de santé qui forment les divers agents, depuis

Figure 3.2 Filière de formation et de recrutement du personnel de santé



les auxiliaires jusqu'aux techniciens, médecins et assimilés et divers cadres. Tout au long de cette filière, les critères d'entrée dans les établissements d'enseignement, les abandons en cours d'études et le marché de l'emploi déterminent quel nombre et quel genre de personnes vont poursuivre leur formation pour devenir des agents de santé. L'examen des établissements de formation des personnels de santé et du marché de l'emploi fournit des indications sur la manière de gérer l'entrée des agents de santé dans la vie professionnelle active en fonction des objectifs visés sur le plan des résultats.

FORMATION : LES BONNES INSTITUTIONS POUR FORMER LES BONS AGENTS

Le XX^e siècle a apporté des changements radicaux dans la situation des établissements de formation aux professions de santé. En 1910, l'étude novatrice de Flexner, qui avait abordé la question de l'enseignement médical sous l'angle scientifique, a entraîné la fermeture de plus de la moitié des écoles ou facultés de médecine des Etats-Unis, permettant à la population d'être désormais mieux assurée que tous les médecins seraient formés sur la base des mêmes critères en matière de connaissances, de qualifications et de compétences (2). Moins d'une décennie plus tard, c'est en partie en raison de la demande d'agents de santé de terrain pour les campagnes de santé publique qu'on a construit des écoles de santé publique en Chine, aux Etats-Unis, en Yougoslavie et dans beaucoup d'autres pays (3). En Inde, dans le cadre d'un plan général de développement des services de santé essentiels, les recommandations du rapport Bhore ont conduit à la réorganisation des établissements de formation aux professions de santé (4). D'autres grandes réformes dont les conséquences ont été considérables ont privilégié la formation de nouveaux types d'agents comme, par exemple en Chine, les « médecins aux pieds nus » (5, 6) ou de nouvelles manières de former les agents de santé en insistant sur la résolution des problèmes (7).

Encadré 3.1 L'avenir de la médecine universitaire est-il menacé ?

On définit souvent la « médecine universitaire » comme constituant la triade recherche, services cliniques et enseignement médical. On pourrait également la définir comme une entité vouée à l'étude, à la découverte, à l'évaluation, à l'enseignement et à l'amélioration des systèmes de santé. Cela étant, de nombreux observateurs et rapports font état, avec inquiétude, de la crise que traverse actuellement la médecine universitaire dans le monde. Dans les pays à faible revenu, l'institution bat de l'aile – quand elle existe encore – par manque d'infrastructures de base. Même dans les pays à revenu élevé, les deniers publics risquent d'être investis en pure perte si des réformes de structure, par exemple des améliorations et davantage de souplesse dans le déroulement des carrières, ne sont pas engagées. Il semble que la médecine universitaire ne se rende pas compte des possibilités qui sont les siennes et du rôle pilote qu'elle peut jouer, à un moment où la charge de morbidité et la pauvreté sont en progression.

Pour répondre à ces préoccupations, le British Medical Journal, Lancet et 40 autres partenaires ont lancé en 2003 une campagne internationale, l'IRCAM (**I**nternational **C**ampaign to **R**evitalize **A**cademic **M**edicine), afin de débattre de l'avenir de la médecine universitaire en agissant selon deux axes principaux :

- **Redéfinir les valeurs fondamentales de la médecine universitaire.** Même si de nombreuses institutions affirment qu'elles se donnent pour but de favoriser l'excellence scientifique, l'innovation et les soins centrés sur le malade, il n'existe pas d'accord unanime sur ce que serait la médecine universitaire dans une perspective mondialiste. Quelles seraient les conséquences de l'introduction d'une activité commerciale et de modèles en-

trepreneuriaux dans l'enseignement médical ? La plupart des étudiants en médecine et des médecins qui suivent des cours de formation semblent avoir des idées bien arrêtées sur l'importance de valeurs telles que l'altruisme, l'esprit de coopération et l'apprentissage mutuel, ainsi que sur le rôle pilote que peut jouer l'institution médicale dans le domaine de l'éthique.

- **Elaborer une stratégie pour réformer l'enseignement médical et développer la diversité.** Il est essentiel d'agir pour surmonter un certain nombre d'obstacles importants à la poursuite d'une carrière médicale que l'on constate dans toutes les régions et toutes les situations. L'expérience montre que, même si une carrière universitaire reste gratifiante sur le plan intellectuel, elle présente de gros inconvénients qui tiennent par exemple à la disparité salariale par rapport aux confrères praticiens et à l'incertitude qui plane sur le financement de la recherche. Ces inconvénients ne sont pas les seuls ; il y a également l'absence de perspectives claires dans le déroulement de la carrière, l'absence de possibilités de formation qui soient suffisamment souples et l'insuffisance du mentorat, qui rendent encore plus difficile l'instauration d'une ambiance de travail positive. Ces difficultés sont encore plus marquées dans le cas des femmes. Bien qu'il y ait un lien entre le mentorat et un bon déroulement de la carrière, ou encore la possibilité de publier dans des revues avec comité de lecture et l'obtention de bourses ou de subventions, cette pratique est presque inexistante dans la formation médicale universitaire.

Source des données : (8).

Tableau 3.1 Les fonctions des établissements de formation aux professions de santé

Gouvernance	Administrer l'ensemble des institutions appartenant au secteur de l'éducation et à celui de la santé en veillant au maintien de leur qualité
Enseignement	Définir le contenu des programmes d'études et leur orientation en vue de l'acquisition des qualifications professionnelles
Sélection du personnel	Mettre en place un personnel enseignant et des formateurs de bonne qualité qui soient bien encadrés et suffisamment motivés
Financement	Assurer un financement suffisant et équitable pour l'accès des étudiants à l'université et veiller à une coordination efficace des sources de financement
Infrastructure et technologie	Mettre en place des centres de formation et élaborer des matériels pédagogiques pour répondre aux divers besoins des étudiants
Information et savoirs	Générer des informations à l'appui de la mise en œuvre des politiques et pour permettre d'évaluer les effectifs formés

Avec le XXI^e siècle sont apparus de nouveaux défis, de nombreux observateurs déplorant que le paysage institutionnel se révèle incapable de faire face aux problèmes du moment et de se préparer aux problèmes à venir (voir Encadré 3.1). Partout dans le monde, devant l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, les flambées imprévues de maladies infectieuses et la bataille en vue de réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), les établissements de formation aux professions de santé doivent répondre à des attentes et assumer des responsabilités considérables comme cela a été évoqué au chapitre 2. Il faut donc y voir plus clair dans le paysage institutionnel et, en même temps, favoriser davantage le changement pour faire en sorte que les établissements de formation réagissent plus efficacement à ces défis (9). Les établissements de formation aux professions de santé remplissent six fonctions essentielles : administration générale ou gouvernance institutionnelle, enseignement, sélection et emploi de leur personnel, financement de la formation, développement et entretien des infrastructures et des technologies, production d'information et de savoirs. Ces fonctions sont décrites dans le Tableau 3.1. C'est l'ensemble de ces fonctions qui constitue le système permettant de former le personnel de santé, fonctions qui sont examinées plus en détail dans les sections suivantes.

Tableau 3.2 Etablissements de formation aux professions de santé, par Région OMS

Région OMS	Faculté de médecine	Ecole d'infirmières et de sages-femmes	Faculté de médecine dentaire	Ecole de santé publique	Faculté de pharmacie
Afrique	66	288	34	50	57
Amériques	441	947	252	112	272
Asie du Sud-Est	295	1145	133	12	118
Europe	412	1338	247	81	219
Méditerranée orientale	137	225	35	8	46
Pacifique occidental	340	1549	72	112	202
Total	1691	5492	773	375	914

Source : Mercer H, Dal Poz MR. *Global health professional training capacity* (document de travail pour le Rapport sur la santé dans le monde, 2006, <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).

Gouvernance

Les priorités concernant le nombre, la gamme et la qualité des établissements de formation aux professions de santé sont les suivantes : définition de l'éventail des disciplines enseignées, accréditation pour assurer la qualité des prestations, gestion de la population des candidats et efforts pour mener les étudiants jusqu'au diplôme.

Assurer un bon équilibre entre les différents types d'établissements et de diplômés

Partout dans le monde, les établissements de formation aux professions de santé sont très largement orientés vers la formation de médecins et d'infirmières : on dénombre en effet respectivement 1691 et 5492 facultés de médecine et écoles d'infirmières contre 914 facultés de pharmacie, 773 établissements de formation à la médecine dentaire et 375 écoles de santé publique. Il est étonnant de constater que, dans les Régions OMS de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale, il y a moins d'écoles de santé publique (en excluant les départements de santé publique d'autres établissements) que dans les autres Régions (voir Tableau 3.2). Il y a malheureusement beaucoup trop de pays pour lesquels on manque de données sur les établissements de formation et, lorsque ces données sont disponibles, elles ne s'inscrivent pas dans une stratégie générale de la gestion des personnels de santé (10). Si l'on veut être capable de réagir aux problèmes de sous- ou de sureffectifs en prenant des mesures telles que la modification du nombre de places par promotion, ou encore l'ouverture ou la fermeture d'établissements, il faut

Encadré 3.2 Le mouvement en faveur de la santé publique en Asie du Sud-Est : des initiatives régionales et de nouvelles écoles

Les pays de l'Asie du Sud-Est comptent moins de 5 % des écoles de santé publique de la planète, alors qu'ils représentent près d'un tiers de la population mondiale. Ces pays doivent donc de toute urgence accroître la formation en santé publique des professionnels de la santé. Les différents acteurs aux niveaux national, régional et international s'efforcent de rassembler ressources et volonté politique pour y parvenir en imaginant des méthodes novatrices pour la création d'écoles de santé publique.

L'initiative pour la santé publique en Asie du Sud-Est a été lancée en 2004 dans le dessein de renforcer la planification en santé publique avec cinq objectifs :

- placer la santé publique en bonne position sur l'agenda régional et national ;
- renforcer l'enseignement de la santé publique ;
- renforcer la coopération technique pour la création d'établissements nationaux de formation en santé publique ;
- mettre en place un réseau public d'établissements de formation en santé publique ;
- faciliter la définition, dans les pays, d'un ensemble approprié de fonctions essentielles dans le domaine de la santé publique.

A Dhaka (Bangladesh), l'Ecole de Santé publique James P. Grant de la BRAC University a pour but de former un cadre de professionnels de la santé qui seront chargés d'améliorer les perspectives sanitaires des populations vivant dans les régions défavorisées du monde.

- Ses 25 premiers étudiants sont pour la plupart originaires de pays à faible revenu – Afghanistan, Bangladesh, Inde, Kenya, Népal, Ouganda, Pakistan et Philippines –, mais aussi des Etats-Unis, et ils ont obtenu leur diplôme en janvier 2006.
- L'enseignement consiste en un travail de terrain centré sur les problèmes de santé publique des communautés bangladeshies.
- En principe, ces diplômés sont appelés à jouer un rôle de premier plan en tant que praticiens, administrateurs, chercheurs, enseignants et décideurs dans le domaine de la santé publique

et l'Ecole disposera d'un service actif de placement pour les anciens élèves.

- Les étudiants et le personnel enseignant bénéficient également de la collaboration étroite du Bangladesh Centre for Health and Population Research (ICDDR,B). Le personnel est recruté aux niveaux national, régional et international, ce qui contribue à créer une ambiance stimulante, grâce également aux partenaires universitaires prestigieux avec lesquels l'Ecole collabore partout dans le monde.

En Inde, la Fondation pour la Santé publique qui vient d'être créée mobilise des ressources dans le but de créer cinq écoles de santé publique qui seront réparties dans l'ensemble du pays à Ahmedabad, Chennai, Haïdérabad, New Delhi et Calcutta. Cette Fondation a été établie sur la base d'un partenariat entre le secteur public et le secteur privé dont l'objet est de renforcer les institutions existantes et de rapprocher les diverses parties prenantes pour les faire collaborer. Ces nouvelles écoles offriront :

- des programmes d'études structurés pluridisciplinaires associant un enseignement de haut niveau comparable à celui qui est dispensé dans les meilleures universités du monde et un contenu pédagogique correspondant aux besoins du pays ;
- une formation de courte et de longue durée destinée aux professionnels de la santé et assimilés exerçant déjà des activités dans le domaine de la santé publique – dans la fonction publique, les universités ou les organisations non gouvernementales – et à des personnes actuellement sans emploi qui souhaitent poursuivre une carrière dans la santé publique, par exemple comme analystes des politiques sanitaires ou administrateurs de la santé ;
- des recherches sur les problèmes de santé jugés prioritaires en Inde, et notamment la production de connaissances et leur application.

Sources des données : (11, 12).

en premier lieu déterminer quelle est la capacité actuelle de formation des différents types d'agents, quelles sont les relations entre la formation avant emploi et la formation en cours d'emploi et, enfin, définir les politiques à mettre en œuvre pour faire changer les choses. A court terme, la création de nouveaux établissements de formation peut paraître coûteuse, mais une comparaison s'impose avec la proportion de diplômés formés à l'étranger qui reviennent au pays.

Stratégie 3.1 Encourager la formation dans tous les domaines des soins de santé

Il faut s'attaquer d'urgence à la pénurie qui frappe les agents de santé publique et les diverses catégories de personnel administratif en imaginant de nouvelles façons de stimuler la capacité d'initiative et en élaborant des stratégies réalistes. En Asie du Sud-Est a été lancée une initiative de santé publique qui joue le rôle de catalyseur pour la mise en place de moyens plus importants sur le plan institutionnel : au Bangladesh, une organisation non gouvernementale novatrice, la BRAC, a ouvert une école de santé publique destinée à stimuler les initiatives pour améliorer la santé de groupes de population pauvres et défavorisés. En Inde, le Ministère de la Santé ainsi que des acteurs importants appartenant aux milieux universitaires et au secteur privé ont conclu un partenariat qui se propose de créer cinq écoles de santé publique afin de s'attaquer aux problèmes nationaux prioritaires dans le domaine de la santé publique (voir Encadré 3.2).

Accréditation : renforcer la compétence et la confiance

L'accréditation est une procédure essentielle non seulement pour l'évaluation des institutions, mais, et c'est plus fondamental, pour donner confiance à la population (voir chapitre 6). Conduite principalement sous l'égide du ministère de l'éducation ou éventuellement confiée à une commission spécialisée à laquelle cette mission a été dévolue, elle suppose des moyens pour obtenir les preuves que les objectifs en matière de formation ont effectivement été atteints. Une enquête récente portant sur les facultés de médecine (13) montre que la répartition des systèmes d'accréditation est très inégale – il en existe dans les trois quarts des pays de la Méditerranée orientale, dans un peu moins de la moitié des pays de l'Asie du Sud-Est et dans environ un tiers des pays de la Région africaine. Par ailleurs, les facultés ou écoles de médecine appartenant au secteur privé ont moins de chances d'être soumises à une procédure d'accréditation que les facultés de médecine publiques, ce qui est inquiétant du fait qu'elles jouent un rôle croissant dans la formation du personnel sanitaire (voir Encadré 3.3).

« Il faut faire preuve d'ingéniosité pour accroître les moyens des centres de formation »

Encadré 3.3 La croissance rapide de la formation aux professions de santé dans le secteur privé

Les universités du secteur privé qui proposent une formation aux professions de santé sont en croissance rapide dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, ce qui correspond d'ailleurs au phénomène plus général d'une participation croissante du secteur privé à la formation technique et professionnelle.

Cette tendance ressort d'un certain nombre de données récentes en provenance de l'ensemble du monde :

- Dans la Région OMS de la Méditerranée orientale, le nombre d'établissements de formation privés est passé entre 1980 et 2005 de 10 % à près de 60 % de l'ensemble des établissements de formation.
- En Amérique du Sud, l'Argentine, le Chili et le Pérou ont connu entre 1992 et 2000 une augmentation de 60 à 70 % du nombre d'écoles ou de facultés de médecine, ce qui traduit principalement la participation accrue du secteur privé dans ce domaine.

- En Inde, dans l'Etat de Karnataka, 15 facultés de médecine sur 19 appartiennent au secteur privé.
- Aux Philippines, on comptait, en 2004, 307 établissements privés parmi les 332 écoles d'infirmières.
- En Côte d'Ivoire, 60 % de l'ensemble des étudiants qui suivent une formation technique sont inscrits dans des établissements privés.
- En République démocratique du Congo, le nombre de diplômés des facultés de médecine et des écoles d'infirmières a doublé entre 2001 et 2003, en grande partie du fait de la participation accrue du secteur privé à la formation des personnels de santé.

Sources des données : (14–18).

Dans les pays relativement pauvres où il est courant que l'on tente de renforcer les ressources humaines en faisant appel à des agents qui n'ont pas forcément reçu une formation en bonne et due forme, il faut faire preuve d'ingéniosité pour accroître rapidement les moyens des centres de formation, et notamment apporter les compétences nécessaires pour les procédures d'accréditation ainsi que les ressources financières modestes que la mise en œuvre de ces procédures nécessite. Il faut aussi s'attacher à étendre les procédures d'accréditation et les efforts en vue d'améliorer la qualité de l'enseignement au-delà des facultés de médecine ou des écoles d'infirmières pour prendre également en compte d'autres établissements d'enseignement, tels que les écoles de santé publique (19).

Gestion des admissions pour promouvoir la diversité

Le passage par l'enseignement secondaire est nécessaire pour être admis dans la plupart des programmes de formation aux professions de santé. Toutefois, de nombreux pays souffrent d'un financement insuffisant à ce niveau et sont confrontés à un faible nombre d'admissions et à un nombre élevé d'abandons dans le secondaire, notamment parmi les couches sociales défavorisées. Ces facteurs limitent gravement le nombre de personnes susceptibles d'être admises dans les programmes de formation aux carrières de la santé. Le profil des étudiants qui embrassent ces carrières traduit rarement la diversité sociale, linguistique et ethnique de la société, car les classes sociales supérieures et les groupes ethniques dominants sont surreprésentés dans la population étudiante (20, 21).

Stratégie 3.2 Elaborer des politiques d'admission qui tiennent compte de la diversité de la population

La diversité croissante des populations de malades et la prise de conscience de plus en plus marquée de l'importance des questions d'ordre socioculturel et linguistique dans la dispensation des soins (22, 23) suscitent un regain d'attention pour les déséquilibres qui existent dans les procédures d'admission. Parallèlement à l'établissement de quotas d'admission, on peut mettre en œuvre d'autres méthodes pour favoriser la diversité, notamment en allant au-devant de personnes qui n'envisageraient même pas de suivre une formation à une profession de santé (24), en mettant en place des programmes spécialisés pour les élèves qui sont en sous-effectifs dans les établissements d'enseignement secondaire (25), et en élargissant les critères de sélection afin d'admettre des étudiants dont les attributs personnels les rendent aptes à assurer des services dans le domaine sanitaire (26).

Mener les étudiants jusqu'au diplôme

Il ne suffit pas d'admettre dans les filières de formation une population étudiante de diversité satisfaisante, encore faut-il être capable de les amener jusqu'au terme de cette formation (27). S'agissant de pays à revenu faible ou intermédiaire, on possède très peu d'informations au sujet de la proportion d'étudiants qui abandonnent en cours d'étude, sur les facteurs qui contribuent à ces abandons dans l'ensemble des établissements, sur la nature des programmes de formation ou encore sur le profil sociodémographique des étudiants. Les données limitées dont on dispose montrent que la proportion d'étudiants qui ne terminent pas leur formation pour cause de résultats insuffisants, de contraintes financières et autres problèmes personnels – notamment sanitaires ou tenant à la mauvaise qualité du logement – atteint 20 à 30 % (28, 29). Aux Etats-Unis et au Royaume-Uni, il existe toutes sortes d'activités qui permettent de retenir les étudiants en soins infirmiers, notamment les conseils pédagogiques, le système du tutorat pour les étudiants qui ne sont pas de langue anglaise, des garderies d'enfants d'un coût abordable, une aide financière, un service d'orientation professionnelle et un placement garanti après l'obtention du diplôme (30–32). Il faut que les mécanismes mis en place pour faire en sorte que les étudiants soient plus nombreux à terminer leurs études prennent en compte les politiques existantes eu égard aux critères d'admission et aux procédures de sélection.

L'enseignement

Les connaissances et les qualifications des divers agents sanitaires dépendent de ce qu'ils apprennent, de sorte que l'organisation et l'administration des programmes peuvent se révéler être d'importants facteurs de changement et d'innovation dans les systèmes de santé. Mettre une nouvelle matière au programme donne à un sujet ou à une méthode une légitimation susceptible de conduire à des changements débouchant sur de nouvelles disciplines, sur de nouveaux départements, sur de nouveaux établissements d'enseignement et sur de nouveaux agents de santé, avec des conséquences très importantes pour la pratique des soins. Au cours des 40 dernières années par exemple, l'épidémiologie clinique qui restait en marge de la médecine a pris une place prépondérante dans les mutations que la référence à l'expérience concrète a opérées dans le domaine de la santé en général et des soins en particulier (33).

« Le leitmotiv de ce rapport – former, entretenir et retenir – vaut aussi pour les enseignants »

Stratégie 3.3 Assurer la qualité et mettre en place des programmes d'études adaptés à la situation

Dans la préparation du personnel sanitaire, les programmes d'études sont supposés répondre à des normes souvent définies comme correspondant aux qualifications de base. Par exemple, tout cardiologue doit être capable de lire un électrocardiogramme et tout spécialiste de la santé publique doit savoir à quoi correspond l'*odds ratio*. Indépendamment de l'enseignement de ces notions de base, les programmes d'études doivent également être en phase avec l'évolution des connaissances dans le domaine sanitaire et répondre aux besoins et aux demandes des systèmes de santé, et en particulier aux attentes des usagers. C'est ainsi que la prise de conscience croissante des forces sociales dont sont tributaires la santé et l'accès aux soins a conduit à la création de nouveaux enseignements portant sur l'importance du statut social, la mondialisation, la déontologie en santé publique et la compréhension des autres cultures (34–41).

Faire en sorte que ce qui est enseigné soit approprié – compte tenu des besoins de la clientèle ou de la population en cause – exige beaucoup d'attention. Il n'est pas absolument certain que la formation normalement dispensée à des infirmières conformément aux réalités de la pratique dans un établissement de soins tertiaires permette à celles-ci d'acquérir les compétences qui leur permettraient de répondre aux besoins de populations autochtones vivant dans des zones reculées. De même, les qualifications de base exigées pour une maîtrise de santé publique en Europe sont probablement différentes de celles qui sont nécessaires pour l'obtention du même diplôme en Afrique. Une étude récente a montré que moins de la moitié des établissements de formation de plusieurs pays d'Afrique assuraient un enseignement suffisant en vaccinologie (42), et cela alors même que les taux nationaux de couverture vaccinale sont en recul. Beaucoup de recommandations relatives à la modification des programmes qui émanent de groupes ou de commissions d'experts ne prennent pas suffisamment en compte les problèmes d'application. Les nouveaux enseignements ne peuvent pas s'intégrer aux programmes d'études en l'absence d'un corps professoral compétent, du matériel pédagogique de base ou d'un soutien institutionnel.

Les décisions qui sont prises au sujet des programmes d'études demandent beaucoup plus que de simples changements sur le papier, car elles peuvent remettre en cause les limites professionnelles, les hiérarchies, les responsabilités et la rémunération des services. Les modifications de contenu – qui constituent l'un des moyens de réorienter, sur un plan plus général, les qualifications, les effectifs et la diversité des formations – nécessitent une large participation non seulement du corps professoral, mais aussi des organismes professionnels, des instances de réglementation et des associations de malades (43, 44). L'engagement de ces différents groupes dont les intérêts sont différents risque de limiter la portée et la célérité des décisions (45), mais il est essentiel pour légitimer les modifications qui sont apportées aux programmes d'études. Lorsqu'on élabore des programmes d'études, on a généralement tendance à ajouter de nouvelles matières sans pour autant éliminer les anciens enseignements (46). Cette tendance à toujours aller dans le même sens conduit à la surcharge des

programmes, ce qui contribue souvent à les rendre plus flous et à traiter moins en profondeur les différentes matières.

Acquisition de la capacité d'apprentissage nécessaire

Devant le développement et l'évolution rapides des connaissances et compte tenu de la dynamique du lieu de travail, on admet de plus en plus que les programmes de formation ne peuvent pas enseigner aux gens tout ce qu'ils ont besoin de savoir. L'aptitude à acquérir de nouvelles qualifications et de nouvelles connaissances préparant à un apprentissage tout au long de l'existence constitue en elle-même une qualification de base que les programmes d'études doivent cultiver. Face à cette exigence, l'enseignement abandonne peu à peu son aspect didactique pour centrer la formation sur l'étudiant lui-même à qui l'on apprend à résoudre des problèmes, l'idée étant de privilégier le « savoir-faire » par rapport au « tout savoir » (47). Etudiants et enseignants se déclarent satisfaits de cette évolution et les professeurs apprécient cet enseignement centré sur les problèmes (48, 49).

En étant confronté de bonne heure à la pratique clinique ou aux services de santé publique, l'étudiant est mieux à même d'intégrer et d'appliquer ses connaissances sur son lieu de travail, de s'inspirer des différents modèles de rôle, et de faire l'expérience de l'interdisciplinarité et du travail d'équipe dans la prestation des services de santé (50, 51). Selon de récentes évaluations, cette méthode, qualifiée d'apprentissage par la pratique, accroît l'empathie vis-à-vis des personnes malades ; elle rend les étudiants

Encadré 3.4 L'enseignement basé sur la pratique va de pair avec l'apprentissage centré sur les problèmes et la pratique centrée sur le malade

Il est capital d'encourager les professionnels de la santé à se former tout au long de leur vie et à acquérir des compétences pratiques utiles sur leur lieu de travail et adaptables à la diversité des problèmes et des populations. Les nouvelles tendances de l'enseignement médical visent à améliorer la santé de la population en appliquant cette idée dans les méthodes de formation. Cette démarche suppose l'intégration de trois méthodologies et elle permet d'améliorer davantage les qualifications, les attitudes et les comportements des professionnels de la santé que ne le font les programmes qui ne procèdent pas à ce type d'intégration (55).

L'enseignement basé sur la pratique s'efforce :

- de combler le fossé entre l'enseignement universitaire et la pratique ;
- d'être bénéfique aux étudiants, aux établissements d'enseignement, aux divers organismes sanitaires et aux communautés ;
- de susciter et de développer la réflexion critique et d'accroître la capacité à résoudre des problèmes ;
- de rechercher l'interdisciplinarité, la pluridisciplinarité et la multidimensionnalité ;
- d'établir des partenariats d'enseignement entre le personnel universitaire, les praticiens et les étudiants, et de former les enseignants, les praticiens et les chercheurs ;
- de prendre en compte l'enseignement basé sur l'expérience, y compris la réflexion critique, l'observation et l'apprentissage par l'action (56).

L'apprentissage centré sur les problèmes complète l'apprentissage basé sur la pratique :

- en identifiant le problème ;
- en explorant les connaissances existantes ;
- en émettant des hypothèses et des mécanismes possibles ;
- en identifiant les questions et les objectifs de l'apprentissage ;
- en instituant l'étude individuelle et l'apprentissage collectif ;

- en réévaluant et en appliquant les nouvelles connaissances à la solution du problème ;
- en procédant à l'évaluation et à la critique de l'apprentissage (57).

La pratique centrée sur le malade :

- intègre l'enseignement et l'apprentissage à la pratique clinique ;
- incite à l'échange d'expériences avec les malades au sujet de la maladie et de la guérison ;
- comprend qu'en matière de soins les besoins sont variables ;
- observe de manière active comment les différents prestataires de services collaborent pour répondre aux besoins des malades.

La formation des étudiants en pharmacie : un programme de partenariat clinique à la Faculté de Pharmacie de l'Université de l'Etat de l'Ohio. Ce programme se présente sous la forme d'un milieu d'apprentissage actif, il propose l'application des connaissances pharmaceutiques dans le cadre d'un modèle centré sur le malade et constitue également un lieu de recherche appliquée en matière de pratiques pharmaceutiques. L'intégration à la pratique clinique s'effectue de bonne heure et se poursuit avec l'affectation des étudiants à des malades déterminés (appelés « patients longitudinaux ») qu'ils suivent tout au long du déroulement des soins. Ce programme offre des services variés et permet l'acquisition de compétences, notamment en ce qui concerne la prise en charge des traitements anticoagulants, l'autoprise en charge du diabète, la prise en charge de la cholestérolémie, l'éducation sanitaire relative à l'hépatite C, les consultations sur les produits d'herboristerie et les suppléments diététiques, la gestion des médicaments, les programmes pour cesser de fumer et le soutien psychologique (58).

plus sûrs d'eux-mêmes et leur permet de mieux percevoir leur identité professionnelle et d'apprendre de manière efficace en s'inspirant des connaissances implicites de praticiens expérimentés (52–54). Un exemple de pratique centrée sur les malades dans une faculté de pharmacie est donné dans l'Encadré 3.4.

Le personnel enseignant

Le leitmotiv de ce rapport – former, entretenir et retenir – vaut également pour les enseignants et, d'une façon générale, pour le corps professoral des établissements de formation aux professions de santé. Parmi les principales observations de la campagne internationale décrite dans l'Encadré 3.1, on peut citer l'absence de possibilités de formation suffisamment souples, l'insuffisance du mentorat, ainsi que les problèmes de carrière que connaissent les femmes, alors même que la médecine est en voie de féminisation. Malgré la rareté des données publiées, il semble que les problèmes auxquels sont confrontées les autres personnes chargées de la formation des agents de santé ne soient guère différents de ceux que connaît le personnel enseignant des facultés de médecine.

Les établissements de formation universitaires ont ordinairement une triple mission : l'enseignement, la recherche et la prestation de services. L'idéal serait que ces trois missions soient mises sur un même plan et bénéficient d'autant de moyens institutionnels, le personnel étant invité à les assurer toutes les trois. En fait, le personnel est souvent très largement incité à faire de la recherche et à assurer des prestations de services plutôt que des heures d'enseignement.

Parallèlement, la nécessité de dégager des revenus par la recherche ou la prestation de services afin de compenser les frais généraux confère à l'enseignement et la formation un statut de « parents pauvres » (59). En Asie du Sud-Est, la recherche du gain pousse l'enseignement vers les secteurs plus lucratifs de la médecine de spécialité, ce qui risque de réduire la capacité du personnel sanitaire à répondre aux besoins fondamentaux en matière de santé publique (60).

Il est donc important de connaître ce qui motive les enseignants et de les aider de manière à les motiver davantage. Par exemple, une étude menée en Australie a révélé que, dans le cas des chefs de clinique, la principale motivation à enseigner était en premier lieu la satisfaction personnelle, et en second lieu la possibilité d'attirer des étudiants dans leur propre domaine de spécialité (61). Parmi les autres incitations à enseigner figuraient la reconnaissance individuelle matérialisée par des nominations à des postes universitaires, la formation permanente subventionnée et l'accès à l'information. En revanche, la réticence à enseigner était liée à l'absence de gratifications, au sentiment que ce sont les travaux de recherche qui conditionnent les promotions et que l'enseignement n'a guère d'intérêts à cet égard, au manque d'aptitudes pédagogiques, à la concurrence exercée par les services cliniques et le travail de recherche, à l'impression que les programmes d'études sont inadaptés et à la lourde charge administrative imposée par la présence d'étudiants nombreux.

Malgré tous ces facteurs dissuasifs, on observe chez les professionnels de la santé de nombreux pays un ferme engagement en faveur de l'enseignement et du mentorat (62). La conclusion d'accords de jumelage et l'établissement de partenariats de longue durée entre centres universitaires d'enseignement médical dans les pays à revenu élevé et entre universités et établissements de soins dans les pays à faible revenu, comme on le fait dans le cas des soins pour le VIH/SIDA, sont susceptibles de déboucher sur un renforcement du corps professoral et d'enrichir les programmes d'études et le matériel pédagogique (63–66). De même, l'apparition de réseaux d'établissements de formation en santé – dotés de liens virtuels – permet d'augurer de nouvelles possibilités de partager les ressources pédagogiques (67). On trouvera dans l'Encadré 3.5 la description des activités d'une fondation internationale dont l'objet est d'aider au développement du corps professoral des facultés de médecine. Le partage d'expériences avec ce type d'organisations ou d'autres organisations novatrices de ce genre offre une occasion de se rendre compte de ce qui fonctionne et de ce qui ne fonctionne pas.

Stratégie 3.4 Encourager et soutenir l'excellence en matière d'enseignement

Le rôle capital du personnel enseignant dans la préparation des agents de santé justifie la mise en place d'une stratégie beaucoup plus complète pour soutenir l'excellence en matière d'enseignement. Les éléments clés d'une telle stratégie pourraient être les suivants : des perspectives de carrière plus crédibles pour les enseignants ; des promotions pour les membres féminins du corps professoral, en particulier dans les facultés de médecine ; un bon soutien matériel et technique ; une rémunération raisonnable ; un système de notation et d'évaluation constructif ; l'accès au mentorat ; des possibilités de formation pour améliorer les qualifications pédagogiques ; enfin, des gratifications pour les enseignants ainsi que des innovations dans le contenu des programmes.

Financement

Il n'existe actuellement aucune recommandation normative concernant le montant des sommes à investir dans la formation du personnel de santé. Des études ont été consacrées çà et là au coût de la formation de certains types déterminés d'agents de santé (68), mais, dans la plupart des pays, on ne dispose pas de données complètes sur le montant des fonds que les pays et les organismes de développement investissent dans la formation des agents de santé avant emploi et en cours d'emploi. Malgré ces lacunes dans les données, il est clair que les effectifs, les qualifications et la diversité des agents de santé sont, pour une grande part, tributaires du niveau de financement et de la manière dont les fonds sont affectés aux établissements d'enseignement.

En se basant sur le type de filière de recrutement schématisé par la Figure 3.2, il apparaît que l'ensemble des candidats possibles à une formation en santé dépend plus généralement du niveau de financement dont bénéficie le secteur de l'éducation. Dans les pays pauvres, le très faible nombre d'élèves dans le secondaire et d'étudiants dans le supérieur est lié au financement insuffisant du secteur de l'éducation (69) ; il peut avoir pour effet de limiter l'effectif global et la diversité socio-économique des candidats possibles ou compromettre la préparation du personnel. En pareil cas, il est essentiel d'améliorer le financement de l'enseignement primaire et secondaire pour augmenter l'offre de personnel sanitaire (70).

Compte tenu du fait que l'expansion des ressources humaines pour la santé implique des dépenses de formation importantes comme on l'a vu au chapitre 1, il est absolument capital d'accroître notablement le financement de la formation en santé dans les pays qui souffrent d'une grave pénurie de personnel sanitaire. Un financement plus important est nécessaire pour accroître la capacité de formation (des établissements plus nombreux ou davantage d'étudiants) et en améliorer la qualité grâce à une meilleure infrastructure et à des enseignants fortement motivés. Pour les établissements à court de fonds, il y a une importante source de financement que l'on pourrait exploiter en réorientant

Encadré 3.5 Programmes de développement du corps professoral : formation des enseignants des établissements de formation aux professions de santé

L'un des buts de la **Fondation pour l'avancement de la recherche et de l'enseignement dans le domaine médical au niveau international** (FAIMER) est de créer un réseau mondial de professeurs de médecine, d'échanger des informations et de susciter des idées sur l'amélioration de l'enseignement médical. La Fondation propose un programme de deux ans consistant en stages en temps partiel à l'intention de professeurs de médecine recrutés au niveau international. La première année consiste en deux stages dans une faculté de médecine des États-Unis, entre lesquels les participants sont conviés à travailler, dans leur institution d'origine, à un projet d'innovation touchant les programmes d'études. Au cours de la deuxième année, qui est effectuée dans le pays d'origine du stagiaire, celui-ci sert de

mentor à un nouveau stagiaire et participe activement à un groupe de discussions sur Internet. Le programme a pour but d'enseigner des méthodes pédagogiques, d'apprendre à jouer un rôle d'animateur, ainsi que d'établir des liens solides avec d'autres enseignants dans le monde. Les programmes d'enseignement de la FAIMER s'attachent actuellement à assister les professeurs et facultés de médecine d'Asie du Sud, d'Afrique subsaharienne et d'Amérique du Sud. Leur objectif est de créer des réseaux régionaux d'enseignants, qui se chargeront à leur tour de mettre en place des programmes semblables. Pour plus de renseignements, consulter le site Internet <http://www.ecfmg.org/faimer>.

vers la formation avant emploi une partie des ressources actuellement consacrées à la formation en cours d'emploi. Les efforts d'innovation visant à intégrer la formation concernant les programmes prioritaires dans les programmes d'études des différents établissements d'enseignement montrent que ce système fonctionne (voir Encadré 3.6). Pour obtenir une augmentation importante du niveau de financement et assurer une meilleure coordination entre les différents secteurs, il faut obtenir un engagement politique, s'assurer le soutien des donateurs et négocier avec le ministère des finances, le ministère de l'éducation et éventuellement d'autres ministères (voir chapitre 7).

L'obtention de la diversité souhaitée dans le personnel de santé dépend pour une part de la manière dont la formation sanitaire est financée. Les établissements de formation aux professions de santé financés par le secteur privé sont de plus en plus nombreux partout dans le monde (voir Encadré 3.3). Devant la réduction des fonds alloués par le secteur public aux établissements de formation, on peut craindre que les étudiants qui disposent de peu de moyens n'envisagent plus d'opter pour un métier de soignant et se rabattent en grand nombre sur des programmes pour lesquels la formation est moins coûteuse, s'efforcent de trouver un travail salarié pour financer leurs études (au détriment de leur formation pratique et théorique) ou se voient confrontés à des choix de carrière limités du fait de leur endettement. Parmi les mesures qui peuvent être prises pour préserver l'accès à la formation, on peut citer l'exemption de droits d'inscription ou de frais de scolarité, les bourses et les prêts (78).

Infrastructure et technologie

Parmi les besoins des établissements de formation en matière d'infrastructure, on peut citer la construction, la réparation et l'entretien des bâtiments, des laboratoires spécialisés et autres installations situées sur le terrain, ainsi que l'acquisition de matériels pédagogiques. Si l'infrastructure présente des insuffisances, cela peut limiter sensiblement l'effectif des étudiants susceptibles d'être formés dans de bonnes conditions et brider le développement de la formation, même en ce qui concerne les services de base (79). Selon une enquête récente portant sur l'infrastructure des établissements de formation en psychiatrie dans 120 pays, environ 70 pays sont dotés d'installations largement insuffisantes (80). Devant les dépenses que représentent la construction et l'entretien d'un établissement de formation en santé pour un très petit pays, par exemple un petit Etat insulaire, la mise en place d'établissements régionaux constitue une option plus abordable pour renforcer les moyens et développer la capacité d'initiative au niveau national (voir Encadré 3.7).

Le lieu où est implanté un établissement de formation peut avoir une influence considérable sur la diversité du personnel enseignant et des étudiants. Ces établissements sont, la plupart du temps, situés en zone urbaine, et c'est la prise de conscience de ce déséquilibre en faveur des villes qui a conduit à déployer davantage d'efforts pour les implanter en milieu rural ou à créer des liens virtuels effectifs en ayant recours aux technologies de l'information et de la communication (81, 82).

Stratégie 3.5 Trouver des moyens novateurs pour accéder à l'expertise et aux matériels pédagogiques

Il n'est pas particulièrement facile de se procurer des manuels et autres matériels pédagogiques de qualité et il y a plusieurs façons de tourner la difficulté. Dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes, il existe un programme, appelé programme PALTEX, qui permet de sélectionner des ouvrages de qualité et qui offre à plus de 600 établissements des rabais en fonction des quantités commandées sur un grand nombre de manuels et d'outils de diagnostic simples (83). On a recours aux technologies de l'information et de la communication dans les zones écartées ou manquant de ressources pour faire appel aux compétences du corps professoral ou diffuser plus efficacement le matériel pédagogique. L'Interréseau-Santé-Initiative d'accès aux recherches (HINARI), créé par l'OMS avec la participation enthousiaste de grandes maisons d'édition, permet à des universités, à des organismes de recherche, à des services publics et à des centres hospitalo-universitaires, situés notamment dans des pays à bas revenu, d'accéder à

Encadré 3.6 De la formation en cours d'emploi à la formation avant emploi : la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)

La prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) a été élaborée au milieu des années 1990 par l'OMS et d'autres partenaires en tant que stratégie de prévention et de traitement visant à assurer la santé et le bien-être des enfants de moins de cinq ans dans le monde. La stratégie de la PCIME a pour objet d'améliorer, d'une part, l'aptitude des agents de santé à prendre en charge les différents cas et, d'autre part, plus généralement, le fonctionnement des systèmes de santé et les pratiques sanitaires familiales et communautaires (71). Elle apporte un appui à la formation des médecins, des infirmières et autres agents de santé pour leur permettre d'assurer des soins intégrés (72).

La formation en cours d'emploi vise à élargir les qualifications des agents de santé sous la forme d'un module de formation à la clinique de 11 jours comportant des conférences, des méthodes d'apprentissage actif ainsi que des aides pratiques parfaitement adaptées à tel ou tel type de professionnel de la santé et à son degré de formation antérieure.

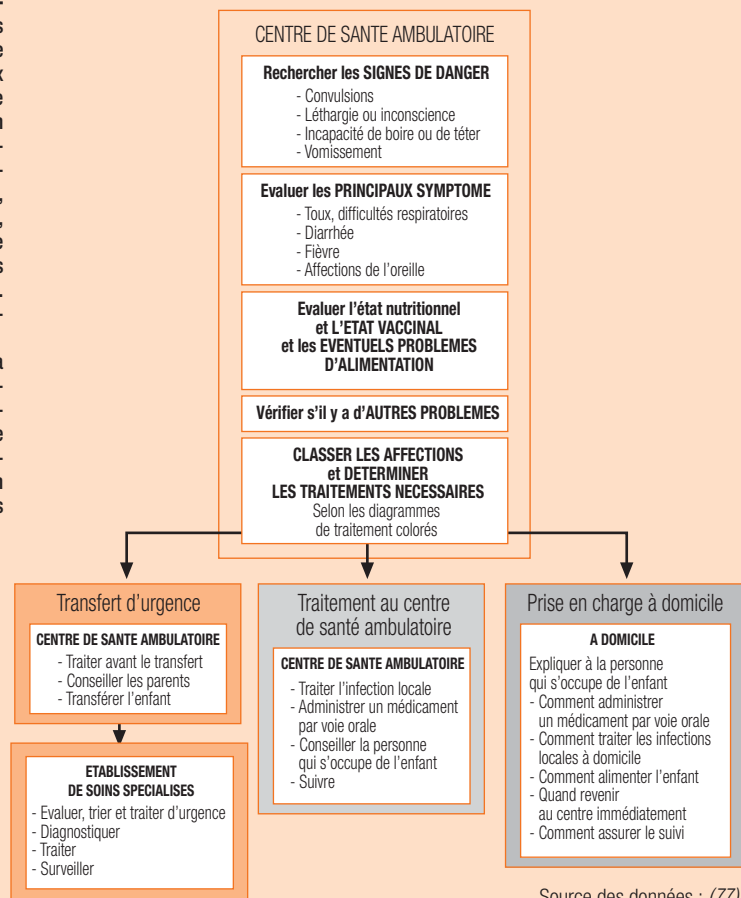
La formation avant emploi a été plus récemment ajoutée à la PCIME et elle vise à enseigner les mêmes notions de base aux agents de santé, mais beaucoup plus tôt au cours de leur formation, sous la forme d'un module de formation de base intégré à leur programme d'études.

Les avantages de la formation avant emploi par rapport à la formation en cours d'emploi. Il y a beaucoup d'avantages à prélever des fonds plus limités destinés aux programmes de formation en cours d'emploi pour les attribuer aux programmes de formation avant emploi comme le montre l'expérience commune d'un certain nombre d'établissements de formation appartenant à l'ensemble des six Régions OMS : la Bolivie, l'Egypte, l'Equateur, l'Ethiopie, l'Indonésie, le Maroc, le Népal, l'Ouzbékistan, les Philippines, la République de Moldova, la République-Unie de Tanzanie, le Viet Nam et bien d'autres pays sont parties prenantes à cet exercice (73–76). Les principaux enseignements qui en ont été tirés sont les suivants :

- Il est difficile d'assurer la formation à la PCIME en cours d'emploi sur les budgets sanitaires nationaux ou districaux, et cette formation normalisée en 11 jours représente une ponction importante sur les heures de personnel consacrées aux soins aux malades, en particulier dans les établissements dont les ressources sont limitées.

- Etant donné le nombre limité de formateurs – du fait que les formateurs en cours d'emploi coûtent plus cher, mais connaissent un taux de rotation et de départs souvent important –, la formation avant emploi pourrait contribuer à réduire les coûts et à améliorer les retours sur investissement en tirant parti à la fois des ressources limitées affectées à la formation et des auditoires captifs que constituent les étudiants.
- Même si elle n'est mise en place qu'à l'intention des étudiants en médecine, la formation avant emploi permettrait d'inculquer aux futurs médecins les principes de base de la PCIME, principes qu'ils finiraient par intégrer à leur propre pratique, à celle de leurs pairs et à celle des autres catégories d'agents de santé, étant donné que les médecins sont souvent responsables de la formation du personnel infirmier ou paramédical et de celle d'autres agents de santé auxiliaires.
- Le modèle de chapitre pour les manuels PCIME (voir la Figure ci-après), mis au point par l'OMS et l'UNICEF (77), permet d'intégrer plus facilement la PCIME dans les manuels de formation rédigés sous la direction d'auteurs locaux.

La prise en charge intégrée



Source des données : (77).

Encadré 3.7 La régionalisation de la formation des professionnels de la santé : University of the South Pacific et University of the West Indies

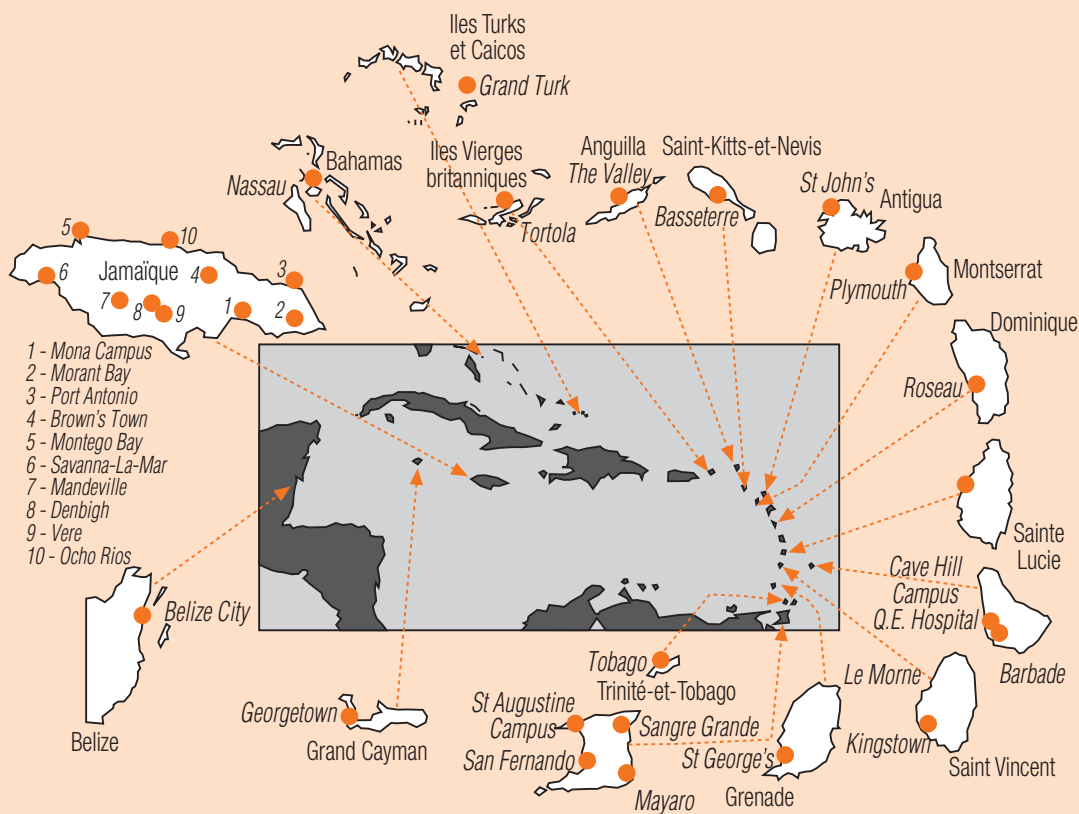
En travaillant ensemble, les petites nations insulaires peuvent accéder plus facilement à l'enseignement et à la formation, se doter des moyens qui leur sont nécessaires et développer leur capacité d'initiative au niveau national, promouvoir des valeurs adaptées à la région et devenir compétitives au niveau mondial. Des institutions nationales qui sont dispersées sur de vastes zones géographiques ont besoin d'un programme de formation à distance bien développé et dont le calendrier soit suffisamment souple pour pouvoir répondre aux besoins des étudiants. Il faut également disposer de moyens de communication perfectionnés pour atteindre les étudiants. Il existe deux exemples réussis de collaboration et d'intégration régionales en matière d'enseignement qui pourraient servir de modèle à d'autres régions du monde pour la formation des professionnels de la santé.

University of the South Pacific (USP). Créée en 1968, cette Université est répartie sur une zone océanique de 33 millions de km², soit une superficie plus de trois fois supérieure à celle de l'Europe. Elle est la propriété conjointe des pouvoirs publics de 12 pays insulaires : Fidji, Iles Cook, Iles Marshall, Iles Salomon, Kiribati, Nauru, Nioué, Samoa, Tokélaou, Tonga, Tuvalu et Vanuatu. Des campus sont

implantés dans la totalité des 12 pays Membres et le principal d'entre eux, Laucala, se trouve aux Fidji. Il n'y a pas de faculté des sciences de la santé, mais une faculté des lettres, une faculté de droit, une faculté des sciences économiques, une faculté consacrée aux problèmes insulaires et océaniques, une faculté des sciences et un institut de technologie.

University of the West Indies (UWI). Créée en 1948 sous la forme d'un établissement dépendant de l'Université de Londres, l'UWI est un établissement de formation régional qui est devenu une université de plein exercice en 1962. Elle reçoit actuellement 11 000 étudiants. L'une de ses quatre facultés, la faculté des sciences médicales, propose de nombreux programmes de premier, second et troisième cycle. Élément déterminant du succès de cette université, le fait que les diplômés regagnent tous leur pays respectif et travaillent dans le secteur sanitaire en tant que soignants, responsables administratifs ou décideurs. L'un des Premiers Ministres et quatre Ministres de la Santé de pays de la région sont diplômés de la Faculté des Sciences médicales.

Seize pays soutiennent et profitent de l'UWI



l'une des collections les plus riches au monde de publications dans le domaine sanitaire et biomédical. Plus de 3200 périodiques complets et autres moyens d'information sont désormais mis à la disposition des établissements de santé, à titre gratuit dans 69 pays, et pour un prix très modique dans 44 autres (84).

Information pour l'élaboration des politiques

Il est absolument prioritaire de lutter contre la pénurie d'informations concernant l'enseignement et la formation, les étudiants, les programmes et les diplômés. L'analyse des bases de données et de la littérature couvrant les 30 dernières années révèle que l'on s'est intéressé jusqu'ici presque exclusivement à l'évaluation de l'enseignement, aux méthodes de formation et aux programmes d'études (voir Encadré 3.8). Peu de pays parmi ceux qui connaissent la pénurie la plus aiguë de personnel sanitaire recueillent et communiquent systématiquement des données sur le nombre de diplômés ou même sur le nombre d'établissements de formation aux professions de santé (87). Ils sont même encore moins nombreux à ventiler ces données au niveau infranational par zone de captage des diverses institutions ou en fonction des attributs socio-économiques des étudiants et des diplômés. Malgré leur importance du point de vue descriptif et en vue de comparaisons avec ce qui est considéré comme la norme, ces données numériques ne sont en elles-mêmes qu'un début en vue de la planification.

Stratégie 3.6 Evaluer la performance institutionnelle, le choix de politique générale et l'action

Pour pouvoir élaborer des politiques et prendre des décisions relatives à la formation des agents de santé, il faut disposer d'informations au sujet de la performance actuelle et prévisible des institutions. Par exemple, une analyse émanant de la province canadienne de Nouvelle-Ecosse indique que la demande de services médicaux augmentera plus rapidement que l'offre au cours des 15 prochaines années si la politique actuelle en matière de formation reste en l'état (88). Pour évaluer la performance des établissements de formation en santé, il est nécessaire d'élaborer une stratégie nationale en vue de renforcer la production et la synthèse des données relatives aux effectifs. Ces données nationales devront être couplées avec des informations transnationales sur le coût et l'efficacité des différentes options en matière de formation et de recrutement, par exemple par le canal des observatoires des ressources humaines pour la santé (voir chapitres 6 et 7).

REPENSER LE RECRUTEMENT : LA VOIE D'ACCES AU PERSONNEL SANITAIRE

Le recrutement constitue la voie d'accès aux fonctions sanitaires officielles. Il constitue donc un élément déterminant dont il faut assurer le bon fonctionnement tant au niveau du système qu'au niveau des employeurs individuels. Pour déterminer si le recrutement fonctionne bien, il y a cinq points à prendre en considération : l'effectif, les compétences, l'origine sociale (diversité), le lieu et le facteur temps.

- **L'effectif des agents** recrutés doit correspondre non seulement aux besoins et à la demande du moment, mais aussi à l'ampleur du chômage ou à la faiblesse de la productivité (voir chapitre 4) ainsi qu'à l'usure des effectifs (voir chapitre 5).
- Les **compétences**, c'est-à-dire les qualifications et l'expérience des personnes recrutées, doivent refléter aussi bien les qualifications acquises lors du passage par la filière éducative que les qualités à caractère non technique (par exemple la compassion, la motivation, etc.) qui sont nécessaires pour assurer de bonnes prestations dans le domaine sanitaire.
- **L'origine sociale** des agents de santé recrutés et leur **lieu** d'affectation doivent être compatibles avec le profil socioculturel et linguistique de la population à desservir.
- Le recrutement doit également tenir compte du **facteur temps**, comme c'est le cas par exemple lors d'une mobilisation rapide du personnel pour faire face à une situation d'urgence humanitaire ou à une flambée de maladie.

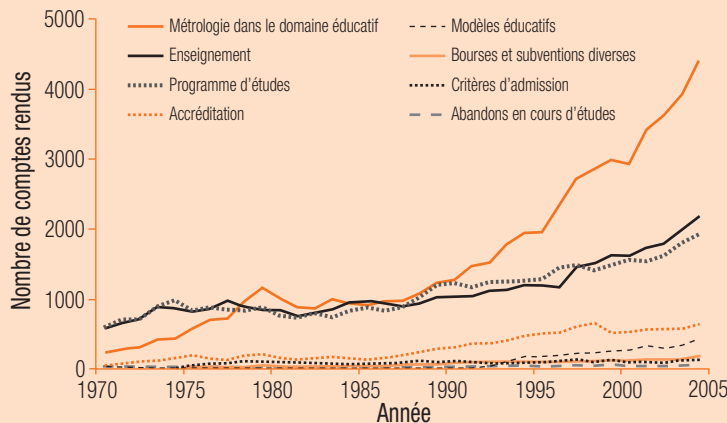
Encadré 3.8 Une base de données probantes pour améliorer la performance des établissements de formation aux professions de santé

La Figure a) ci-dessous montre qu'environ 90 % de tous les comptes rendus de recherches dont le sujet concerne la formation du personnel de santé et qui ont été répertoriés dans PubMed entre 1970 et 2004 étaient consacrés aux questions de méthodologie dans le domaine éducatif, aux méthodes d'enseignement et aux programmes d'études. Les recherches portant sur d'autres points et susceptibles d'apporter des enseignements importants au sujet de l'amélioration des qualifications, de la diversification et des effectifs – comme par exemple les divers types de bourses, l'admission dans les établissements d'enseignement et l'abandon en cours d'études – sont restées marginales. Il faudrait effectuer davantage de recherches sur des sujets appropriés dans des pays à faible revenu (85) et les inclure dans des études synthétiques.

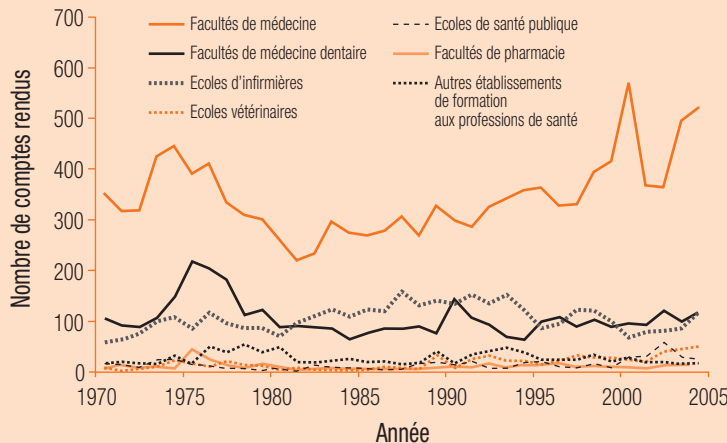
Les établissements d'enseignement sanitaire ayant fait l'objet de ces recherches sont trop peu diversifiés. La Figure b) ci-dessous

montre que, sur la totalité des articles répertoriés dans PubMed au sujet des établissements de formation aux professions de santé au cours de cette même période, 55 % portaient sur des facultés de médecine, 17 % sur des écoles d'infirmières et seulement 2 % sur des écoles de santé publique. Malgré la pénurie considérable de personnel sanitaire dans toutes les catégories d'agents, les recherches consacrées chaque année aux établissements de formation portent très préférentiellement sur les facultés ou écoles de médecine, et on ne note guère d'accroissement dans le nombre d'articles consacrés aux facultés de médecine dentaire, aux écoles d'infirmières, aux écoles vétérinaires, aux écoles de santé publique, aux facultés de pharmacie et autres établissements de formation. L'analyse des bases de données régionales portant sur la littérature scientifique donne des résultats analogues (86).

a) Comptes rendus de recherches sur des sujets en rapport avec la formation du personnel sanitaire¹



b) Comptes rendus de recherches portant sur les établissements de formation aux professions de santé¹



¹Répertoriés dans PubMed, 1970–2004.

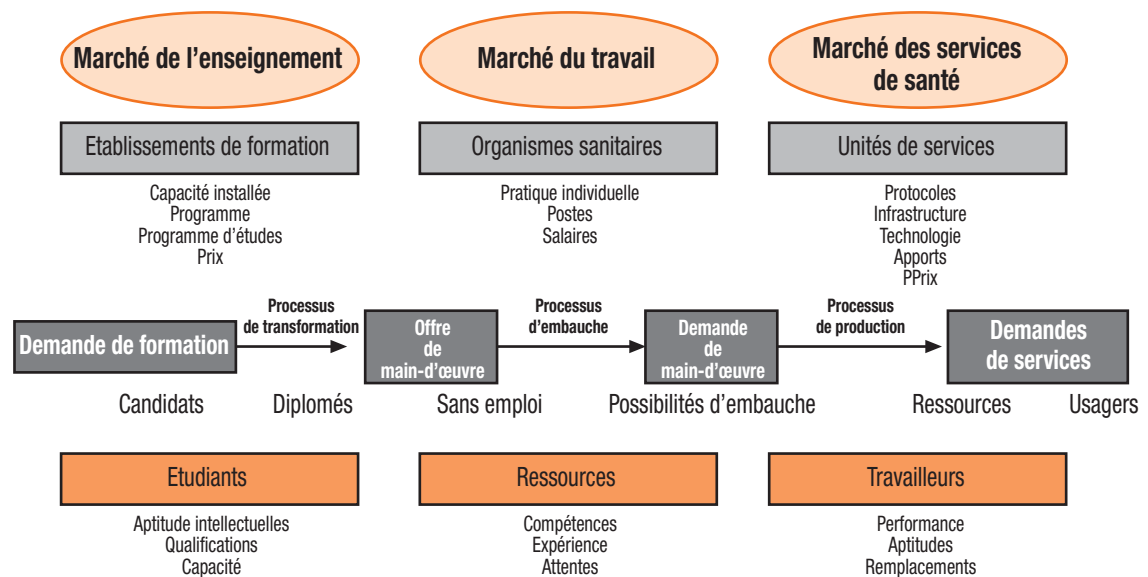
Imperfection du marché du travail

Dans une large mesure, les résultats obtenus en matière de recrutement reflètent la situation du marché du travail au sens large. Côté demande du marché, les employeurs fixent les types et les conditions d'emploi, alors que, côté offre, les travailleurs apportent leurs qualifications et choisissent leur lieu et leur façon de travailler en fonction de leurs préférences personnelles. L'équilibre du marché est atteint lorsque la demande de main-d'œuvre est égale à l'offre. Un marché en équilibre peut toutefois coexister avec une surabondance de l'offre en milieu urbain et une pénurie de personnel sanitaire en milieu rural ainsi qu'en présence de sous-groupes de population mal desservis.

La situation schématisée par la Figure 3.3 est plus complexe : elle montre que l'offre de main-d'œuvre résulte de la demande de formation, alors que la demande de main-d'œuvre résulte de la demande de services de santé par le truchement des employeurs et des systèmes de financement.

Cette situation plus réaliste met en lumière les valeurs, les priorités, les contraintes et les compétitions qui se font jour d'un secteur à l'autre, d'un acteur institutionnel à l'autre et entre les individus. Ce qui intéresse souvent les futurs étudiants, c'est de savoir en combien de temps ils seront capables de rembourser les dettes qu'ils ont contractées pour payer leurs études et s'ils pourront avoir une affectation intéressante. La Figure 3.4 qui est tirée d'une étude effectuée en Colombie indique le temps de travail minimum nécessaire pour rembourser les dettes contractées lors de la formation avant emploi, et ce pour deux types différents d'agents de santé (7). D'un autre côté, de nombreux gouvernements mettent en œuvre des stratégies de recrutement basées sur les effectifs et qui découlent de réformes plus larges telles que la réduction générale du secteur public ou un ajustement structurel, plutôt que de s'intéresser aux priorités spécifiques du secteur de la santé (89). Les conditions de salaire et de travail fixées de façon uniforme par l'administration publique, et qui correspondent rarement aux besoins des agents de santé, limitent également les possibilités de recrutement du secteur public et contribuent à retenir les futurs agents de santé sur le marché du travail.

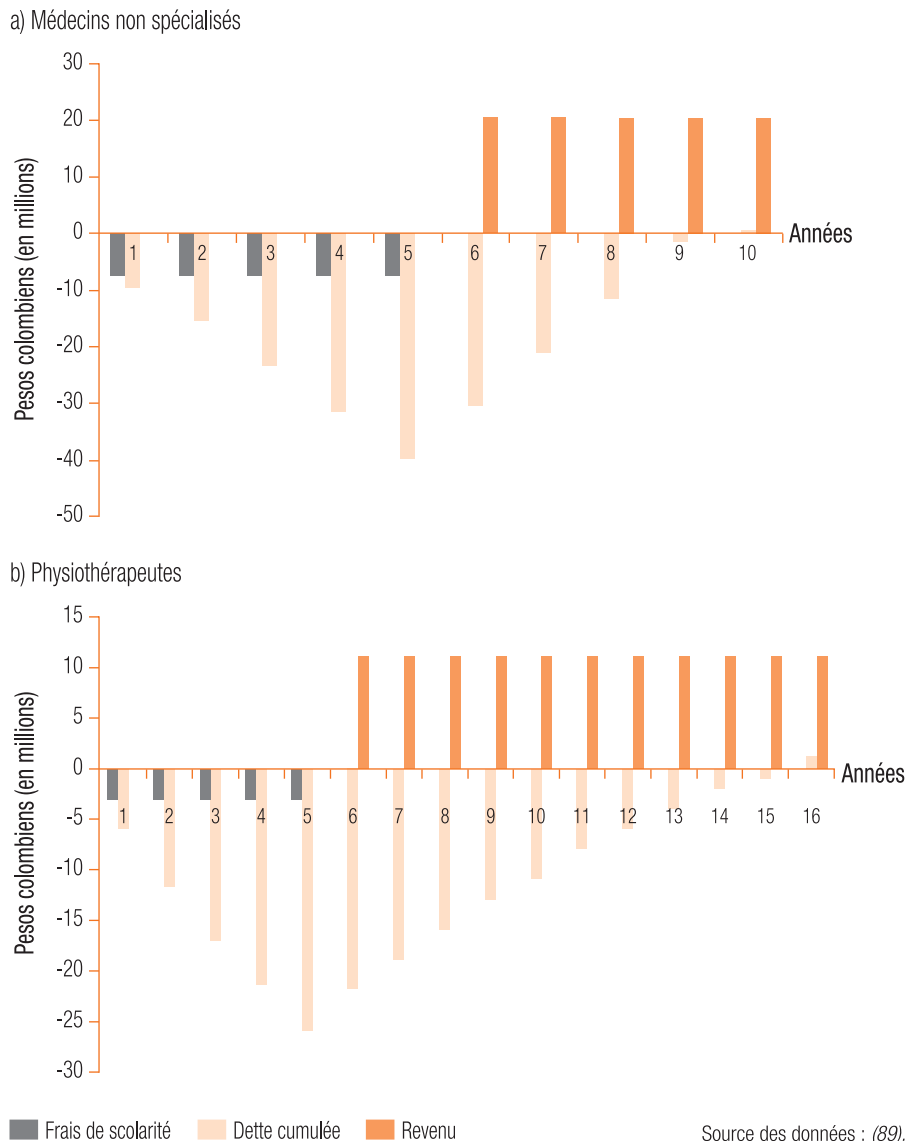
Figure 3.3 Relation entre les ressources humaines et le marché de l'enseignement, du travail et des services de santé



Source des données : (7).

Dans les pays à faible revenu où les prestataires de services de santé dûment formés sont peu nombreux, le secteur public doit souvent, en matière de recrutement, affronter la concurrence du secteur privé, des organisations internationales non gouvernementales et autres donateurs ainsi que celle de diverses entités multilatérales qui offrent des conditions d'emploi locales ou internationales intéressantes. Le Dr Elizabeth Madraa, responsable du Programme ougandais de lutte contre le SIDA, se lamente en ces termes : « Nous les formons et ils vont travailler pour des ONG ou partent à l'étranger où ils peuvent obtenir de meilleurs salaires ; et nous, il nous faut former d'autres agents » (90). Les agences de recrutement, qui travaillent pour le compte d'employeurs importants, alimentent encore davantage cet exode. Toutes ces imperfections nécessitent une forte capacité d'initiative et des actions énergiques qui puissent faire progresser vers la réalisation des objectifs sanitaires. C'est ainsi par exemple que, devant l'ampleur des mouvements migratoires touchant le personnel sanitaire et les pratiques incontrôlées

Figure 3.4 Temps prévisible nécessaire à un étudiant pour récupérer les fonds investis dans sa formation, Colombie, 2000



des agences de recrutement, on assiste à la constitution d'un corps de plus en plus important de règles déontologiques touchant le recrutement (voir chapitre 5).

Stratégie 3.7 Améliorer les méthodes de recrutement

Une action menée sur plusieurs fronts peut améliorer les méthodes de recrutement. Il s'agit en l'occurrence d'obtenir davantage d'informations, de s'efforcer d'être plus efficace, de bien gérer les mesures d'incitation destinées aux travailleurs indépendants et de tendre vers une meilleure équité dans la couverture des prestations de santé, toutes actions qui sont développées ci-après.

Information. Les processus de planification et les outils d'enquête actuels n'expriment pas assez bien les besoins, les exigences et la nécessaire efficacité du recrutement. En outre, faute de moyens suffisants pour le recrutement, on peine à développer les activités, à répondre rapidement aux besoins ou à créer de nouvelles catégories de personnel. Parmi les données essentielles qui sont nécessaires pour la gestion du recrutement, on peut citer la proportion de postes vacants et les tendances dans le domaine, l'insuffisance ou la surabondance de l'offre de main-d'œuvre par rapport à la demande régionale et, enfin, la mesure de la performance – par exemple sous la forme du laps de temps nécessaire pour recruter une personne ou pourvoir des postes vacants. En s'efforçant de déterminer comment les travailleurs perçoivent les employeurs (voir le chapitre 4 au sujet des institutions attractives), les recruteurs ont la possibilité de réagir de manière plus appropriée aux préoccupations des futurs employés.

Efficacité. Les conséquences de l'inefficacité institutionnelle sont légion : la torpeur bureaucratique incite les futures recrues à différer leur candidature, à abandonner avant même de commencer à travailler ou simplement à succomber à leur tour à l'ambiance morose qui baigne nombre de services de santé publique ; l'incapacité à définir ou à établir des postes pour les agents de santé ruraux amène les agents nouvellement recrutés à s'entasser dans les zones urbaines (91) ; enfin, les meilleurs candidats peuvent être éliminés à la faveur de nominations dont l'opacité s'explique par des motifs politiques. Pour améliorer l'efficacité du recrutement, les administrations sont contraintes d'engager du personnel qualifié dans le domaine des ressources humaines, personnel qu'il faut assister si l'on veut qu'il assume ses fonctions de recrutement conformément aux meilleures pratiques en la matière. Le recrutement fondé sur le mérite constitue un bon exemple d'une pratique qui présente une forte corrélation avec la qualité et l'intégrité des établissements publics. Des questions complexes telles que le degré de centralisation ou de décentralisation à appliquer aux procédures de recrutement, comme dans les services de santé du secteur public, nécessitent une analyse contextualisée des coûts, des avantages et, également, des réalités politiques dont il faut tenir compte dans la gestion générale des services de santé du secteur public aux niveaux central, districale et local (92–94).

Gestion de l'autorecruitment. Dans beaucoup de cas, les agents de santé ne sont pas à proprement parler recrutés par un employeur, mais s'installent à leur compte, autrement dit, ce sont des travailleurs indépendants. La délivrance des autorisations d'exercer, l'agrément et l'homologation des agents de santé, de même que l'action des associations professionnelles peuvent contribuer à garantir la compétence des agents de santé indépendants. L'absence ou la faiblesse de ces moyens réglementaires risque d'entamer la confiance du public (voir chapitre 6). Au Bangladesh, par exemple, on a observé que le risque de mortalité néonatale était six fois plus élevé lorsque la mère consultait un agent de santé indépendant sans qualification reconnue plutôt que de s'adresser à une personne en possession d'un diplôme officiel (95). Lorsque les pouvoirs publics remboursent les prestations des agents de santé indépendants, ils sont en mesure d'exercer une influence sur leurs effectifs et sur l'endroit où ils exercent, et c'est là un moyen important dont ils disposent pour obtenir un meilleur équilibre entre les différents types d'agents (par exemple généralistes ou spécialistes), les lieux où ils exercent et les populations qu'ils desservent.

« Une action sur plusieurs fronts peut améliorer les méthodes de recrutement »

Recruter pour les zones en manque de personnel. Le recrutement offre une occasion idéale d'affecter les agents là où leur présence est nécessaire. Partout dans le monde, les zones urbaines riches agissent comme des aimants sur le personnel sanitaire avec, pour conséquence, une desserte relativement insuffisante des quartiers pauvres et des zones rurales écartées. Le service obligatoire ou les engagements vis-à-vis de l'administration lorsque la formation a été financée par les pouvoirs publics constituent des pratiques très répandues mais qui ont rarement fait l'objet d'évaluations (96). On est de plus en plus amené à penser que le recrutement local comporte une forte probabilité de fidélisation à long terme du personnel (97), ce qui met en lumière l'importance des possibilités de formation offertes aux personnes appartenant à des communautés rurales ou éloignées. Rechercher au sein de ces communautés des personnes respectées qui sont aptes à bénéficier d'une formation et sont acceptables aux yeux de la population, comme cela se fait au Pakistan (voir Encadré 3.9), permet de répondre aux besoins en matière de soins, aux objectifs visés sur le plan de la formation et à la diversification du personnel.

CONCLUSION

Les points examinés dans le présent chapitre concernent la formation et le recrutement du personnel sanitaire. Les problèmes de politique générale qui sont débattus – et qui portent sur la formation, les qualifications des agents de santé et le marché du travail – conduisent tout naturellement aux questions concernant la gestion du personnel de santé, qui constitue le sujet du chapitre 4.

Encadré 3.9 Les agents sanitaires féminins du Pakistan (Lady Health Workers) : sélection et mise en place de nouvelles catégories

Créé en 1994 pour améliorer l'accès des communautés rurales et des habitants des quartiers pauvres aux soins de santé, le Programme national de planification familiale et de soins de santé primaires du Pakistan repose très largement sur l'action de ses 80 000 agents sanitaires féminins qui prodiguent les soins de base à près de 70 % de la population du pays (98). Les critères de sélection sont sévères : les agents doivent obligatoirement être issus de la communauté qu'elles sont destinées à desservir, elles doivent être âgées d'au moins 18 ans, avoir achevé avec succès le premier cycle des études secondaires et être recommandées par les habitants de leur communauté comme de bonnes candidates. La préférence est donnée aux femmes mariées. Elles reçoivent une formation de 15 mois (trois mois à plein temps et 12 moins à temps partiel) au cours de laquelle on leur enseigne les éléments de base des soins de santé primaires et de l'hygiène, de l'organisation communautaire, de la communication interpersonnelle, du recueil des données et de la mise en œuvre des systèmes d'information pour la gestion en santé. Une fois en poste, elles rendent compte chaque semaine de leurs activités à leur supérieur.

La formation est adaptée à la pratique : elles traitent les affections mineures et adressent les patients au niveau supérieur en cas de pathologie plus grave, elles tiennent les statistiques d'état civil de la communauté, assurent l'éducation sanitaire de base, conseillent les couples en matière de contraception et font la jonction entre leurs

communautés respectives et le système de santé officiel, permettant ainsi de mieux coordonner certains services tels que la vaccination et la lutte contre l'anémie. Elles se chargent également des soins prénatals et postnatals aux mères de famille. Des recherches récentes montrent qu'il existe un lien indiscutable entre la présence de ces agents sanitaires féminins et l'amélioration de la santé communautaire (99–100). Selon des évaluations indépendantes, depuis que l'on a créé cette nouvelle catégorie d'agents sanitaires féminins, on peut constater des améliorations substantielles dans les secteurs suivants : taux de vaccination et surveillance de la croissance des enfants, utilisation des méthodes contraceptives et recours aux services de santé prénatals, distribution de comprimés de fer aux femmes enceintes et réduction du taux de maladies diarrhéiques chez l'enfant (101).

Principaux enseignements :

- Pour réaliser les objectifs en matière d'effectifs, il est important d'élaborer des stratégies qui misent sur tout un éventail d'agents de santé.
- Associer recrutement approprié, simplification des tâches, formation et encadrement peut conduire à la création de nouvelles catégories de personnel à la fois efficaces et efficientes.

REFERENCES

1. Ruiz F, Camacho S, Jurado C, Matallana M, O'Meara G., Eslava J et al. *Human resources in health in Colombia: balance, competencies and perspectives*. Bogotá (Bolivie), Ministère de la Santé, Cendex, Pontificia Universidad Javeriana et Fundación Cultural de Artes Gráficas, Javegraft, 2001.
2. Flexner A. *Medical education in the United States and Canada. A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*. New York, N. Y., Fondation Carnegie, 1910 (Bulletin N° 4).
3. *Welch-Rose report on schools of public health*. New York, N. Y., Fondation Rockefeller, 1915.
4. *Report of the Health Survey and Development Committee*. Delhi, Government of India, Manager of Publications, 1946 (Chairman: Bhore).
5. Chang K. Health work serving the peasants. *Chinese Medical Journal*, 1966, 85:143–144.
6. The orientation of the revolution in medical education as seen in the growth of “barefoot doctors”: report of an investigation from Shanghai. *China's Medicine*, 1968, 10:574–581.
7. Neufeld VR, Woodward CA, MacLeod SM. The McMaster MD program: a case study of renewal in medical education. *Academic Medicine*, 1989, 64:423–432.
8. International campaign to revitalise academic medicine (ICRAM) (www.bmj.com/academicmedicine, consulté le 13 février 2006).
9. Kachur DK, Krajić K. Structures and trends in health profession education in Europe. In: Dubois C-A, McKee M, Nolte E. *Human resources for health in Europe*. Bruxelles, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2005:79–97.
10. Huddart J, Picazo OF, Duale S. *The health sector human resource crisis in Africa: an issues paper*. Washington, D. C., Agency for International Development des Etats-Unis d'Amérique, Bureau for Africa, Office of Sustainable Development, 2003.
11. *South-East Asia public health initiative 2004–2008*. New Delhi, Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est, 2004 (document SEA-HSD-278).
12. Reddy SK. Establishing schools of public health in India. In: Matlin S. *Global forum update on research for health*. Londres, Pro-Brook, 2005:149–153.
13. *Survey of medical education accreditation capacity at national level, as part of the Strategic Partnership to Improve Medical Education*. Copenhague, Organisation mondiale de la Santé et Fédération mondiale pour l'Enseignement de la Médecine, 2004.
14. Bansai RK. Private medical education takes off in India. *Lancet*, 2003, 361:1748–1749.
15. Kingma M. *Nurses on the move: migration and the global health care economy*. Ithica, N. Y. (Etats-Unis d'Amérique), ILR Press, 2006.
16. Homedes N, Ugalde A. Human resources: the Cinderella of health sector reform in Latin America. *Human Resources for Health*, 2005, 3:1.
17. Van Lerberghe W, Essengue MS, Lokonga J-P. Les stratégies de réforme du secteur de la santé en RDC. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.
18. Verspoor A, Mattimore A, Watt P. *A chance to learn: knowledge and finance for education in sub-Saharan Africa*. Washington, D. C., Banque mondiale, 2001 (<http://www.worldbank.org>).
19. Bury JA, Gliber M. *Quality improvement and accreditation of training programmes in public health*. Lyon (France), Fondation Mérieux et Association des Ecoles de Santé publique de la Région européenne, 2001.
20. McLachlan JC. Outreach is better than selection for increasing diversity. *Medical Education*, 2005, 39:872–875.
21. *Recreating health professional practice for a new century – The fourth report of the PEW Health Professions Commission*. San Francisco, Californie (Etats-Unis d'Amérique), The Pew Health Professions Commission, 1998.
22. Heaton T, Forste R, Hoffman J, Flake D. Cross-national variation in family influences on child health. *Social Science and Medicine*, 2005, 60:97–108.
23. Day RD, Gavazzi S, Acock A. Compelling family processes. In: Thornton A. *The well-being of children and families: research and data needs*. Ann Arbor, Michigan (Etats-Unis d'Amérique), The University of Michigan Press, 2001:103–126.
24. Ara T (à la présidence), Affirmative Action Committee. *Education in the professions: affirmative action and diversity in professions education*. San Diego, Californie (Etats-Unis d'Amérique), American Educational Research Association, 2004.
25. Fincher RM, Sykes-Brown W, Allen-Noble R. Health science learning academy: a successful “pipeline” educational program for high school students. *Academic Medicine*, 2002, 77:737–738.
26. Howe A, Campion P, Searle J, Smith H. New perspectives—approaches to medical education at four new UK medical schools. *British Medical Journal*, 2004, 329:327–31.

27. Simpson KH, Budd K. Medical student attrition: a 10-year survey in one medical school. *Medical Education*, 1996, 30:172–178.
28. *Human resources for health, strategic plan, 2006–2010*. Lusaka, Ministère de la Santé de la République de Zambie, 2005.
29. Huda N, Agha S. Attrition in medical college: experience at Ziauddin Medical University in Pakistan. *Education for Health*, 2004, 17:232–235.
30. Holt M. Student retention practices in Associate Degree, entry-level dental hygiene programs. *Journal of Dental Hygiene*, 2005, 79:1–13.
31. Continuing concern at student nurse attrition rates in Northern Ireland [communiqué de presse]. Royal College of Nursing (<http://www.rcn.org.uk/news/display.php?ID=1136>, consulté le 7 février 2006).
32. Jalili-Grenier F, Chase M. Retention of nursing students with English as a second language. *Journal of Advanced Nursing*, 1997, 25:199–203.
33. Daly J. *Evidence-based medicine and the search for a science of clinical care*. New York, N. Y., University of California Press et Milbank Memorial Fund, 2005.
34. Singh-Manoux A, Marmot MG, Adler NE. Does subjective social status predict health and change in health status better than objective status? *Psychosomatic Medicine*, 2005, 67:855–861.
35. Melchior M, Goldberg M, Krieger N, Kawachi I, Menvielle G, Zins M et al. Occupational class, occupational mobility and cancer incidence among middle-aged men and women: a prospective study of the French GAZEL cohort. *Cancer Causes and Control*, 2005, 16:515–524.
36. Slovinsky DJ, Paustian PE. Preparing for diversity management strategies: teaching tactics for an undergraduate healthcare management program. *Journal of Health Administration Education*, 2005, 22:189–199.
37. Reynolds PP, Kamei RK, Sundquist J, Khanna N, Palmer EJ, Palmer T. Using the PRACTICE mnemonic to apply cultural competency to genetics in medical education and patient care. *Academic Medicine*, 2005, 80:1107–1113.
38. Smith R, Woodward D, Acharya A, Beaglehole R, Drager N. Communicable disease control: a “Global Public Good Perspective”. *Health Policy and Planning*, 2004, 19:271–278.
39. Beauchamp D, Steinbock B. *Public health ethics – New ethics for the public’s health*. New York, N. Y., Oxford University Press, 1999.
40. Banerji D. *Poverty, class and health culture in India*. New Delhi, Prachi Prakashan, 1982.
41. Laurell AC. El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. *Cuadernos médicos-sociales*, 1986, 37:3–18.
42. Mutabaruka E, Nshimirimana D, Goilav C, Meheus A. EIP training needs assessment in 12 African countries, 2002–2004. *Communicable Diseases Bulletin for the African Region*, 2005, 3:1–4.
43. Jones RB, Hampshire AJ, Tweddle S, Moulton B, Hill A. The clinician’s role in meeting patient information needs: suggested learning outcomes. *Medical Education*, 2001, 35:565–571.
44. Matillon Y, LeBoeuf D, Maisonneuve H. Defining and assessing the competence of health care professionals. A survey of 148 organizations. *Presse Médicale*, 2005, 34:1703–1709.
45. Buchan J. A certain ratio? The policy implications of minimum staffing ratios in nursing. *Journal of Health Services Research and Policy*, 2005, 10:239–244.
46. Jamshidi HR, Cook DA. Some thoughts on medical education in the twenty-first century. *Medical Teaching*, 2003, 25:229–238.
47. Jones R, Higgs R, de Angelis C, Prideaux D. Changing face of medical curricula. *Lancet*, 2001, 357:699–703.
48. Butler R, Inman D, Lobb D. Problem-based learning and the medical school: another case of the emperor’s new clothes? *Advances in Physiology Education*, 2005, 29:194–196.
49. Dolmans DH, De Grave W, Wolfhagen IH, van der Vleuten CP. Problem-based learning: future challenges for educational practice and research. *Medical Education*, 2005, 39:732–741.
50. *Critical challenges: revitalizing the health professions for the twenty-first century – The third report of the PEW Health Professions Commission*. San Francisco, Californie (Etats-Unis d’Amérique), The Pew Health Professions Commission, 1995.
51. *Duties of a doctor*. Londres, General Medical Council, 1993.
52. Littlewood S, Ypinazar V, Margolis SA, Scherpbier A, Spencer J, Dornan T. Early practical experience and the social responsiveness of clinical education: systematic review. *BMJ*, 2005, 331:387–391.
53. Dornan T, Osler, Flexner, apprenticeship and “the new medical education”. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 2005, 98:91–95.

54. Sturmberg JP, Reid S, Khadra MH. A longitudinal, patient-centred, integrated curriculum: facilitating community-based education in a rural clinical school. *Education for Health: Change in Learning and Practice*, 2002, 15:294–304.
55. Coomarasamy A, Khan KS. What is the evidence that postgraduate teaching in evidence-based medicine changes anything? A systematic review. *BMJ*, 2004, 329:1017–1021.
56. Atchison C, Boatright DT, Merrigan D, Quill BE, Whittaker C. *Demonstrating excellence in practice-based teaching for public health*. United States Department of Health and Human Resources, Health Resources and Services Administration, Bureau of Health Professionals, 2004 (http://www.asph.org/UserFiles/ASPH_10_2004.pdf, consulté le 8 février 2006).
57. Walsh A. *The tutor in problem-based learning: a novice's guide*. Hamilton (Canada), McMaster University, 2005.
58. Mehta BH, Rodis JL, Nahata NC, Bennett MS. Advancing patient care through innovative practice: the Clinical Partners Program. *American Journal of Health System Pharmacy*, 2005, 62:2501–2507.
59. Gerbert B, Showstack J, Chapman S, Schroeder S. The changing dynamics of graduate medical education: Implications for decision-making. *Western Journal of Medicine*, 1987, 146:368–373.
60. PLoS Medicine editors. Improving health by investing in medical education, *PLoS Medicine*, 2005, 2:e424.
61. Dahlstrom J, Dorai-Raj A, McGill D, Owen C, Tymms K, Watson DA. What motivates senior clinicians to teach medical students? *BMC Medical Education*, 2005, 5:27.
62. Macq J, Van Lerberghe W. Managing health services in developing countries: moonlighting to serve the public? In: Ferrinho P, Van Lerberghe W. *Providing health care under adverse conditions: health personnel performance and individual coping strategies*. Anvers, ITG Press, 2000 (Studies in Health Services Organisation and Policy, 16:177–186).
63. *Strengthening health systems: promoting an integrated response for chronic care*. The Tropical Health and Education Trust (THET) (<http://www.thet.org>, consulté le 13 février 2006).
64. Hern MJ, Vaughn G, Mason D, Weitkamp T. Creating an international nursing practice and education workplace. *Journal of Pediatric Nursing*, 2005, 20:34–44.
65. Ozgediz D, Roayaie K, Debas H, Schechter W, Farmer D. Surgery in developing countries: essential training in residency. *Archives of Surgery*, 2005, 140:795–800.
66. Wright S, Cloonan P, Leonhardy K, Wright G. An international programme in nursing and midwifery: building capacity for the new millennium. *International Nursing Review*, 2005, 52:18–23.
67. L'Institut de Santé Publique, d'Épidémiologie et de Développement (ISPED) (<http://ead.ispedu-bordeaux2.fr>, consulté le 13 février 2006).
68. *Literature review on the costs of education of human resources for health*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (document de travail du Département Ressources humaines pour la santé).
69. *Recueil de données mondiales sur l'éducation 2004 : Statistiques comparées sur l'éducation dans le monde*. Montréal (Canada), Institut de statistique de l'UNESCO, 2004.
70. Bhargava A. The AIDS epidemic and health care infrastructure inadequacies in Africa: a socioeconomic perspective. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2005, 40: 41–42.
71. Naimoli JF, Rowe AK, Lyaghfour A, Larbi R, Lamrani LA. Effect of the Integrated Management of Childhood Illness strategy on health care quality in Morocco. *International Journal for Quality in Health Care*, 2006, 18 (publié en version électronique antérieurement à la version imprimée).
72. *Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)*. Organisation mondiale de la Santé, Bangladesh (<http://www.whoban.org/imci.html>, consulté le 8 février 2006).
73. *Pre-service training for the Integrated Management of Childhood Illness (IMCI): report of an informal consultation*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1998 (http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/IMCI/Reports/Report-Informal_Consultation_1998.htm).
74. *Report of an intercountry training workshop on IMCI pre-service training*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1999 (http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/IMCI/Reports/Report-Intercountry_Workshop_1999.htm, consulté le 13 février 2006).

75. *IMCI pre-service training review and planning meeting*. Harare, Bureau régional OMS de l'Afrique, Unité de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), 2002 (http://www.afro.who.int/imci/reports/pre-service_training_review_report.pdf, consulté le 8 février 2006).
76. *IMCI pre-service training*. Le Caire, Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale, Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent, 2004 (<http://www.emro.who.int/cah/PreServiceEducation-IMCI.htm>, consulté le 8 février 2006).
77. Modèle de chapitre pour les manuels PCIME : la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant. Genève, Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, 2001 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_FCH_CAH_01.01_fre.pdf, consulté le 8 février 2006).
78. Pechura CM. Programs of the Robert Wood Johnson Foundation to develop minority medical careers. *American Journal of the Medical Sciences*, 2001, 322:290–292.
79. Muula A, Mfutso-Bengo J, Makoza J, Chatipwa E. The ethics of developed nations recruiting nurses from developing countries: the case of Malawi. *Nursing Ethics*, 2003, 10:433–438.
80. *Atlas of psychiatric education and training across the world*. Genève, Organisation mondiale de la Santé et Association mondiale de Psychiatrie, 2005.
81. Snadden D, Bates J. Expanding undergraduate medical education in British Columbia: a distributed campus model. *Canadian Medical Association Journal*, 2005, 173:589–590.
82. Wang L. A comparison of metropolitan and rural medical schools in China: which schools provide rural physicians? *Australian Journal of Rural Health*, 2002, 10:94–98.
83. Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX). Washington, D. C., Organisation panaméricaine de la Santé et Pan American Health and Education Foundation, 2005 (<http://www.pahef.org/pahef/pages/paltex>, consulté le 13 février 2006).
84. Aronson B. Improving online access to medical information for low-income countries. *New England Journal of Medicine*, 2004, 350:966–968.
85. Paraje G, Sadana R, Karam G. Public health. Increasing international gaps in health-related publications. *Science*, 2005, 308:959–960.
86. Nogueira RP. Tendencias y perspectivas de la investigación sobre personal de salud en las Américas. *Educación Médica y Salud*, 1985, 19:25–47.
87. *Tracking human resources and wage bill management in the health sector: a study to identify bottlenecks and constraints in the production, recruitment and management of health workers and funds for the wage bill in the public health services*. Kampala (Ouganda), African Medical and Research Foundation et Ministère de la Santé, 2005.
88. Basu K, Gupta A. Un modèle prévisionnel de l'offre et de la demande de médecins dans la province canadienne de la Nouvelle-Écosse. *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, 2005, 45:255–286.
89. L'Initiative pour Apprendre Ensemble. Human resources for health, 2004: health human resources demand and management: strategies to confront crisis. Rapport du groupe de travail disponible sur demande. Boston, Massachusetts (Etats-Unis d'Amérique), Global Health Trust, 2004 (<http://www.globalhealthtrust.org/doc/WG3Report.pdf>, consulté le 8 février 2006).
90. Uganda leads way in innovative HIV/AIDS treatment. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, 83: 244–245 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/83/4/infocus0405/en/index.html>, consulté le 13 février 2006).
91. Egger D, Mouyokani J, Adzodo KMR. *Renforcement de la gestion sanitaire au Togo: Quelles leçons peut-on en tirer ?* Genève, Organisation mondiale de la Santé, HDS/OMH, 2005.
92. Ssenkooba F. *Human resources for health in decentralized Uganda: developments and implications for health systems research*. Document présenté au Neuvième Forum mondial sur la recherche en santé, Mumbai (Inde), 12–16 septembre 2005.
93. Bossert T, Beauvais J, Bowser D. *Decentralization of health systems: preliminary review of four country case studies*. Bethesda, Maryland (Etats-Unis d'Amérique), Partnerships for Health Reform, Abt Associates Inc., 2000 (Major Applied Research 6, Technical Report 1; http://www.localgovernance.org/documents/aid_healthdecentralization.pdf).
94. Seshamani V, Mwikisa CN, Odegaard K. *Zambia's health reforms: selected papers 1995–2000*. Lund (Suède), Swedish Institute for Health Economics et University of Zambia, Department of Economics, 2002.
95. Mercer A, Mobarak HK, Haseen F, Lira Huq N, Uddin N, Larson C. *Level and determinants of neonatal mortality in rural areas of Bangladesh served by a large NGO Programme*. Dhaka (Inde), ICDDR,B Centre for Health and Population Research, Bangladesh Population and Health Consortium, 2005.

96. Reid S. Community service for health professionals. In: *South African health review 2002*. Durban (Afrique du Sud), Health Systems Trust, 2002 (Chapter 8:135–160; <http://www.hst.org.za/uploads/files/chapter8.pdf>).
97. de Vries E, Reid S. Do South African medical students of rural origin return to rural practice? *South African Medical Journal*, 2003, 93:789–793.
98. National Programme for Family Planning and Primary Health Care, Lady Health Workers, Ministère de la Santé, Gouvernement du Pakistan (www.phc.gov.pk/template.php?id=27, consulté le 13 février 2006).
99. Jokhio HR, Winter HR, Cheng KK. An intervention involving traditional birth attendants and perinatal and maternal mortality in Pakistan. *New England Journal of Medicine*, 2005, 352:2091–2099.
100. Douthwaite M, Ward P. Increasing contraceptive use in rural Pakistan: an evaluation of the Lady Health Worker Programme. *Health Policy and Planning*, 2005, 2:117–123.
101. *Evaluation of the Prime Minister's Lady Health Worker Programme*. Oxford (Royaume-Uni), Oxford Policy Management, 2002 (http://www.opml.co.uk/social_policy/health/cn1064_lhw.html, consulté le 8 février 2006).

tirer le meilleur



chapitre quatre

parti du personnel de santé existant

dans ce chapitre

67	Qu'est-ce qu'un personnel de santé performant ?
70	Qu'est-ce qui détermine la performance des agents de santé ?
71	Qu'est-ce qui influe sur la performance des agents de santé ?
86	Comment agir sur les quatre aspects de la performance du personnel ?
89	Conclusion

Le personnel de santé d'un pays se compose de travailleurs qui en sont à différents stades de leur vie professionnelle ; ils travaillent dans

diverses organisations, dans des conditions et avec des contraintes en constante évolution. Pour être efficace, une stratégie de mise en valeur des ressources humaines doit, quelles que soient les circonstances, viser trois grands objectifs : améliorer le recrutement, aider le personnel existant à être plus performant et ralentir l'usure des effectifs. On s'intéresse ici au deuxième de ces objectifs : optimiser la performance du personnel en place.

Les stratégies visant à accroître la performance du personnel sont cruciales pour quatre raisons :

- Elles donneront probablement des résultats avant les stratégies visant à augmenter les effectifs.
- Les possibilités d'accroître l'offre d'agents de santé seront toujours limitées.
- Un personnel motivé et productif facilite le recrutement et la fidélisation.
- Les pouvoirs publics sont tenus envers la société de veiller à ce que les ressources humaines et financières, qui sont en quantité limitée, soient utilisées le plus équitablement et le plus efficacement possible.

Le présent chapitre distingue quatre aspects de la performance du personnel – disponibilité, compétence, réactivité et productivité – et passe en revue les différents moyens d'améliorer chacun d'entre eux. Il y a de nombreuses façons d'améliorer la perfor-

mance des agents de santé en intervenant soit au niveau individuel, soit au niveau des organisations dans lesquelles ils travaillent.

QU'EST-CE QU'UN PERSONNEL DE SANTÉ PERFORMANT ?

La performance du personnel de santé est déterminante car elle influe directement sur la prestation des services de santé et, à terme, sur la santé de la population. Un personnel performant travaille de façon responsable, équitable et efficace en vue d'obtenir les meilleurs résultats sanitaires possibles compte tenu des ressources disponibles et des circonstances.

Les évaluations effectuées pour déterminer dans quelle mesure le personnel de santé contribue à améliorer l'état de santé de la population de la façon souhaitée indiquent sans

Tableau 4.1 Aspects de la performance du personnel de santé

Aspect	Description
Disponibilité	Disponibilité dans l'espace et dans le temps : englobe la répartition et l'assiduité du personnel existant
Compétence	Englobe les connaissances techniques, le savoir-faire et le comportement
Réactivité	Tous les patients sans distinction sont bien traités, que leur état de santé s'améliore ou non
Productivité	Assurer les meilleurs services et obtenir les meilleurs résultats possibles compte tenu des effectifs ; éviter que le temps de travail ou les compétences du personnel ne soient mal employés

ambiguïté que leur performance peut être extrêmement variable. L'Encadré 4.1 montre comment l'utilisation que les agents de santé font des ressources financières peut avoir des effets très différents sur la mortalité infantile, même en tenant compte du niveau d'instruction et de la pauvreté de la population. Ce type d'analyse met en lumière les domaines dans lesquels le personnel est performant et ceux où il pourrait l'être davantage, mais elle n'explique ni pourquoi la performance varie ni comment l'améliorer.

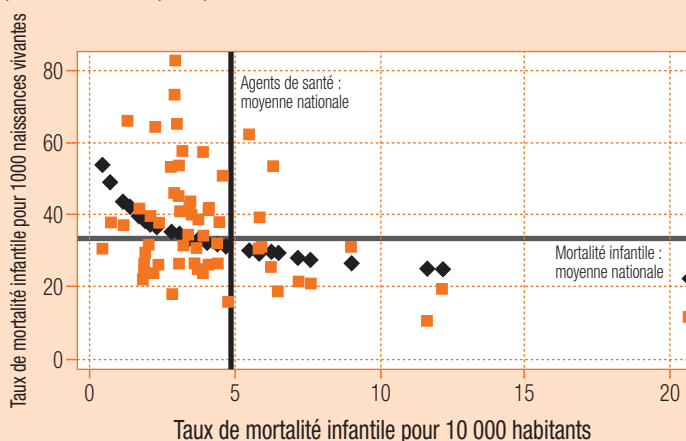
On peut aborder le problème autrement en examinant les quatre aspects connus pour contribuer à une meilleure prestation de services et à une meilleure santé (voir Tableau 4.1). Il est plus facile de décider des domaines d'action quand on considère le problème sous cet angle.

Encadré 4.1 Mortalité infantile et densité du personnel de santé au Viet Nam

Les taux de mortalité infantile ont été examinés par rapport à la densité de prestataires de services de santé en 1999. Les valeurs moyennes obtenues pour toutes les provinces sont indiquées par des losanges noirs dans la figure ci-dessous. Beaucoup de provinces, représentées par un carré orange, obtiennent de meilleurs résultats que prévu par rapport à leur densité d'agents de santé – et se situent en dessous de la ligne horizontale –, tandis que d'autres font moins bien. Une analyse plus approfondie explique en partie cette situation par des différences dans la disponibilité des ressources financi-

res, exprimée en termes de dépenses de santé par habitant. On a calculé un indicateur de l'efficacité avec laquelle les agents de santé de chaque province utilisent les ressources financières disponibles pour réduire la mortalité, en tenant compte du niveau d'instruction et de la pauvreté. L'efficacité s'échelonne entre 40 % et 99 %, ce qui conduit à se demander pourquoi les agents de santé semblent plus performants dans certaines provinces que dans d'autres (1, 2).

Taux de mortalité infantile et densité du personnel de santé par habitant, par province, Viet Nam

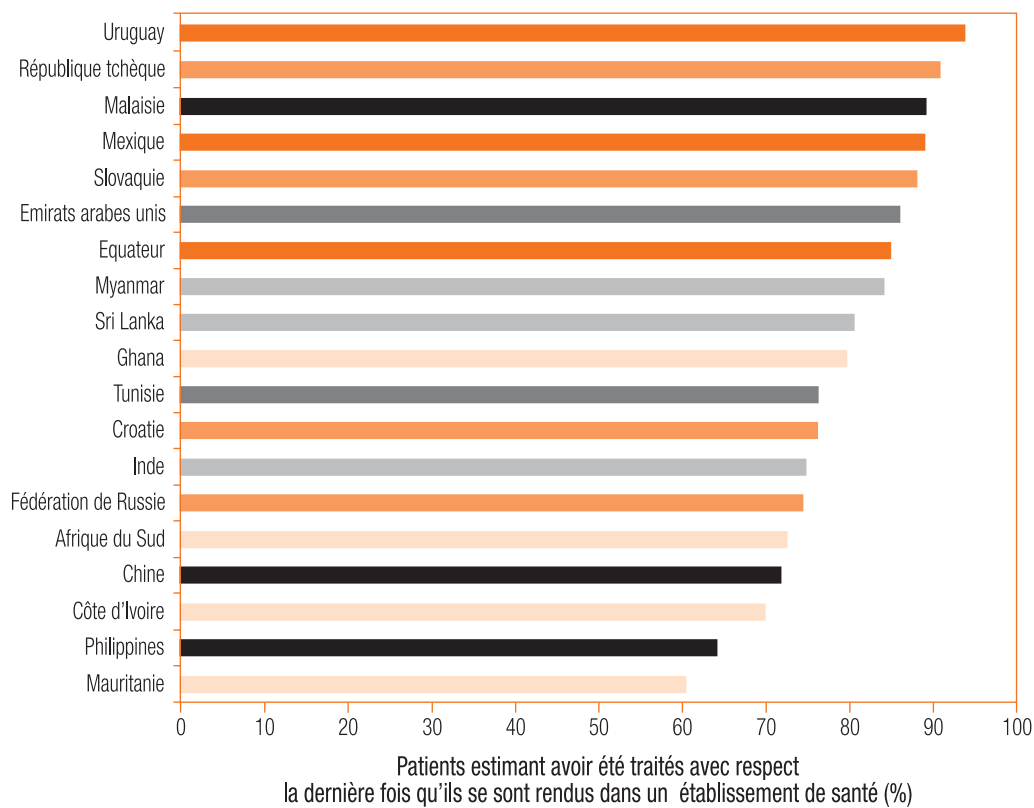


- ♦ Taux de mortalité infantile attendu dans la province compte tenu des ressources disponibles (d'après modèle).
- Taux de mortalité infantile enregistré dans la province.

Cette vue d'ensemble définit le champ d'application de toute stratégie de mise en valeur des ressources humaines pour la santé et sert de cadre pour déterminer si elle a ou non les effets souhaités. Le cadre dépasse l'approche classique axée sur les apports (le bon nombre d'agents au bon endroit, au bon moment, dotés des compétences voulues et recevant le soutien nécessaire pour s'acquitter de leur tâche (3) et prend en compte le rendement et les résultats.

Que sait-on des différents aspects de la performance du personnel de santé présentés dans le Tableau 4.1 ? Le chapitre 1 a déjà fait état de ce que l'on sait sur la **disponibilité** du personnel dans les pays et à l'échelle internationale. Il est question ici des travaux entrepris pour appréhender plus systématiquement les autres aspects. Pour tous, les données sont rares, surtout concernant les pays à faible revenu. Mais pour savoir si les politiques relatives au personnel ont les effets voulus, les pays ont besoin d'instruments de mesure de la performance. La **productivité** dans le secteur de la santé a été étudiée dans les pays riches et dans les pays pauvres (4). D'après une étude effectuée récemment, les gains de productivité du personnel existant dans deux pays africains pourraient atteindre 35 % dans l'un et 26 % dans l'autre (5). Certains travaux simples, d'autres plus élaborés, sont en cours pour évaluer la **compétence** des agents de santé (6–9) et leur **réactivité**, par exemple le respect qu'ils manifestent aux patients. La Figure 4.1 illustre les résultats d'une enquête menée dans 19 pays d'où il ressort que la proportion de patients estimant être traités avec respect quand ils se rendent dans un centre de santé varie de 60 % à 90 %.

Figure 4.1 Opinion des patients sur le respect qui leur est manifesté dans les établissements de santé de 19 pays



Régions OMS :

Afrique Amérique Asie du Sud-Est Europe Méditerranée orientale Pacifique occidental

Source des données : (10).

Pour chaque aspect de la performance, on observe d'importantes différences au sein du personnel de santé, différences dont il faut tenir compte dans la politique appliquée. On en trouvera un exemple dans l'Encadré 4.2.

Il est difficile de mesurer et de surveiller la performance et très facile de manipuler les données (15). Beaucoup d'indices des ressources humaines et de la dotation en personnel ne sont systématiquement calculés que dans les systèmes d'information dont l'infrastructure est relativement élaborée. D'autres travaux sont nécessaires pour déterminer, parmi les indicateurs existants, ceux qui pourraient le mieux rendre compte des quatre aspects de la performance du personnel. Quelques-unes des possibilités sont exposées dans le Tableau 4.2. Des facteurs comme le renouvellement et la motivation du personnel ont une incidence sur ces quatre aspects. Il peut s'avérer utile également de mesurer les déterminants de la performance comme les visites de supervision et la sécurité sur le lieu de travail.

Beaucoup pensent que l'appréciation de la performance n'est pas seulement indispensable pour décider de la politique à mener, mais un moyen efficace d'influencer l'attitude des agents et des organismes de santé si elle va de pair avec un système de récompenses et de sanctions. Les différentes fins auxquelles peut servir le contrôle de la performance sont exposées plus loin dans ce chapitre.

QU'EST-CE QUI DETERMINE LA PERFORMANCE DES AGENTS DE SANTE ?

Pour comprendre pourquoi la performance des agents de santé varie, il est bon d'étudier les facteurs connus pour influencer leur travail. On a longtemps cru qu'une mauvaise performance était principalement due à un manque de connaissances et de compétences, mais cette analyse a changé dernièrement et l'on distingue désormais trois grands groupes de facteurs.

- *Les caractéristiques de la population desservie* : il est plus facile d'étendre la couverture vaccinale ou d'améliorer l'observance du traitement contre la tuberculose ou l'infection à VIH si la population en comprend l'utilité, si elle est motivée et a les moyens de consulter.
- *Les caractéristiques des agents de santé eux-mêmes*, y compris leurs origines socioculturelles, leurs connaissances, leur expérience et leur motivation.
- *Les caractéristiques du système de santé* et le contexte général qui déterminent les conditions de travail des soignants : apports dont ils disposent pour exercer leurs fonctions, organisation du système de santé, manière dont ils sont rémunérés, encadrés et administrés, et autres facteurs comme la sécurité individuelle.

Encadré 4.2 Différences de performance des prestataires de services de santé selon le sexe

Les agents de santé hommes et femmes n'abordent pas toujours leur travail de la même façon et ont un contact différent avec les patients. D'après une étude effectuée récemment au Brésil, les femmes passent plus de temps en consultation avec un enfant de moins de cinq ans (une minute de plus en moyenne) que leurs confrères de sexe masculin, même si l'on tient compte d'autres facteurs qui déterminent l'emploi du temps comme le nombre de patients. La différence est plus marquée pour les prestataires formés à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, ce qui semble indiquer que la formation peut aussi influencer différemment selon le sexe du praticien (11).

Aux Etats-Unis, davantage de femmes font pratiquer un frottis vaginal et un cliché mammaire si elles sont vues par un médecin

femme, l'écart étant plus évident quand il s'agit d'un interniste ou d'un médecin de famille que d'un obstétricien ou d'un gynécologue (12). Les patientes, surtout celles qui consultent en gynécologie et en obstétrique, sont plus satisfaites des services des médecins femmes que des médecins hommes (13, 14).

Il semble donc, au vu de ces résultats, que la manière dont les femmes dispensent les soins soit, dans des circonstances bien précises, mieux adaptée aux besoins des patients que les soins prodigués par les hommes. Les différences constatées pourraient être un élément important à prendre en compte pour développer le personnel de santé, mais il faut d'abord mieux en comprendre les raisons.

Ces éléments sont interdépendants. Beaucoup considèrent ainsi que la motivation (efforts consentis et volonté de bien s'acquitter de sa tâche) joue un rôle crucial dans la performance. Or, la motivation dépend à la fois de facteurs propres aux agents de santé et de facteurs inhérents à leur travail et à l'environnement social (17).

QU'EST-CE QUI INFLUE SUR LA PERFORMANCE DES AGENTS DE SANTE ?

Il existe des moyens d'améliorer la performance à la fois des individus et du personnel de santé dans son ensemble. Les principaux moyens d'action sont de trois sortes : ceux qui concernent le *travail en soi*, ceux qui visent les *systèmes de soutien* dont tous les agents ont besoin pour remplir leurs fonctions et ceux qui créent un *milieu de travail favorable*. On peut rarement établir un lien direct entre un moyen d'action particulier et le changement souhaité. Il s'agit en fait d'un ensemble d'options parmi lesquelles les décideurs choisiront des instruments à combiner pour résoudre des problèmes précis concernant le personnel de santé.

La Figure 4.2 présente succinctement certains des principaux moyens d'action existants et les caractéristiques du personnel qu'ensemble ils peuvent permettre de modifier. Certains se sont révélés relativement faciles à utiliser, d'autres sont plus complexes ; certains promettent des résultats relativement rapides, d'autres agissent à plus long terme ; certains sont économiques, d'autres coûtent cher. Certains ne relèvent pas véritablement de la politique générale mais ont une incidence sur la productivité, par exemple le règlement des frais de chauffage afin que la température soit suffisante dans un établissement pour les soignants et les patients. Tous ces moyens d'action doivent être envisagés dans une perspective à moyen ou long terme. On parvient généralement à améliorer la performance et la productivité du personnel par des mesures groupées plutôt que par des mesures isolées et non coordonnées (18).

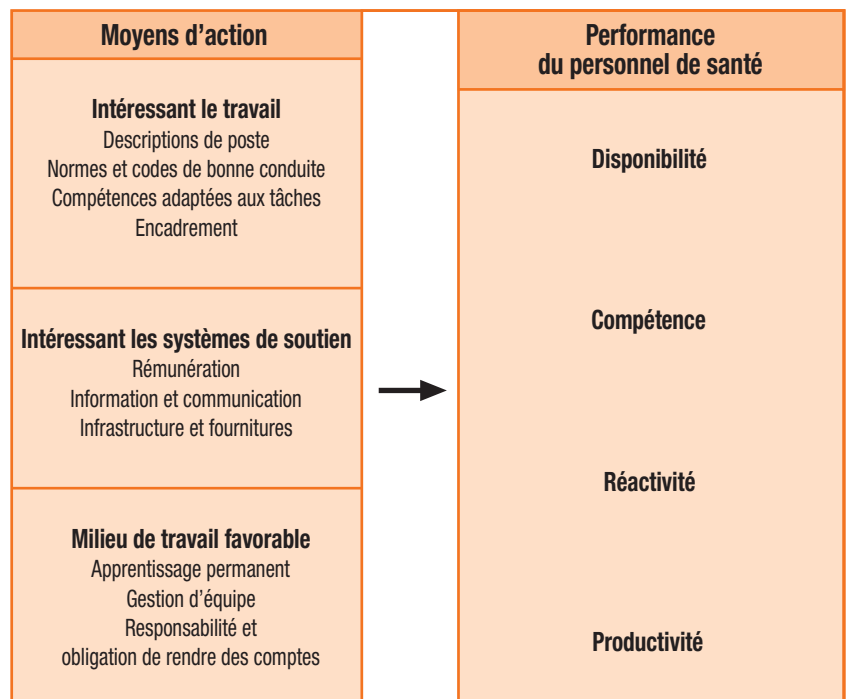
Pour choisir les bons instruments et déterminer quand et où les utiliser, il ne suffit pas de bien les connaître, il faut aussi comprendre certains paramètres importants qui peuvent avoir une influence sur leur efficacité tels que la structure, la culture et la capacité institutionnelle de l'organisation concernée et, plus largement, les valeurs sociales et les attentes. Les mesures destinées à améliorer la performance et la productivité

Tableau 4.2 Indicateurs des ressources humaines pour évaluer la performance du personnel de santé

Aspect	Indicateurs possibles
Disponibilité	Ratio en personnel Absentéisme Temps d'attente
Compétence	Individuelle : pratique en matière de prescription Institutionnelle : taux de réadmissions ; naissances vivantes ; infections nosocomiales
Réactivité	Satisfaction des patients ; évaluation de la réactivité
Productivité	Lits occupés ; consultations externes ; nombre d'actes effectués par agent ou par établissement

Source des données: (16).

Figure 4.2 Moyens d'agir sur les quatre aspects de la performance du personnel de santé



peuvent viser l'individu, l'équipe, l'organisation ou le système tout entier (19). Certaines d'entre elles peuvent être mises en place dans le système de santé existant par les responsables des établissements ou des services, tandis que d'autres relèvent de la décision d'autorités plus haut placées ou d'autres secteurs, surtout celles qui impliquent un changement structurel. Le pragmatisme voudrait que les responsables s'attachent d'abord à un ou deux aspects sur lesquels ils peuvent agir directement et qui sont plus facilement modifiables, mais cette démarche ne permet pas toujours d'améliorer sensiblement la performance du personnel et il faut alors envisager de plus vastes changements dans la gestion et l'organisation.

Les trois sections ci-après font le bilan des connaissances actuelles sur l'efficacité de différents moyens d'action. Pour chacun d'entre eux sont examinés quatre points qui intéressent les décideurs : la solidité de la base de connaissances, ce que l'on sait de la facilité d'application, le coût et le délai avant que les mesures ne fassent effet. Vu la crise qui frappe de nombreux pays, le fait qu'on ait encore peu de preuves tangibles de l'efficacité des mesures n'est pas une raison suffisante pour ne rien faire. Toutefois, le manque de données probantes oblige, d'une part, à surveiller de près les tendances et les effets pour rectifier le tir si nécessaire et, d'autre part, à mieux analyser les résultats et à les diffuser plus largement aux plans national et international.

Moyens d'action intéressant le travail

Une des catégories d'instruments qui permettent d'agir sur la performance du personnel concerne le travail ou l'emploi lui-même : description claire des fonctions, normes professionnelles et codes de bonne conduite, compétences bien adaptées aux tâches à effectuer ou encore encadrement (20–22).

Stratégie 4.1 Rédiger des descriptions de poste claires

Les descriptions de poste qui définissent clairement les objectifs, les responsabilités, les pouvoirs et la structure hiérarchique sont toujours associées à une meilleure performance pour tous types d'agents (23), et les initiatives prises en ce sens peuvent avoir des effets très rapides. Un programme entrepris conjointement par l'OMS et le Ministère de la Santé indonésien a montré que les infirmières et les sages-femmes étaient plus satisfaites de leur emploi et respectaient mieux les règles quand leurs fonctions étaient clairement définies, la formation en cours d'emploi meilleure et les règles plus claires (voir Encadré 4.3). Étant donné que, dans beaucoup de pays, les agents de santé n'ont toujours pas de véritables descriptions de poste, cette stratégie ouvre de vastes perspectives.

Stratégie 4.2 Instaurer des normes et des codes de bonne conduite

La performance des agents de santé, du point de vue tant de la compétence que de la réactivité, dépend aussi de leur sentiment de l'identité professionnelle, de leur vocation et de leur déontologie. Bien des agents de santé continuent à dispenser des soins dans des conditions de travail difficiles et parfois dangereuses. Différents moyens de préserver les valeurs, les règles et les aspirations du personnel ou, le cas échéant, de lui en donner sont exposés ci-après.

Dans le domaine de la santé, les notions de vocation et de conscience professionnelle ne datent pas d'hier. Médecins et patients ont presque tous entendu parler du serment d'Hippocrate, qui est le plus ancien code de bonne conduite encore en vigueur. Les docteurs en médecine sont encore nombreux à prêter serment. Les agents de santé sont censés avoir une conduite intègre, appliquer leur savoir-faire technique avec dévouement et placer les intérêts du patient au-dessus des leurs (30, 31). Les principes déontologiques sont souvent inculqués sans se fonder sur des textes et leur élaboration prend du temps, mais ils peuvent être une importante source de motivation.

L'une des fonctions des associations professionnelles est d'entretenir ce sentiment de l'identité professionnelle qui contribue à responsabiliser et à motiver les agents de santé (32). Pour les professions plus « modernes », comme celles qui relèvent de l'administration, les associations professionnelles sont relativement nouvelles (la European Health Management Association, par exemple, n'existe que depuis 25 ans) et beaucoup de pays n'en ont pas. La création d'associations professionnelles peut être une bonne stratégie à long terme, mais elle exige du temps. Des associations de prestataires du secteur informel, comme les vendeurs de médicaments, ont été créées pour essayer de rendre leurs activités plus conformes aux bonnes pratiques généralement admises.

Dans les pays très pauvres, les expédients auxquels les agents de santé sont souvent obligés d'avoir recours pour améliorer leurs conditions de vie mettent à mal les valeurs professionnelles. L'Encadré 4.3 explique comment les agents de santé de deux pays perçoivent le problème.

De nombreux employeurs adoptent maintenant des codes écrits de bonne conduite pour tous leurs employés, où il est stipulé, par exemple, qu'ils doivent arriver au travail à l'heure, traiter les patients avec dignité et respect et leur donner des informations exhaustives. L'efficacité de ces codes n'est pas attestée (ils font généralement partie d'un ensemble de mesures gestionnaires), mais elle dépend logiquement de la mesure dans laquelle ils sont connus des employés et appliqués.

« La performance des agents de santé dépend de leur sentiment de l'identité professionnelle, de leur vocation et de leur déontologie »

Encadré 4.3 Agir sur les aspects liés au travail pour améliorer la performance des agents de santé

Rédiger des descriptions de poste claires : Indonésie

Une enquête réalisée en 2000 auprès de 856 infirmières et sages-femmes dans cinq provinces a révélé que 47,4 % d'entre elles n'avaient pas de description de poste écrite, 39,8 % effectuaient des tâches autres que les soins infirmiers ou obstétricaux et 70,9 % n'avaient pas suivi de formation en cours d'emploi depuis trois ans. Un système destiné à améliorer la performance du personnel clinique a été instauré. Il prévoit des descriptions de poste qui définissent clairement les responsabilités et obligent à rendre des comptes, une formation en cours d'emploi consistant essentiellement en séances de réflexion sur des cas particuliers et la mise en place d'un contrôle de la performance. Les bénéficiaires du programme ont déclaré que les descriptions de poste, conjuguées à des modes opératoires et procédures standard, leur avaient permis d'assumer leurs rôles et leurs responsabilités avec une plus grande confiance. Les hôpitaux participants ont par ailleurs indiqué que le programme les aidait à garantir la qualité et facilitait l'accréditation (24).

Préserver les valeurs professionnelles : attitudes ambiguës et solutions proposées au Cap-Vert et au Mozambique

Il ressort d'une étude sur ce que les agents de santé pensent de la difficulté de préserver les valeurs professionnelles que l'idée qu'ils se font d'un fonctionnaire honnête qui cherche à bien faire son travail est en conflit avec les réalités qui les obligent à trahir cet idéal. L'un des principaux expédients auxquels certains d'entre eux ont recours pour augmenter leur revenu est d'exploiter l'accès qui leur est donné aux produits pharmaceutiques. Les auteurs concluent que cette attitude ambiguë laisse encore la possibilité d'intervenir avant que les pratiques de ce genre ne soient trop enracinées. Les sondés ont notamment suggéré de gérer plus rigoureusement les stocks, d'améliorer les conditions de travail, d'alerter la population sur ces

pratiques et d'en appeler à la conscience morale et professionnelle des intéressés (25).

Déséquilibre entre les compétences et les tâches : exemples

D'après une étude réalisée en République-Unie de Tanzanie, un médecin de district consacre 40 à 50 % de son temps de travail à rédiger des rapports et 20 % à accueillir des personnes en mission (26). En Ouganda, les administrateurs de district estiment que la planification, l'établissement de rapports et les ateliers de formation occupent 70 à 80 % de leur temps, ce qui laisse peu de place à la mise en œuvre des activités (27). Une enquête effectuée dans des hôpitaux de Washington, aux États-Unis, révèle qu'à une heure de soins au service des urgences correspond une heure de formalités administratives (28).

Un encadrement attentif : Ghana

Dans les hôpitaux semi-publics, on s'en remet au rôle des chefs pour améliorer la performance. Sous la pression de leurs supérieurs et conscients de la connaissance que ceux-ci ont des procédés techniques, les prestataires de services sont toujours sur la brèche. Leurs chefs se sentent eux aussi davantage tenus à une obligation de résultat (par exemple pour conserver leur poste ou continuer à bénéficier d'avantages financiers et autres). Dans les hôpitaux publics étudiés, il semble que le personnel d'encadrement ait moins d'autorité et que les critères de performance aient plus à voir avec des comportements comme l'obéissance, la ponctualité et le respect qu'avec l'exécution de tâches techniques. Des systèmes de réorientation du personnel d'encadrement et d'appréciation de sa productivité plutôt que d'évaluation directe des prestataires de services peuvent s'avérer utiles (29).

On peut aussi prendre des mesures de caractère plus officiel pour amener les agents de santé à avoir l'attitude souhaitée. Les pouvoirs publics peuvent ainsi prendre des dispositions réglementaires interdisant au personnel soignant du secteur public d'avoir une activité libérale pendant les heures de travail des établissements publics. Pour que les règles et réglementations de ce type aient l'effet voulu, il faut les faire largement connaître et prendre des sanctions en cas d'infraction. Les autorisations d'exercer et les accréditations offrent un autre moyen d'améliorer la qualité des soins dispensés par les agents de santé existants et les institutions dont ils relèvent. L'efficacité de la réglementation officielle est souvent limitée faute de moyens institutionnels pour l'appliquer. Ce problème est étudié plus en détail dans le chapitre 6.

Stratégie 4.3 Adapter les compétences aux tâches à accomplir

Dans les pays riches comme dans les pays pauvres et dans les établissements de tout type, on trouve maints exemples d'une mauvaise utilisation ou d'une mauvaise répartition des compétences des agents de santé. Les principales raisons de cette inadéquation sont les suivantes :

- Les agents de santé effectuent des tâches qui ne correspondent pas à leurs compétences. C'est le cas par exemple d'infirmières qualifiées qui assurent des services de secrétariat faute d'employés de bureau. Le cas inverse se présente aussi : la pénurie de personnel administratif peut obliger un personnel médical déjà peu nombreux à accomplir des tâches administratives pour lesquelles il n'est pas compétent ; ou alors des agents de santé se voient contraints d'effectuer des tâches pour lesquelles ils ne sont pas qualifiés, par exemple les accouchements (33, 34).
- Certaines tâches exigent un temps considérable, par exemple l'accueil de personnes en mission et l'établissement de rapports.
- Les agents de santé ne sont pas toujours présents au moment où la charge de travail est la plus importante, c'est-à-dire quand leurs compétences seraient le mieux mises à profit.

L'Encadré 4.3 donne des exemples de l'inadéquation des compétences.

C'est souvent dans les pays où les ressources humaines sont les plus rares que les agents de santé sont amenés à consacrer une part importante de leur temps à des entités extérieures. Ce problème concerne les responsables de l'élaboration des politiques, les administrateurs et le personnel clinique de rang élevé. La Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement énonce une série de principes d'harmonisation avec les systèmes et procédures des pays partenaires qu'ont entérinés les ministres et les organismes d'aide au développement concernés (35). De nombreux organismes et partenariats à vocation sanitaire étudient maintenant comment mettre ces principes en pratique (36). C'est l'occasion idéale pour les organismes extérieurs de faire gagner du temps aux agents de santé, par exemple en coordonnant les missions de contrôle et les cours de formation ou en uniformisant les demandes de rapports qui se recoupent.

L'organisation du travail en équipes et en horaires flexibles peut être un autre moyen d'augmenter la productivité. Cette stratégie devrait permettre de mieux accorder la dotation en personnel à la charge de travail sans trop de frais, mais elle n'a fait l'objet de quasiment aucune étude dans les pays en développement (18).

Enfin, on a beaucoup privilégié la solution consistant à déléguer les compétences et transférer les tâches pour accroître la productivité du personnel en général. Concrètement, il s'agit le plus souvent de remplacer les médecins par des infirmières, pratique surtout répandue dans les pays anglophones (37). Le chapitre 2 donne des exemples de délégation de compétences. Il se peut, dans certains cas, que la résistance des catégories professionnelles concernées et la nécessité de modifier la législation retardent l'application de cette stratégie.

Stratégie 4.4 Assurer un encadrement attentif

On a constaté que l'encadrement, surtout couplé à des audits dont les résultats sont communiqués au personnel, contribue toujours à améliorer la performance de nombreux types d'agents de santé, qu'il s'agisse de prestataires ou d'administrateurs (27, 38). Si, presque partout, la supervision apparaît comme une nécessité, elle s'avère souvent difficile à exercer dans la pratique et c'est la première chose que les administrateurs très pris et qui ont peu de ressources à leur disposition éliminent de leur liste de priorités. L'encadrement devient souvent plus difficile mais aussi plus important quand le système de santé se décentralise. Il peut arriver, par exemple, que les administrateurs du ministère central soient considérés comme n'ayant plus qualité pour superviser les districts ou que leurs postes aient été transférés.

La nature de l'encadrement est importante. Si les visites de supervision deviennent une routine administrative stérile ou si elles sont perçues comme ayant pour but de prendre le personnel en défaut et de le sanctionner, elles risquent d'avoir des effets plus néfastes que bénéfiques. Par contre, un encadrement attentif, à visée pédagogique et cohérent qui aide à résoudre des problèmes particuliers, peut améliorer la performance et accroître la satisfaction et la motivation du personnel. C'est ainsi que, par ses effets sur la motivation et la performance, un bon encadrement fait toute la différence entre hôpitaux publics et hôpitaux autonomes semi-publics au Ghana (voir Encadré 4.3).

Les stratégies visant à améliorer l'encadrement négligent généralement trois groupes, dont chacun se montre plus performant s'il est encadré : le personnel d'encadrement lui-même ; les soignants non professionnels, qu'il s'agisse des familles ou d'agents de santé communautaires ayant un rôle plus officiel, qui travaillent souvent seuls ; et, enfin et surtout, les prestataires privés qui, dans nombre de pays à faible revenu, ne sont quasiment pas encadrés. La difficulté consiste à trouver des moyens de superviser l'exécution des tâches qui soient acceptés par les praticiens indépendants. L'encadrement est l'une des stratégies étudiées pour faire participer les prestataires privés et informels à la prestation de biens et services. Dans les projets de franchisage social, par exemple, les franchisés comme les vendeurs de médicaments bénéficient de certains avantages tels que des approvisionnements subventionnés, et acceptent en retour, entre autres obligations, d'être supervisés par le franchiseur (39).

Systemes fondamentaux de soutien

Tout agent de santé doit pouvoir compter sur des appuis fondamentaux pour s'acquitter de sa tâche : la rémunération, l'information et les infrastructures, matériel et fournitures compris. La présente section ne donne pas un aperçu complet des systèmes qui assurent ces bases, mais traite des éléments les plus utiles pour améliorer la performance du personnel de santé.

Stratégie 4.5 Offrir une rémunération suffisante

Trois aspects de la rémunération influent sur le comportement des agents de santé : le montant et la régularité du traitement, les modalités de paiement et les avantages éventuellement accordés.

Les agents de santé doivent être suffisamment payés pour le travail qu'ils font. Leur salaire doit leur permettre de subvenir à leurs besoins ; il doit aussi leur paraître correspondre aux responsabilités qu'ils assument et équitable comparé à celui versé pour un poste identique ou équivalent à celui qu'ils occupent.

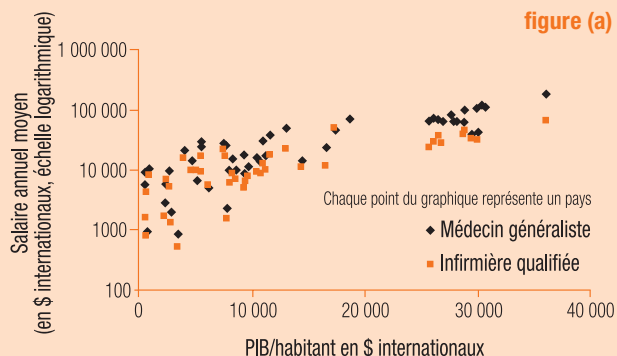
Un personnel sous-payé qui constate des différences injustes a du mal à être productif et performant (40). Les agents de santé du secteur public trouvent de nombreux

« Un encadrement attentif qui aide à résoudre des problèmes particuliers peut améliorer la performance et accroître la satisfaction et la motivation du personnel »

Encadré 4.4 Différences de salaire entre les pays, les professions, les secteurs et les sexes

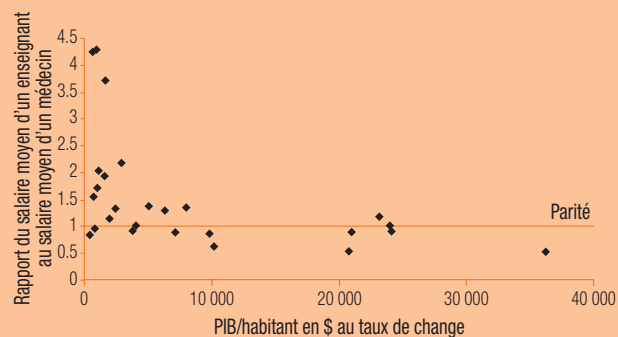
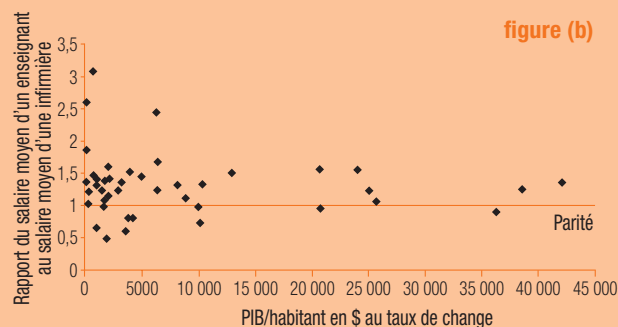
a) Comparaison des salaires annuels des médecins et du personnel infirmier entre les pays

Les médecins et le personnel infirmier des pays pauvres gagnent moins que la plupart de leurs confrères des pays à haut revenu, même si l'on tient compte des différences de pouvoir d'achat, de sorte que, financièrement, ils ont tout intérêt à émigrer. La Figure a) fait apparaître les salaires annuels en fonction du PIB par habitant en dollars internationaux. Les données dont on dispose ne concernent généralement que les médecins et le personnel infirmier.



b) Différences de salaire entre professions comparables

Les différences de salaire entre professionnels de la santé varient aussi dans les pays. On peut comparer les salaires entre professions équivalentes, secteur public et secteur privé, ou encore hommes et femmes exerçant les mêmes fonctions. Dans les pays pour lesquels on dispose de données, le salaire mensuel d'un enseignant est généralement 1 à 1,5 fois plus élevé que celui d'une infirmière (voir la Figure b)), encore qu'au Costa Rica, en Estonie et aux Etats-Unis il semble, d'après les informations obtenues, que les infirmières gagnent plus que les enseignants. Dans la plupart des pays à faible revenu, par exemple en Bolivie, en Côte d'Ivoire et au Honduras, les ingénieurs touchent plus que les médecins, l'écart étant parfois considérable. En règle générale, la situation est différente dans les pays où le revenu par habitant dépasse US \$10 000 (par exemple en Australie, aux Etats-Unis et en Slovaquie) et les médecins y sont en moyenne mieux payés.

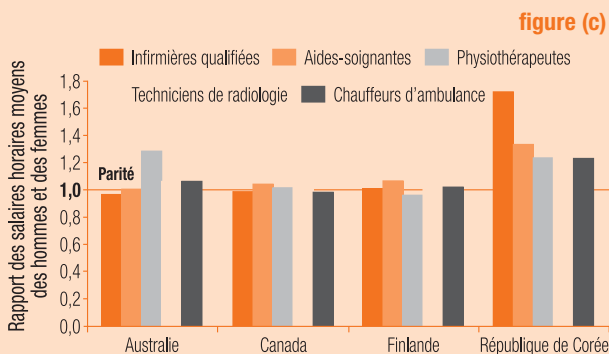


c) Comparaison des salaires entre secteur public et secteur privé

Les comparaisons de ce type sont rares. Les agents de santé du secteur privé sont loin d'être tous bien payés : une étude a ainsi montré qu'environ 14 % (Lettonie) et 50 % (Géorgie) des agents du secteur privé touchaient un salaire équivalant ou inférieur au salaire minimum.

d) Rapport des salaires (en US \$ à parité de pouvoir d'achat) entre hommes et femmes

De la même façon, il y a peu de statistiques sur les différences de salaire entre hommes et femmes. La Figure c) montre les différences de salaire entre les sexes dans quatre pays de l'OCDE : elle fait apparaître une parité dans trois d'entre eux pour les cinq professions considérées. D'après l'étude inter pays la plus rigoureuse qu'on ait effectuée, il semblerait que les légères différences observées tiennent à des différences relatives au nombre d'heures ouvrées, au type de spécialité et à l'ancienneté. Cette constatation générale pourrait masquer d'importantes variations entre les pays.



expédients quand ils touchent un salaire ridiculement faible ou ne sont payés que par intermittence : cumul de deux emplois ou plus, absences et emplois fictifs, honoraires « informels », orientation des patients vers le secteur privé et migration vers des marchés du travail plus attractifs (25, 41-43).

Il peut être difficile et coûteux d'**augmenter les salaires** dans le secteur public. Dans certains cas, le ministère des finances plafonne les dépenses publiques et des commissions de la fonction publique fixent le montant des salaires de tous les fonctionnaires, parce qu'elles considèrent qu'il est injuste ou peu judicieux d'augmenter les traitements dans un seul secteur, ou parce qu'elles n'ont tout bonnement pas les moyens de le faire. De plus, pour certains agents de santé particulièrement rares et qualifiés, il se peut que le secteur public soit incapable d'offrir les mêmes salaires que le secteur privé ou que certains pays étrangers. Cependant, les employés du secteur privé ne sont pas tous bien payés et, dans certains pays, une bonne proportion d'entre eux touchent le salaire minimum, voire moins (44). Pour différentes comparaisons des salaires, voir Encadré 4.4.

Quelles sont les solutions possibles ? Malgré les difficultés auxquelles ils se heurtent, un certain nombre de pays à faible revenu ont considérablement augmenté le traitement des agents de santé du secteur public ces dernières années. En République-Unie de Tanzanie, par exemple, les ministères ont pu mieux rémunérer certains groupes hautement prioritaires grâce à un programme sélectif de hausse accélérée des salaires (15). En Ouganda, le salaire de tout le personnel soignant a été relevé en 2004 à l'issue d'une évaluation consistant à classer les emplois de toute la fonction publique d'après une série de critères standard (durée de la formation, coût des erreurs, temps de travail, etc.) pour fixer des échelles de salaire correspondantes. C'est ainsi que le traitement des infirmières du plus bas échelon a presque doublé et équivaut désormais à celui d'un jeune diplômé de l'université (42). Compte tenu du coût des salaires, les organismes extérieurs acceptent mieux depuis quelque temps l'idée qu'il faudra, à moyen terme, aider à financer les salaires dans les pays à très faible revenu (voir Encadré 2.2).

Certains pays ont tenté de retirer les agents de santé de la structure de rémunération des fonctionnaires afin de pouvoir fixer plus librement le salaire et les conditions d'emploi. En Zambie, cette réforme s'est heurtée à l'opposition de groupes professionnels et a fini par s'essouffler. Au Ghana, les percepteurs des impôts et les employés de banque ont été détachés de la fonction publique, mais pas les agents de santé (15).

Le non-versement des salaires pose problème dans de nombreux pays, aussi bien en Europe orientale qu'en Afrique (50), et conduit à l'absentéisme. Parfois, les salaires ne sont pas payés parce que les systèmes de paie et de gestion des ressources humaines fonctionnent mal. Aucun élément concret n'atteste les effets d'un investissement dans des systèmes administratifs qui fonctionnent. Toutefois, il peut être plus facile de développer cet élément essentiel de la gestion des ressources humaines que d'entreprendre d'autres réformes de caractère plus politique ; la démarche n'est pas forcément coûteuse et peut donner des résultats notables relativement rapidement. L'autre raison pour laquelle les salaires ne sont pas payés est le manque de fonds. Le Tchad a utilisé les fonds de donateurs pour rémunérer en temps voulu les agents de santé qui n'avaient pas touché leur traitement depuis 4-7 mois (50).

Le mode de rémunération des travailleurs influe beaucoup sur leur prestation. Les agents de santé et les établissements dans lesquels ils travaillent peuvent être rémunérés de nombreuses façons : selon le temps de travail (salaires ou budgets fixes), selon les services assurés (rémunération à l'acte) ou encore en fonction de la population (paiements par habitant ou forfaits) (51). Tant les mécanismes de rémunération des établissements que les mécanismes de rémunération individuelle peuvent avoir une incidence sur la performance des individus. L'expérience montre que, dans les systèmes de salaires et de budgets fixes, les prestataires tendent à voir

« Le non-versement des salaires pose problème dans de nombreux pays, aussi bien en Europe orientale qu'en Afrique »

moins de patients et à assurer moins de services, tandis que la rémunération à l'acte les encourage à voir davantage de patients et à offrir davantage de services, et des services plus coûteux. Chaque système de rémunération demande aussi une organisation administrative différente, simple ou complexe (52). Pour être optimal, un système doit inciter les prestataires à administrer un traitement efficace et de bonne qualité tout en contribuant à une répartition rationnelle des ressources (40).

Des pays à revenu moyen ou supérieur comme l'Australie, les Etats-Unis, la Hongrie et le Royaume-Uni délaissent les budgets et les salaires calculés d'après les apports pour une rémunération liée à la performance, qui est fonction du rendement et des résultats (53–55). Les systèmes mixtes de rémunération des prestataires sont devenus plus courants afin de trouver un juste équilibre entre les incitations propres à chaque mécanisme. D'après l'étude qu'a faite Robinson des organisations de médecins aux Etats-Unis, environ un quart d'entre eux sont rémunérés sur une base purement rétrospective (rémunération à l'acte), un autre quart à titre purement prospectif (capitation, salaire non fondé sur la productivité) et une moitié environ selon ces deux principes à la fois (48). Il semble, d'après les indications dont on dispose, qu'une rémunération liée à la performance peut améliorer la qualité des soins prodigués (56, 57).

L'idée d'une rémunération qui tienne compte de la performance a fait des adeptes dernièrement dans les pays à faible revenu pour les mêmes raisons qui ont séduit les pays plus nantis. L'expérience reste toutefois très limitée. Dans la plupart des pays à bas revenu, la majorité des agents de santé du secteur public continuent de toucher un traitement et des allocations sans rapport avec leur performance, le système de rémunération à l'acte étant plus courant dans le secteur privé. Le fait que la rémunération soit encore rarement fonction de la performance tient peut-être en partie à ce que les méthodes de rémunération qui incitent à privilégier la qualité, la satisfaction des clients, l'équité ou l'efficacité ont généralement un coût administratif plus élevé et demandent des moyens administratifs plus importants (52).

Presque tous les pays offrent d'**autres sources de revenu**, par exemple des allocations, pour rendre les emplois plus attractifs d'une manière générale ou seulement dans les zones mal desservies. Parmi les rémunérations supplémentaires et allocations appréciées des agents de santé, on peut citer les primes à la signature de contrat, le remboursement des frais professionnels tels que l'achat d'uniformes ou les factures d'essence, les aides pour les frais d'études, le logement, les transports ou la garde d'enfants, l'assurance-maladie, les facilités d'emprunts (hypothèques subventionnées, par exemple), les indemnités journalières pour cours de formation, les indemnités

Encadré 4.5 Avantages qui influent favorablement sur la performance des agents de santé

Thaïlande. Les réformes entreprises dans les années 1990 pour augmenter les effectifs dans les zones rurales prévoyaient un supplément de salaire pour les médecins assurant huit spécialités et types de services prioritaires en milieu rural ; une compensation pour les médecins, les dentistes et les pharmaciens n'ayant pas d'activité libérale ; une prime mensuelle pour les médecins, les pharmaciens, les dentistes et le personnel infirmier des hôpitaux et des centres de santé de district ; et la rémunération des heures supplémentaires et du travail de nuit. Des avantages non financiers se sont ajoutés à ces suppléments. Petit à petit, les effectifs ont augmenté dans les zones rurales (64).

Mali. En 1986, le Ministère de la Santé a adopté une stratégie qu'il continue d'appliquer aujourd'hui pour encourager les médecins fraîchement diplômés à exercer en milieu rural. Les médecins s'engagent par contrat à assurer dans les zones mal desservies l'ensemble de soins minimum prévu par la politique de santé nationale, soit dans

un centre de santé public qui n'a pas de médecin, soit en cabinet privé. Les mécanismes de rémunération sont différents pour les deux formules mais les avantages non financiers sont les mêmes : les médecins du secteur public touchent un salaire additionné d'un intéressement aux bénéfices de l'établissement ; les médecins libéraux sont rémunérés à l'acte mais le tarif est fonction de la solvabilité de la population locale. Tous les participants suivent une formation initiale et se voient offrir un logement, du matériel et un moyen de transport si nécessaire. En outre, tous doivent s'inscrire à l'association médicale et faire partie d'un réseau d'apprentissage entre homologues. En 2004, 80 médecins (sur les 529 recensés au Mali) adhéraient au programme et exerçaient en milieu rural, certains depuis plus de cinq ans. D'après un bilan effectué en 2001, la couverture des services était meilleure dans les établissements ruraux comptant un médecin que dans ceux qui n'en avaient pas (65).

pour affectation en zone éloignée ou dépassement des horaires (heures supplémentaires et travail de nuit) et les primes au rendement (pour la vaccination, par exemple) (58).

Les principaux bénéficiaires des compléments de revenu sont généralement les médecins et le personnel infirmier. Aux Etats-Unis, le remboursement des frais d'études et la prime à la signature de contrat sont fréquemment utilisés pour attirer le personnel infirmier. En Jamaïque, les infirmières se voient souvent offrir assurance-maladie, vacances payées et transport gratuit (59), tandis qu'au Botswana les avantages comprennent logement de fonction, prêts automobiles et soins médicaux (60).

L'efficacité de ces mesures dépend de la façon dont elles sont conçues et appliquées et des autres incitations mises en place. Il faut définir les objectifs et les groupes visés et, dans certains cas, négocier avec les syndicats. Les mesures doivent aussi être considérées comme équitables. Il se peut qu'elles soient perçues à la longue comme des droits plutôt que comme des avantages et qu'elles n'aient plus les mêmes effets (61). Des mesures prises dans de bonnes intentions peuvent avoir des effets pervers (58, 62). Au Ghana, par exemple, l'indemnité pour heures supplémentaires accordée aux médecins et au personnel infirmier a suscité le mécontentement de celui-ci en raison des disparités réelles ou perçues de gains, et semble avoir contribué à son exode (63).

Il faut souvent prévoir un **ensemble d'incitations** financières (et non financières) afin que leurs effets s'équilibrent. C'est ainsi que, pour augmenter le nombre de médecins dans les zones rurales, la Thaïlande a mis sur plusieurs types de rémunération supplémentaire parallèlement à des stratégies en matière d'éducation, d'infrastructure et de protection sociale (32) (voir les deux exemples de l'Encadré 4.5). D'après les études réalisées aux Etats-Unis et au Royaume-Uni sur les « établissements attractifs », c'est-à-dire ceux qui parviennent à recruter, garder et motiver le personnel infirmier, une bonne gestion des ressources humaines et la qualité des soins sont des facteurs déterminants (66). Ces deux aspects sont examinés plus en détail un peu plus loin. Toutes les mesures incitatives nécessitent un suivi régulier et une adaptation aux « forces d'attraction et de répulsion » : la Thaïlande a employé différents moyens à différents moments pour augmenter et maintenir les effectifs en milieu rural.

On ne peut prétendre traiter de façon exhaustive la question de la rémunération si l'on omet le fait que, dans beaucoup de pays, sur tous les continents, les honoraires « informels » sont une importante source de revenu pour les agents de santé et influencent donc fortement leur attitude à l'égard des clients (42, 67). Il n'y a pas de solution facile au problème des honoraires informels mais certains exemples sont encourageants. Le Gouvernement camerounais a ainsi conçu un programme appliqué dans tous les grands établissements de santé, où désormais il y a un seul lieu de paiement pour les patients, les tarifs et les modalités de paiement sont clairement affichés, les patients savent à qui signaler une infraction, les agents de santé touchent des primes sur les honoraires qui sont supprimées en cas d'entorse aux règles, et le nom de ceux qui reçoivent une prime et de ceux qui ne peuvent plus y prétendre est publié. Le succès de ce programme dépend en grande partie de l'administrateur de l'établissement chargé d'appliquer les règles de façon équitable (43).

Les différents points exposés ci-dessus au sujet de la rémunération des agents de santé peuvent être récapitulés comme suit :

Il y a un minimum à garantir : un salaire décent versé en temps voulu !

- La rémunération compte dans la performance. Les organismes extérieurs pourraient aider à améliorer la performance des agents de santé dans les pays à bas revenu en finançant partiellement les salaires à moyen terme.
- Il convient, si possible, de panacher les systèmes de rémunération et les mesures incitatives. Si la capacité institutionnelle est limitée, on fera preuve de prudence

« Les principaux bénéficiaires des compléments de revenu sont généralement les médecins et le personnel infirmier »

vis-à-vis des approches qui demandent une structure administrative complexe.

- Les augmentations de salaire ne suffisent pas à améliorer la performance. Elles doivent être associées à d'autres stratégies pour provoquer un changement sensible.
- Il faut toujours surveiller et adapter au fil du temps les mesures incitatives et les politiques de rémunération si l'on veut qu'elles aient les résultats voulus.

Stratégie 4.6 Bien informer et communiquer

On dit souvent qu'on n'a de prise que sur ce qu'on peut mesurer. Les faits montrent que l'information aide les agents de santé à mieux travailler à condition qu'elle intéresse leur travail, qu'ils en aient connaissance au moment voulu, qu'ils soient sûrs de sa qualité et qu'ils comprennent sa teneur (21, 68). Selon le niveau auquel ils exercent, les agents de santé ont besoin de différentes sortes d'informations provenant de nombreuses sources : dossiers médicaux, rapports d'activité des établissements, comptes financiers, inventaires et état des traitements du personnel de santé, données d'enquêtes en population et littérature scientifique, pour n'en citer que quelques-unes. Un système national d'information qui fonctionne bien est indispensable pour améliorer la performance du personnel.

Toute mesure visant à améliorer la **productivité du personnel en général** doit être étayée par des données fiables concernant les effectifs, leur distribution et l'éventail de compétences, et par des informations sur les facteurs qui, d'après ce que l'on sait, empêchent les agents de santé d'être plus performants et sur les différentes options possibles.

Dans certains cas, on est parvenu à augmenter la **productivité individuelle** grâce à des techniques de communication qui aident les agents de santé à assurer les services. De plus en plus d'éléments indiquent que ces techniques permettent un gain de productivité en améliorant la façon dont le personnel soignant assure les services cliniques et de santé publique. Des exemples en sont donnés dans l'Encadré 4.6.

Malheureusement, il reste de nombreux obstacles organisationnels, juridiques, infrastructurels, sociaux et financiers à l'usage généralisé des techniques modernes d'information et de communication, surtout dans les pays à bas revenu (75). Il arrive que ces techniques soient considérées comme des remèdes miracles à des problèmes dont la solution est en fait toute autre. Dès lors, il importe de faire preuve à la fois

Encadré 4.6 Améliorer les données, les services et la productivité grâce aux techniques modernes de communication

Dans les pays nantis, les agents de santé ont de plus en plus souvent recours aux techniques modernes de communication, avec pour résultat un gain de productivité attesté par les études. Les appels téléphoniques aux personnes à haut risque couvertes par le régime d'assurance-maladie pour leur rappeler de se faire vacciner contre la grippe (69) ou de passer une mammographie ont eu pour effet d'augmenter sensiblement le nombre de bénéficiaires de ces mesures de prévention sans que d'autres changements aient été observés chez le personnel de santé (70). Les rappels téléphoniques à l'aide de listes informatisées ont également permis d'inciter les personnes souffrant d'hypertension à mieux observer le traitement et à se soumettre plus régulièrement à un contrôle de la tension artérielle (71).

Il semble, d'après les éléments dont on dispose, que les dossiers médicaux informatisés contribuent à améliorer les soins et les résultats et à réduire les coûts. Grâce aux systèmes informatiques qui rappellent aux agents de santé que le moment est venu de réitérer un test, moins de patients sont soumis à des tests superflus, tandis que les systèmes automatiques qui communiquent les résultats des

analyses en laboratoire permettent de mettre plus vite en route le bon traitement que les systèmes de radiomessagerie (72-74). Au vu des soins chroniques dont ont besoin les porteurs du VIH et les malades du SIDA, des modèles ont été conçus pour les endroits où il y a peu de ressources et sont expérimentés dans un certain nombre de pays à bas revenu.

Les ordinateurs de poche sont de très bons instruments de collecte de données et ils permettent d'accéder rapidement aux informations nécessaires pour prévenir ou endiguer une flambée épidémique. Ils fournissent des données sur le lieu même où l'on en a besoin, même en l'absence de connexion à Internet ou de ligne téléphonique. C'est ainsi qu'une équipe de la Croix-Rouge qui enquêtait sur la vaccination contre la rougeole au Ghana a pu, grâce à ces appareils, enregistrer dix fois plus de questionnaires que d'habitude et en faire parvenir les résultats au Ministère de la Santé avec une facilité et une rapidité sans précédent. Pour plus d'informations, consulter le site <http://www.satellite.org/ic-tinhealth.php>.

d'esprit critique et d'ouverture face aux possibilités qu'elles offrent : l'explosion du téléphone portable dans les pays à faible revenu montre avec quelle rapidité une nouvelle technologie peut être adoptée quand les infrastructures classiques de communication sont précaires ou trop coûteuses. Les méthodes de communication simples telles que bulletins et permanences téléphoniques peuvent elles aussi faciliter l'accès à l'information.

Stratégie 4.7 Améliorer les infrastructures et les fournitures

Aussi motivés et qualifiés que soient les agents de santé, ils ne peuvent travailler correctement dans un établissement mal éclairé, mal chauffé, où il n'y a pas d'eau propre, et qui manque de véhicules, de médicaments, de matériel en état de fonctionnement et d'autres fournitures (76–78). Deux exemples illustrent les conséquences d'une telle pénurie. Au Niger, on a constaté que le personnel infirmier des centres de santé hésite à orienter les patients vers les hôpitaux de district car, sur 33 hôpitaux, seulement trois assurent des services de chirurgie, la plupart d'entre eux ne peuvent ni effectuer de transfusions sanguines ni administrer d'oxygène et les services de laboratoire et de radiologie sont rudimentaires (79). Au Kirghizistan, les agents des services de soins de santé primaires qui s'occupent de diabétiques ont dit être gênés dans leur travail par le manque de bandelettes réactives et de machines pour mesurer la glycémie, par la médiocrité des moyens de laboratoire et l'irrégularité de l'approvisionnement en insuline (77). Les ruptures de stocks de médicaments sont un problème fréquent pour de nombreux agents de santé (voir le Tableau 4.3).

On dispose de très peu de données attestant les effets bénéfiques d'une amélioration des infrastructures et des fournitures de base sur la performance (81), mais il est fort probable qu'elle pourrait présenter des avantages importants presque immédiats. Par exemple, le règlement d'une facture de services collectifs pour rétablir le courant ou le chauffage peut augmenter plus rapidement la productivité que n'importe quelle mesure de gestion de la performance plus spécifique. Les coûts seront vraisemblablement variables : certaines dépenses seront ponctuelles, d'autres renouvelables. On néglige parfois un moyen simple et évident de déterminer comment apporter les plus grandes améliorations le plus vite possible : demander leur avis aux agents de santé eux-mêmes.

Les agents de santé doivent pouvoir travailler dans des conditions matérielles sûres et se faire soigner s'ils tombent malades. Les questions de sécurité sont examinées dans le chapitre 5.

Pour bien fonctionner, les systèmes de soutien doivent tenir compte du personnel d'encadrement et du personnel d'appui dont il est question au chapitre 1 tels que

« Quand on cherche à améliorer la performance, il n'y a rien de plus efficace que de parler aux agents de santé eux-mêmes. Ils ont des idées géniales. C'est eux qui vous diront quoi faire »

Un directeur des ressources humaines en Afrique

Tableau 4.3 Les produits pharmaceutiques dans les établissements de santé publics d'Afrique et d'Asie du Sud-Est

Indicateur	Afrique ^a	Asie du Sud-Est ^a
Nombre moyen de jours pendant lesquels les médicaments indispensables étaient en rupture de stock l'année précédente	25	19
Pourcentage d'établissements où les conditions de conservation garantissent la qualité des médicaments	75%	75%
Pourcentage de médicaments distribués correctement étiquetés	71%	87%

^aMédiane, sept pays dans chaque Région.

Source des données: (80).

gérants de magasins, commis comptables, chargés d'information, techniciens, administrateurs d'hôpitaux, personnel hospitalier et responsables des approvisionnements. Ils sont souvent oubliés dans les débats sur le personnel de santé alors qu'ils jouent un rôle crucial dans le développement des services.

Un milieu de travail favorable

Il existe trois grands types de dispositifs pour créer un milieu de travail favorable. La plupart concernent le mode de gestion et d'organisation du travail des agents de santé. Ils sont regroupés en catégories : apprentissage permanent, gestion et travail d'équipe, responsabilité et obligation de rendre des comptes.

Stratégie 4.8 Encourager l'apprentissage permanent

Comme indiqué dans le chapitre 3, les agents de santé doivent tenir leurs connaissances à jour pour être performants. Les progrès rapides du savoir et l'évolution des systèmes de santé rendent cette nécessité plus impérieuse encore aujourd'hui. Le domaine est encore très expérimental, mais certaines vérités simples et claires se font jour.

Les besoins individuels varient énormément. Les agents de base qui ont suivi une formation de quelques semaines seulement avant de travailler n'ont pas les mêmes besoins en matière d'apprentissage que les médecins ou les infirmières qui ont une formation et une expérience de dix ans ou plus. Le travail quotidien des infirmières exerçant en milieu rural en Suisse est à l'évidence très différent de celui des infirmières des zones rurales du Malawi. Certains principes communs sous-tendent cependant toute stratégie efficace de perfectionnement professionnel. Le Tableau 4.4 présente de manière synthétique certaines approches axées sur l'individu et sur le milieu de travail.

L'expérience montre que les cours de formation ponctuels de type scolaire organisés en dehors du cadre de travail ont peu d'effets concrets sur la façon dont les agents de santé exercent leur activité. La formation en cours d'emploi aura plus de chances de modifier les comportements si elle est interactive, si elle porte sur des problèmes réels et s'accompagne d'un soutien continu.

L'exemple des sels de réhydratation orale pour soigner la diarrhée chez l'enfant est parlant à cet égard : bien que leur utilisation ait beaucoup augmenté dans les années 1980 et 1990, le pourcentage médian d'enfants correctement réhydratés par les agents de santé (d'après 22 enquêtes) n'était que de 20 %, alors que plus de 2000 cours de formation à la prise en charge et à la supervision des cas avaient été organisés dans plus de 120 pays entre 1988 et 1993 (21). Les méthodes simples, peu coûteuses, basées sur les principes d'interaction et de réalisme et complétées par un soutien continu peuvent se révéler très efficaces (38). Ces constatations au sujet de l'efficacité pédagogique ont

Encadré 4.7 Quel est le type de formation le plus efficace ?

Si le but est d'améliorer la performance, les méthodes, conférences et activités purement didactiques sans exercices pratiques, ne conviennent guère, voire pas du tout (83, 84). Il semble, d'après les données, que le savoir et les compétences acquis trouvent une meilleure expression dans la pratique quand la formation est interactive et le plus possible axée sur la pratique. Les cours interactifs débouchent sur un meilleur comportement en matière de prescription ou de distribution des médicaments (85–88), une amélioration de compétences cliniques spécifiques (89–90), et ont un effet positif sur l'utilisation des soins de santé tout en suscitant des réactions favorables chez les patients (91). L'apprentissage actif, l'apprentissage par étapes, le soutien après formation, les rappels et les activités multiformes sont des méthodes efficaces (92, 93). Trois études mon-

trèrent que l'enseignement à distance enrichit les connaissances (94), incite à s'instruire (95), donne une plus grande confiance en soi (96) et encourage une attitude positive, mais elles ne font apparaître aucun changement de comportement. Une comparaison entre un cours de formation par visioconférence et une formation en face à face dispensée en classe n'a révélé aucune différence dans l'assimilation des connaissances (97). Les résultats les plus probants concernant l'enseignement à distance sont ceux d'une étude montrant qu'à la suite d'un cours de formation à distance de dix mois complété par un ou deux contacts avec les enseignants, le nombre de diagnostics corrects des cas de diarrhée a sensiblement augmenté (98).

Tableau 4.4 Approches du perfectionnement professionnel et de la performance

Formation	Individuelle	En équipe ou à l'échelle de l'organisation
Intermittente	Cours de formation	Séminaires
Continue	Perfectionnement professionnel continu	Large gamme d'approches fondées sur des principes similaires mais ayant toutes sortes d'appellations, par exemple gestion intégrale de la qualité, et faisant appel à différents outils et techniques
Enseignement à distance	Formation et accès à la documentation sur Internet	Téléconférences, lieux de travail propices à la collaboration, autres logiciels de groupe sur Internet

donné naissance à un concept plus global qui s'inscrit dans la durée, celui de perfectionnement professionnel continu ou d'apprentissage permanent. Le perfectionnement professionnel continu peut se définir simplement comme un processus cyclique et systématique d'apprentissage autodirigé. Une telle notion dépasse la formation et englobe, par exemple, les perspectives de carrière, le retour d'informations, le mentorat et le détachement (82). Il faudrait aussi explorer les différentes formes d'enseignement à distance compte tenu de la répartition géographique des nombreux agents de santé qui ont besoin de se perfectionner en permanence. L'Encadré 4.7 présente quelques-unes des méthodes pédagogiques possibles.

L'expérience montre clairement que la simple diffusion de recommandations est sans résultat. Si l'on se contente de les distribuer, peu les lisent même si l'on effectue par la suite des visites de rappel (99–104). Il y a toutefois beaucoup plus de chances qu'elles soient appliquées si elles sont distribuées pendant un cours de formation, en s'appuyant sur des discussions de groupes qui ont permis d'en examiner le contenu et d'en présenter un compte rendu aux participants ou en organisant des visites de supervision (105–107).

Depuis quelques années, on privilégie un soutien multiforme de type itératif sur le lieu de travail, le but étant que le nouveau savoir acquis se traduise par un changement dans la pratique. Les méthodes de ce type peuvent être jugées d'après de nombreux cri-

Encadré 4.8 Assurance de la qualité, encadrement et suivi en Ouganda

Depuis 1994, le Ministère de la Santé ougandais prend des mesures énergiques pour assurer la qualité, l'encadrement et le suivi dans les districts et les sous-districts :

- création d'un service d'assurance de la qualité ;
- élaboration et diffusion de normes et de recommandations ;
- ateliers pour aider au départ les administrateurs, les responsables politiques et le personnel clinique à repérer et résoudre les problèmes de service courants ;
- visites d'appui effectuées par des équipes pluridisciplinaires ;
- visites de supervision trimestrielles avec vérification systématique (des finances et de la planification, par exemple) et choix d'un domaine particulier comme le paludisme ou la santé de l'enfant ;
- encadrement attentif, qui ne cherche pas à sanctionner et qui s'exerce dans un climat de confiance ;
- compte rendu verbal et rapports résumés mettant en lumière les principales questions et indiquant les plans d'action arrêtés.

Le programme prévoit le contrôle systématique d'indicateurs au niveau national et au niveau des districts et des jalons dans l'exécution du plan stratégique national. Les prestataires de services du secteur

public et les organisations non gouvernementales font l'objet d'un suivi, mais pas le secteur privé.

Pour inciter les établissements à être plus performants, le Ministère de la Santé ougandais a instauré un système de récompense appelé Programme étoile jaune. Les établissements de santé de district qui répondent aux 35 critères considérés comme les meilleurs indices de la gestion globale se voient décerner une plaque jaune en forme d'étoile, signe de reconnaissance officielle qui contribue à les faire mieux connaître. Quarante-sept districts font maintenant partie du Programme.

Les efforts faits par l'Ouganda ont abouti à une meilleure coordination entre les services de santé, les administrateurs locaux et les responsables politiques. D'après le bilan du secteur de la santé dressé en 2003-2004, certains districts sont beaucoup plus performants que d'autres et, contre toute attente, les districts pauvres et ruraux n'obtiennent pas forcément de mauvais résultats. Il ressort d'entretiens organisés dans tout le pays que, de l'avis général, une bonne performance tient, du moins en partie, à une bonne gestion, surtout dans un environnement politique favorable (112).

tères, y compris la qualité des services et la productivité. Récemment, toute une gamme de programmes plus ou moins complexes faisant appel à divers outils et techniques mais fondés essentiellement sur les mêmes principes ont vu le jour sous différentes appellations. Certains visent l'individu, d'autres s'appliquent à l'équipe ou à l'ensemble de l'organisation, l'équipe pouvant être une unité de travail composite ou un groupe de professionnels, par exemple les administrateurs, qui exercent les mêmes responsabilités dans des lieux différents.

Le travail d'équipe et les processus tels que l'élaboration conjointe de recommandations et l'examen collégial peuvent améliorer dans une certaine mesure la performance des agents de santé. Au nombre des effets bénéfiques du travail d'équipe figurent un plus grand bien-être du personnel (108, 109) et une meilleure qualité des soins (110). Peu d'éléments attestent que les approches s'appliquant à l'ensemble de l'organisation contribuent à améliorer durablement les services. Aux Etats-Unis et au Royaume-Uni, par exemple, les méthodes de gestion intégrale de la qualité ont donné des résultats contrastés (111). Toutes sortes de projets d'amélioration de la qualité entrepris dans les pays à bas revenu ont été présentés comme des succès (voir Encadré 4.8), mais les évaluations rigoureuses sont rares (21). Il va sans dire qu'au bout du compte, l'approche qui convient le mieux dépend des besoins et des objectifs particuliers de la main-d'œuvre.

Stratégie 4.9 Instaurer une bonne gestion d'équipe

A mesure que les méthodes de perfectionnement professionnel évoluent, on s'aperçoit que l'action menée actuellement présente d'importantes lacunes. Pendant longtemps, on s'est surtout intéressé aux connaissances et au savoir-faire indispensables pour assurer les services cliniques, plutôt qu'aux disciplines d'ordre plus général nécessaires au fonctionnement des systèmes de santé telles que la gestion, la comptabilité, les achats et la logistique. Certaines compétences gestionnaires moins « lourdes » comme la constitution d'équipes et la négociation n'ont, elles non plus, guère retenu l'attention. Il en résulte que de nombreux pays à bas revenu qui reçoivent d'importants fonds supplémentaires pour développer rapidement les services se heurtent à un manque de compétences fondamentales dans des domaines comme la comptabilité élémentaire, la gestion des stocks de médicaments et des magasins et la gestion de base du personnel. De nouvelles qualifications peuvent aussi s'avérer nécessaires après une réorganisation du système de santé. Cela a été le cas au Kirghizistan (voir Encadré 4.9), tandis qu'au Chili et au Royaume-Uni, la réforme du secteur de la santé a augmenté les besoins en administrateurs qualifiés (113, 114).

Le personnel réagit positivement à un ensemble d'incitations non financières que l'on peut regrouper sous la notion de bonne gestion ou de bon leadership, deux termes souvent utilisés sans distinction (116). Qu'on préfère parler de gestion ou de leadership, les compétences ainsi désignées sont profitables au personnel soignant à tous les niveaux du système de santé. Bien que peu nombreuses, les données dont on dispose prouvent incontestablement que les facteurs énumérés ci-après contribuent à améliorer la per-

Encadré 4.9 Changer les tâches et donc les compétences requises

Au Kirghizistan, les fonds étaient autrefois alloués aux établissements en fonction du nombre de lits et d'employés. Depuis les réformes entreprises en 1997, cette budgétisation passive a fait place à un système d'achat actif ou stratégique de services de santé individuels. Un nouvel organisme, le Fonds d'assurance-maladie obligatoire, rémunère les établissements hospitaliers en fonction du coût par cas et les centres de soins primaires par capitation. La réforme du financement des hôpitaux a nécessité des processus entièrement nouveaux de gestion de l'information, de gestion financière

et de contrôle de la qualité, car il fallait garantir le paiement des prestataires et l'offre de services adaptés et de bonne qualité. Le Fonds assume une nouvelle fonction essentielle, le contrôle de l'utilisation des services, qui implique de vérifier les réclamations afin d'éviter les fraudes tout en contribuant à améliorer la qualité. Ce nouveau système demandait de nouvelles compétences : programmation informatique, traitement des données, analyse des données cliniques et aptitude à discuter et négocier avec les prestataires sur la base de ces analyses (113).

formance individuelle ou collective (56, 117–123). Les agents de santé sont encouragés à bien s'acquitter de leur tâche quand l'organisation et les gestionnaires :

- exposent clairement leur conception des choses et la mission à accomplir ;
- font en sorte que le travail des uns et des autres soit reconnu et valorisé ;
- sont à l'écoute du personnel et l'associent davantage aux décisions, car il a souvent des solutions à proposer ;
- encouragent le travail d'équipe, le mentorat et l'enseignement individualisé ;
- encouragent l'innovation et une indépendance judicieuse ;
- instaurent une tradition de comparaison à des normes ;
- offrent des perspectives et des possibilités de carrière transparentes et justes ;
- rendent compte à ceux dont la performance est bonne et les récompensent, même symboliquement ;
- sanctionnent une mauvaise performance de façon juste et cohérente.

De bons administrateurs récompensent leur personnel. Parmi les gratifications non financières, on peut citer l'offre de boissons chaudes pendant le service de nuit, les vacances et les jours de congé, les horaires flexibles, l'accès et l'aide à la formation et aux études, les congés sabbatiques, les congés d'études et les plans d'interruption de carrière. L'Encadré 4.10 donne quelques exemples d'initiatives en matière de gestion et de leadership.

Les systèmes d'appréciation de la performance comme les bilans effectués en Zambie et le dispositif de contrat performance du Malawi deviennent plus fréquents. Quelle est l'efficacité du contrôle de la performance et des informations données en retour (126) ? Les exemples de projets réussis ne manquent pas, mais les données prouvant qu'ils améliorent la qualité des services, la productivité et les résultats sanitaires sont encore maigres à grande échelle (15). Il ressort d'un vaste bilan dans les pays à haut revenu que les audits et la rétroinformation peuvent améliorer la pratique professionnelle dans une mesure faible à modérée (127). L'évaluation de la performance

« Ces évaluations sont une source de motivation pour nous ; si nous sommes bien notés, nous faisons plus d'efforts encore pour conserver notre rang ou même progresser »

Un administrateur du secteur public au Bénin

Encadré 4.10 Importance de l'encadrement et du leadership

Afrique du Sud. On a demandé à des infirmières travaillant dans les services de santé maternelle quelles étaient, d'après elles, les caractéristiques les plus importantes du milieu du travail, et on leur a soumis 16 modèles théoriques. Le résultat le plus important de cette enquête est qu'elles font passer un bon encadrement (responsabilités clairement définies, soutien en cas d'erreur, récompenses au mérite et non à l'ancienneté) avant le salaire, à moins que celui-ci ne soit considérablement plus élevé. Ces résultats corroborent d'autres travaux qui mettent en évidence l'effet d'un bon encadrement sur le choix d'un emploi et la satisfaction au travail des agents de santé (124).

Diriger le changement. Le Conseil international des Infirmières (CII) a conçu un programme qui prépare les infirmières à exercer des fonctions de direction et de gestion dans un contexte sanitaire en perpétuelle évolution. La méthodologie et les objectifs stratégiques du programme sont conçus pour les aider à prendre une part active

à l'élaboration des politiques de santé et à la prise de décision aux niveaux des pays et des organisations, à diriger et gérer efficacement les services de soins infirmiers et de santé en général, à préparer les futures infirmières à exercer des fonctions clés de gestion et de direction, et à apporter des modifications aux programmes de formation aux soins infirmiers afin que les futures infirmières soient correctement préparées.

Grâce à ce programme, des infirmières de plus de 50 pays à revenu faible ou intermédiaire ont acquis les connaissances, les compétences et le savoir-faire nécessaires pour exercer des fonctions dirigeantes dans les systèmes de soins infirmiers et de santé en général, former des partenariats et améliorer les soins dispensés. Il ressort des évaluations que les infirmières ainsi formées assument divers rôles de direction et exercent de ce fait une plus grande influence, sont capables de former des partenariats durables et de concevoir de nouveaux modèles de soins infirmiers pour améliorer la qualité des prestations (125).

des établissements devient elle aussi plus courante, mais elle reste rare dans les pays à bas revenu.

En ce qui concerne la mise en œuvre, les changements envisagés ici ne sont pas nécessairement coûteux, mais ils ne sont pas toujours simples à réaliser. Une étude effectuée dans neuf pays d'Amérique latine sur la performance des administrateurs sanitaires de district a ainsi montré que le travail d'équipe était difficile à mettre en place dans un système de santé qui privilégie une structure hiérarchique et un mode de gestion autoritaire (128).

Stratégie 4.10 Conjuguer responsabilité et obligation de rendre des comptes

Le fait de laisser une certaine liberté aux administrateurs locaux dans l'affectation des fonds peut avoir des effets importants sur la performance du personnel et des établissements, car les responsables peuvent alors rapidement faire face aux problèmes locaux qu'ignorent les administrateurs plus haut placés (129). Les mécanismes qui rendent les agents de santé comptables de leurs actes permettent eux aussi d'améliorer la productivité et la performance (130).

Quelle que soit la façon dont sont organisés les services, les administrateurs ne peuvent les gérer correctement s'ils n'ont aucun pouvoir sur les finances et le personnel.

On fait généralement trois constats au sujet des systèmes de santé :

- La décentralisation est en cours dans de nombreux pays mais, si les administrateurs locaux se voient confier davantage de responsabilités concernant la prestation de services, on ne leur donne pas toujours l'autorité nécessaire en matière de finances et de gestion du personnel pour assumer ces nouvelles responsabilités.
- Il existe généralement peu de mécanismes effectifs pour rendre compte de l'utilisation des fonds, du recrutement du personnel ou de la qualité des prestations.
- La structure hiérarchique qui régit l'établissement des rapports est souvent floue, surtout en période de réorganisation. Cette confusion non seulement limite la responsabilisation et les possibilités de se servir de ce moyen pour améliorer la performance, mais nuit à la motivation du personnel.

Le grand public peut lui aussi responsabiliser les agents de santé en leur demandant des comptes (130). Il est à la fois facile et peu coûteux de faire largement savoir ce que les patients sont en droit d'attendre des soignants, démarche qui a donné de bons résultats en ce qui concerne les droits des patients et les tarifs applicables aux usagers dans les pays à faible revenu comme dans les pays à haut revenu (131). En Ouganda, par exemple, les districts sanitaires sont classés en fonction de leur performance et les résultats sont publiés dans la presse. Les dispositifs officiels d'examen des plaintes en cas de faute professionnelle peuvent aussi être efficaces mais ils se sont avérés difficiles à mettre en pratique dans les pays à bas revenu (132).

COMMENT AGIR SUR LES QUATRE ASPECTS DE LA PERFORMANCE DU PERSONNEL ?

Les quatre aspects souhaitables de la performance du personnel de santé ont été définis au début de ce chapitre : disponibilité, compétence, réactivité et productivité. Le Tableau 4.5 donne un aperçu des moyens qui, d'après les données dont on dispose et qui malheureusement ne sont pas toujours des plus rigoureuses, ont les plus grands effets sur chacun de ces éléments. Les résultats dépendent bien évidemment du contexte local.

Disponibilité

Les moyens d'action qui semblent les mieux à même d'accroître la disponibilité du personnel existant sont ceux qui ont trait aux salaires et aux mécanismes de rémunération, qui visent à fournir le matériel nécessaire pour faire le travail requis et à laisser une certaine indépendance au personnel de santé, qu'il s'agisse, pour les administrateurs,

Tableau 4.5 Aide à l'étude des effets possibles de différents moyens d'action sur la performance du personnel de santé

	Moyens d'action	Aspects de la performance du personnel de santé			
		Disponibilité	Compétence	Réactivité	Productivité
1	Descriptions de poste	+	+	+	+
2	Normes et codes de bonne conduite	++	+	++	+ / ++
3	Compétences adaptées aux tâches	+	+	+	+++
4	Encadrement attentif	+	+++	++	++
5(a)	Montant des salaires	+++	+	+	++
5(b)	Mécanismes de rémunération	++ / --	+ / -	+ / -	+++ / ----
6	Information et communication	0	++	+	++
7	Infrastructures et fournitures	++	0	+	++
8	Apprentissage permanent	+	+++	+	+
9	Travail et gestion d'équipe	+	+	++	+++
10	Responsabilité et obligation de rendre des comptes	++	+	++	+++

Légende :

0 = effet nul

+ = effet positif léger ; ++ = effet positif marqué ; +++ = effet positif très marqué.

- = effet négatif léger ; -- = effet négatif marqué ; ---- = effet négatif très marqué.

Mécanismes de rémunération : les effets dépendent du mécanisme utilisé.

de gérer et de déployer les effectifs ou, pour les prestataires de soins, de prendre des décisions cliniques. Les descriptions de poste et les codes de bonne conduite peuvent être utiles également, parce qu'ils clarifient les choses et développent une conscience professionnelle qui semble souvent aider les agents de santé travaillant dans des conditions difficiles.

Compétence

Les moyens d'action qui semblent avoir la plus grande influence sur la compétence du personnel de santé (connaissances techniques, savoir-faire et comportement) sont, en association, l'encadrement, l'audit suivi d'une rétroinformation, et l'apprentissage permanent. Il importe de noter cependant que la façon dont ces moyens sont employés est cruciale. Les inspections stériles qui cherchent à prendre le personnel en défaut n'ont aucun effet, alors qu'un encadrement attentif (couplé à l'audit et à la rétroinformation) a toujours des effets bénéfiques prononcés ou modérés. Une approche institutionnelle qui encourage et facilite l'apprentissage permanent parvient mieux à faire évoluer les pratiques que des cours de formation ponctuels dispensés en dehors du cadre de travail.

Réactivité

La réactivité repose sur le principe que tous les patients sans distinction doivent être bien traités, que leur état de santé s'améliore ou non. Comme pour les autres aspects de la performance, aucun moyen d'action ne suffit à lui seul, mais ceux qui semblent avoir

les effets les plus importants sont les normes et codes de bonne conduite, l'encadrement et les équipements de base, par exemple ceux qui garantissent la confidentialité des consultations. Les mesures axées sur l'équipe qui valorisent les agents de santé et leur permettent d'innover peuvent également accroître la réactivité.

Productivité

Nombre de moyens d'action peuvent augmenter la productivité, mais trois se détachent nettement. Les stratégies qui visent un meilleur équilibre des compétences pourraient déboucher sur d'énormes gains de productivité. L'ajustement des modalités de rémunération des agents de santé, un meilleur travail d'équipe et la responsabilité associée à l'obligation de rendre des comptes pourraient aussi avoir des effets très bénéfiques.

Tableau 4.6 Performance du personnel de santé : évaluation provisoire de la mise en œuvre et des effets des moyens d'action

Moyens d'action	Mise en œuvre et effets				
	Base de connaissances	Facilité de la mise en œuvre	Coût relatif	Effet potentiel	Délai d'impact ¹
	1 = théorie 2 = données empiriques, exemples 3 = petit nombre d'études sérieuses 4 = éléments solides	1 = facile 2 = de difficulté moyenne 3 = difficile	1 = faible 2 = faible 3 = élevé	1 = léger 2 = modéré 3 = important	1 = court terme 2 = moyen terme 3 = long terme
Moyens d'action intéressant le travail					
Descriptions de poste	2	1	1	2	1
Normes et codes de bonne conduite	2	2	1	2	2,3
Compétences adaptées aux tâches	1	1,2,3*	1,2	3	1
Encadrement attentif	3	2	1,2	2,3	1
Systèmes fondamentaux de soutien					
Rémunération (montant des salaires)	2	2,3	3	2	1
Rémunération (mécanismes de rémunération)	3	2,3*	2	3	2
Information et communication	2	2	2	2	1,2,3*
Infrastructures et fournitures	2	2	2,3*	3	1
Milieu de travail favorable					
Apprentissage permanent	3	1	1	2	1
Gestion d'équipe	3	1,2,3*	1	2	1
Responsabilité et obligation de rendre des comptes	3	1,2,3*	2	3	1

¹Après mise en œuvre.

*Dépend de la cause du problème et des mesures particulières appliquées.

CONCLUSION

Nous avons exposé dans ce chapitre les différents moyens d'influer sur la performance du personnel. Le Tableau 4.6 indique brièvement ce que l'on sait sur la mise en œuvre des mesures proposées ici. L'optique et les objectifs des individus ne concordent jamais avec ceux des organisations auxquelles ils appartiennent. Les organisations se doivent d'être performantes et d'employer leur personnel de la façon la plus avantageuse possible tout en permettant aux individus de s'épanouir. Il faut en permanence concilier ces tendances contraires. De plus, tout changement peut être délicat, pour plusieurs raisons. Des changements peuvent être nécessaires à plusieurs niveaux. On est parfois amené à changer les cadres juridiques et réglementaires, entreprise qui peut se révéler lente et complexe. Le changement nécessite souvent des ressources supplémentaires, mais le plus important est peut-être d'obtenir l'adhésion des acteurs locaux, car ils peuvent faciliter ou tout aussi bien bloquer une réforme négociée avec le plus grand soin au niveau central (78). Aussi difficiles qu'elles soient, les stratégies de recrutement et de fidélisation n'auront qu'un effet limité si elles ne s'accompagnent pas de changements qui améliorent la performance du personnel de santé existant. La fidélisation fait l'objet du prochain chapitre.

REFERENCES

1. Prasad A, Tandon A, Sousa A, Ebener S, Evans DB. *Measuring the efficiency of human resources for health in attaining health outcomes across provinces in Viet Nam* (document de base pour le *Rapport sur la santé dans le monde 2006* ; disponible sur l'Internet à l'adresse suivante : <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).
2. Viet Nam census 1999. In: *Rapport mondial sur le développement humain 2001*. Paris, Bruxelles, De Boeck Université pour le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), 2001.
3. Hall TL, Mejia A. *La planification des personnels de santé : principes, méthodes, problèmes*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1979.
4. Pantoja A. *What is productivity and how can we measure it?* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (document de travail).
5. Kurowski C, Wyss K, Abdulla S, Yémadji N, Mills A. *Human resources for health: requirements and availability in the context of scaling-up priority interventions in low-income countries. Case studies from Tanzania and Chad*. Londres, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2003 (working paper 01/04).
6. Figueroa-Munoz J, Palmer K, Dal Poz MR, Blanc L, Bergström K, Raviglione M. The health workforce crisis in TB control: a report from high-burden countries. *Human Resources for Health*, 2005, 3:2 (<http://www.human-resources-health.com/content/3/1/2>, consulté le 17 février 2006).
7. Gupta N, Diallo K, Zurn P, Dal Poz MR. Assessing human resources for health: what can be learned from labour force surveys? *Human Resources for Health*, 2003, 1:5.
8. Violato C, Lockyer J, Fidler H. Multisource feedback: a method of assessing surgical practice. *BMJ*, 2003, 326:546–548.
9. Groveman HD, Ganiats TG, Klauber MR, Holden MG. Computer-assisted assessment of family physicians' knowledge about cancer screening guidelines [Health Care Delivery]. *The Western Journal of Medicine*, 1985, 143:541–544.
10. Données préliminaires de l'Enquête sur la santé dans le monde (<http://www.who.int/healthinfo/survey/whscurrent/en/index.html>), 2002.
11. Adam T, Amorim DG, Edwards SJ, Amaral JA, Evans DB. Capacity constraints to the adoption of new interventions: consultation time and the Integrated Management of Childhood Illness in Brazil. *Health Policy and Planning*, 2005, 20 (Suppl. 1): i49–i57.
12. Lurie N, Slater J, McGovern P, Ekstrum J, Quam L, and Margolis, K. Preventive services for women: does the sex of the physician matter? *New England Journal of Medicine*, 1993, 329:478–482.
13. Comstock LM, Hooper EM, Goodwin JM, Goodwin JS. Physician behaviors that correlate with patient satisfaction. *Journal of Medical Education*, 1982, 57:105–112.

14. Lieberman PB, Sledge WH, Matthews DA. Effect of patient gender on evaluation of intern performance. *Archives of Internal Medicine*, 1989, 149:1825–1829.
15. *Health workforce challenges: lessons from country experiences*. Abuja (Nigéria), Forum de haut niveau sur les objectifs du Millénaire pour le développement en matière de santé, 2004 (<http://www.hlfhealthmdgs.org/Documents/HealthWorkforceChallenges-Final.pdf>, consulté le 17 février 2006).
16. Hornby P, Forte P. *Human resource indicators to monitor health service performance*. Keele (Royaume-Uni), Keele University, Centre for Health Planning and Management, 2002.
17. Bennett S, Franco LM. *Public sector health worker motivation and health sector reform: a conceptual framework*. Bethesda, Maryland (Etats-Unis d'Amérique), Abt Associates Inc. for Partnerships for Health Reform Project, 1999 (Major Applied Research 5, Technical Paper 1).
18. Buchan J. *Increasing the productivity of an existing 'stock' of health workers*. Etude non publiée pour le Département du développement international du Royaume-Uni, 2005.
19. Ferlie EB, Shortell SM. Improving the quality of health care. *The Milbank Quarterly*, 2001, 79:281–315.
20. Dieleman M, Cuong PV, Anh LV, Martineau T. Identifying factors for job motivation of rural health workers in North Viet Nam. *Human Resources for Health*, 2003,1:10.
21. Rowe AK, de Savigny D, Lanata CF, Victora CG. How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings? *Lancet*, 2005, 366:1026–1035.
22. Mathauer I, Imhoff I. Staff motivation in Africa: The role of non-financial incentives and quality management tools. Eschborn (République fédérale d'Allemagne), German Agency for Technical Cooperation (GTZ), 2005 (projet).
23. Franco LM, Bennett S, Kanfer, R. Health sector reform and public sector health worker motivation: A conceptual framework, 2002, *Social Science and Medicine*, 54,1255–1266.
24. Dolea C, Zurn P. Mission to evaluate the project of Clinical Professional Development and Management System (CPDMS) for nurses and midwives in hospitals and health centers in Indonesia. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.
25. Ferrinho P, Omar MC, De Jesus Fernández M, Blaise P, Bugalho AM, Van Lerberghe W. Pifering for survival: how health workers use access to drugs as a coping strategy. *Human Resources for Health*, 2004, 2:4.
26. *Global health partnerships: assessing country consequences*. Fondation Bill et Melinda Gates, McKinsey & Company, 2005.
27. Omaswa F. Organisation mondiale de la Santé, communication personnelle.
28. Briley T, Hutson T. *Who will care for you? Washington hospitals face a personnel crisis*. Seattle, Washington (Etats-Unis d'Amérique), Washington State Hospital Association, 2002.
29. Doviolo D, Sagø K, Ntow S, Wellington E. Ghana case study: staff performance management. In: *Reforming health systems*. 1998 (rapport de recherche disponible sur l'Internet à l'adresse suivante : <http://www.liv.ac.uk/lstm/research/documents/ghana.pdf>, consulté le 17 février 2006).
30. Blumenthal D. Doctors in a wired world: can professionalism survive connectivity? *The Milbank Quarterly*, 2002, 80:525–546.
31. Miettinen OS. Ideas and ideals in medicine: fruits of reason or props of power? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 1999, 5:107–116.
32. Wibulpolprasert S, Pengpaibon P. Integrated strategies to tackle inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience. *Human Resources for Health*, 2003, 1:12.
33. Peduzzi M, Anselmi ML. Os pressupostos, o desenho e os resultados da pesquisa de Avaliação do impacto do PROFAE na qualidade dos serviços de saúde. In: Lima de Castro J. *PROFAE – Educação profissional em saúde e cidadania*. Brasília (Brésil), Ministère de la Santé, 2002:149-163.
34. Jaffré Y, Olivier de Sardan J-P. *Une médecine inhospitalière: les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris, Karthala, 2003.
35. *Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement. Appropriation, harmonisation, alignement, résultats et responsabilité mutuelle*. Paris, Forum à haut niveau, 2005:1–13.
36. *Best practice principles for global health partnership activities at country level*. Paris, Forum à haut niveau, 2005 (Working group on global health partnerships: Report:1–28).
37. Buchan J, Hinton L. Skill mix and new roles in health: what does the evidence base tell us? Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005 (document de base pour le *Rapport sur la santé dans le monde 2006*; disponible sur l'Internet à l'adresse suivante : <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).

38. Egger D, Travis P, Dovlo D, Hawken L. *Strengthening management in low-income countries*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005 (WHO/EIP/health systems/2005.1).
39. *Private sector participation in health*. Londres, Institute for Health Sector Development, 2004.
40. Langenbrunner JC, Orosz E, Kutzin J, Wiley MM. Purchasing and paying providers. In: Figueras J, Robinson R, Jakubowski E. *Purchasing to improve health systems performance*. Bruxelles, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2005:236-264.
41. Macq J, Van Lerberghe W. Managing health services in developing countries: moonlighting to serve the public? In: Ferrinho P, Van Lerberghe W. *Providing health care under adverse conditions: health personnel performance and individual coping strategies*. Anvers, ITG Press, 2000 (Studies in Health Services Organisation and Policy, 16:177-186).
42. McPake B., Asimwe D, Mwesigye F, Ofumbi M, Ortenblad L, Streefland P, Turinde A. Informal economic activities of public health workers in Uganda: implications for quality and accessibility of care. *Social Science and Medicine*, 1999, 49: 849-865.
43. Ambegaokar M., Ongolo-Zogo P, Aly T, Betsi E, Fouda J, Mubudu L, McPake B. *Incitations et Sanctions: Résultats de recherche pour la conception de contrats de district*. MSP-DROS/PASS-UE/LSHTM-HPU, Yaoundé (Cameroun), 2005.
44. Afford CW. *Failing health services*. Genève, Organisation internationale du Travail, Population Services International, 2001.
45. Dräger S; Dal Poz MR; Evans D. *Health workers wages: an overview from selected countries*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006 (document de travail pour le Rapport sur la santé dans le monde 2006; disponible sur l'Internet à l'adresse suivante : <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).
46. ILO occupational wages around the world (oww) database, 1999–2002. Genève, Organisation internationale du Travail, 2005 (<http://www.nber.org/oww/>).
47. Données sur la santé fournies par les correspondants nationaux de l'OCDE. *Remuneration of doctors and nurses: progress and next steps on data collection*. Paris, Organisation de Coopération et de Développement économiques, 2005.
48. Robinson JC, Shortell SM, Rui Li, Casalino LP, Rundall T. The alignment and blending of payment incentives within physician organizations. *Health Services Research*, 2004, 39:1589–1606.
49. Zhang L, Université de Harvard, communication personnelle.
50. Zachariah R, Lange L, D'Altilia J. Financing advances on salaries of health workers in Chad: an example of a feasible strategy to sustain the Bamako Initiative. *Health Policy and Planning*, 2001, 16:332-333.
51. Ensor T, Langenbrunner J. Financing health care. In: Healy J, McKee M. *Health care in Central Asia*. Buckingham (Royaume-Uni), Open University Press, 2002.
52. Wouters, A. Alternative provider payment methods: incentives for improving health care delivery. Primer for policymakers. Bethesda, Maryland (Etats-Unis d'Amérique). PHR, Abt Associates, Inc., 1998.
53. Marsden D. The role of performance-related pay in renegotiating the "effort bargain": the case of the British public service. *Industrial and Labor Relations Review*, 2004, 57:350–370.
54. Isaac J. Performance-related pay: the importance of fairness. *Journal of Industrial Relations*, 2001, 43:111–123.
55. Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sutton M, Leese B, Giuffrida A et al. Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: a systematic review. *Journal of Health Services Research and Policy*, 2001, 6: 44–55.
56. Beaulieu, D and Horrigan DR. Putting smart money to work for quality improvement. *Health Services Research*, 2005, 40: 1318–1334.
57. Rosenthal M, Frank R, Li Z, Epstein AM. Early experience with pay-for-performance. *Journal of the American Medical Association*, 2005, 294:1788–1793.
58. Arrowsmith J, French S, Gilman M, Richardson R. Performance-related pay in health care. Review Article. *Journal of Health Services and Research Policy*, 2001, 6:114–119.
59. Zurn P, Dal Poz MR, Stilwell B, Adams O. Imbalance in the health workforce. *Human Resources for Health*, 2004, 2:13.
60. *Workshop on attracting and retaining health workers in east, central and southern Africa*. Johannesburg (Afrique du sud), Commonwealth Secretariat and South Africa Department of Health, 2003.

61. Rosenthal MB, Fernandopulle R, Song HR, Landon B. Paying for quality: providers' incentives for quality improvement. *Health Affairs*, 2004, 23:127-141.
62. Dudley RA. Pay for performance research: what clinicians and policy makers need to know. *JAMA*, 2005, 294:1821-1823.
63. Buchan J, Dovlo D. *International recruitment of health workers to the UK: a report for DFID*. 2004 (http://www.dfidhealthrc.org/Shared/publications/reports/int_rec/int-rec-main.pdf).
64. Nitayiramong S, Srivanichankorn S, Pongsupap Y. Strategies to respond to manpower needs in rural Thailand. In: Ferrinho P, Van Lerberghe W. *Providing health care under adverse conditions: health personnel performance and individual coping strategies*. Anvers, ITG Press, 2000 (Studies in Health Services Organization and Policy, 16:55-72).
65. Desplats D, Koné Y, Razakarison C. Pour une médecine générale communautaire en première ligne. *Médecine Tropicale*, 2004, 64:539-544.
66. Buchan J, Ball J, Rafferty AM. *A lasting attraction? The "magnet" accreditation of Rochdale Infirmary*. Rapport établi à la demande du Département de la Santé, 2003.
67. Gaal P, McKee M. Fee for service or donation? Hungarian perspectives on informal payment for health care. *Social Science and Medicine*, 2005, 60:1445-1457.
68. De Savigny D, Kasale H, Mbuya C, Reid G. Fixing health systems. Ottawa, Centre de Recherches pour le Développement international, 2004.
69. Brimberry R. Vaccination of high-risk patients for influenza: a comparison of telephone and mail reminder methods. *Journal of Family Practice*, 1988, 26:397-400.
70. Davis NA, Nash E, Bailey C, Lewis MJ, Rimer BK, Koplan JP. Evaluation of three methods for improved mammography rates in a managed care plan. *American Journal of Preventive Medicine*, 1997, 13:298-302.
71. Friedman RH, Kazis LE, Jette A, Smith MB, Stollerman J, Torgerson J et al. A telecommunications system for monitoring and counseling patients with hypertension: impact on medication adherence and blood pressure control. *American Journal of Hypertension*, 1996, 4:285-292.
72. *Transforming health care through information technology*. Rapport de l' Information Technology and Advisory Committee du Président des Etats-Unis d'Amérique, 2001.
73. Bates DW, Kuperman GJ, Rittenberg E, Teich JM, Fiskio J, Ma'luf N et al. A randomized trial of a computer-based intervention to reduce utilization of redundant laboratory tests. *American Journal of Medicine*, 1999, 106:144-150.
74. Kuperman GJ, Teich JM, Tana sijevec MJ, Ma'luf N, Rittenberg E, Jha A et al. Improving response to critical laboratory results with automation: Results of a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 1999, 6:512-522.
75. Tanriverdi H, Iacono CS. Diffusion of telemedicine: a knowledge barrier perspective. *Telemedicine Journal*, 1999, 5:223-244.
76. Stekelenburg J, Kyanamina SS, Wolfers I. Poor performance of community health workers in Kalabo District, Zambia. *Health Policy*, 2003, 65:109-118.
77. Hopkinson B, Balabanova D, McKee M, Kutzin J. The human perspective on health-care reform: coping with diabetes in Kyrgyzstan. *International Journal of Health Planning and Management*, 2004, 19:43-61.
78. Rese A, Balabanova D, Danishevski K, McKee M, Sheaff R. Implementing general practice in Russia: getting beyond the first steps. *BMJ*, 2005, 331:204-207.
79. Bossyns P, Van Lerberghe W. The weakest link: competence and prestige as constraints to referral by isolated nurses in rural Niger. *Human Resources for Health*, 2004, 2:1 (<http://www.human-resources-health.com/content/2.1.1>).
80. *Survey of public health facilities using WHO Operational Package for Monitoring and Assessing Country Pharmaceutical Situations, 2001-2003*. Enquête menée par les ministères de la santé, les universités et les organisations non gouvernementales avec le soutien du Département OMS de la Coopération technique pour les médicaments essentiels et la médecine traditionnelle.
81. Kelly PM. Local problems, local solutions: improving tuberculosis control at district level in Malawi [A problèmes locaux, solutions locales : l'amélioration de la lutte contre la tuberculose au niveau du district au Malawi]. *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, 79:111-117 (résumé en français).
82. *Developing through partnership - Continuous professional development portfolio for healthcare managers*. Londres, Institute of Healthcare Management, 2004.
83. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA*, 1995, 274:700-705.

84. Davis D, O'Brien MA, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? *JAMA*, 1999, 282:867–874.
85. Hadiyono JE, Suryawati S, Danu SS, Sunartono, Santoso B. Interactional group discussion: results of a controlled trial using a behavioral intervention to reduce the use of injections in public health facilities. *Social Science and Medicine*, 1996, 42:1177–1183.
86. Ratanajamit C, Chongsuvivatwong V, Geater AF. A randomized controlled educational intervention on emergency contraception among drugstore personnel in southern Thailand. *Journal of American Medical Womens Associations*, 2002, 57:196–199, 207.
87. Herbert CP, Wright JM, Maclure M, Wakefield J, Dormuth C, Brett-MacLean P et al. Better Prescribing Project: a randomized controlled trial of the impact of case-based educational modules and personal prescribing feedback on prescribing for hypertension in primary care. *Family Practice*, 2004, 21:575–581.
88. Garcia P, Hughes J, Carcamo C, Holmes KK. Training pharmacy workers in recognition, management, and prevention of STDs: district-randomized controlled trial [Formation du personnel des pharmacies à la reconnaissance, la prise en charge et la prévention des MST : essai contrôlé randomisé dans les districts]. *Bulletin of the World Health Organization*, 2003, 81:806-814 (résumé en français).
89. Gormley GJ, Steele WK, Stevenson M, McKane R, Ryans I, Cairns AP et al. A randomised study of two training programmes for general practitioners in the techniques of shoulder injection. *Annals of Rheumatic Diseases*, 2003, 62:1006–1009.
90. Roberts I, Allsop P, Dickinson M, Curry P, Eastwick-Field P, Eyre G. Airway management training using the laryngeal mask airway: a comparison of two different training programmes. *Resuscitation*, 1997, 33:211–214.
91. Clark NM, Gong M, Schork MA, Evans D, Roloff D, Hurwitz M et al. Impact of education for physicians on patient outcomes. *Pediatrics*, 1998, 101:831–836.
92. Kaner EF, Lock CA, McAvoy BR, Heather N, Gilvarry E. A RCT of three training and support strategies to encourage implementation of screening and brief alcohol intervention by general practitioners. *British Journal of General Practitioners*, 1999, 49:699–703.
93. Figueiras A, Sastre I, Tato F, Rodriguez C, Lado E, Caamano F et al. One-to-one versus group sessions to improve prescription in primary care: a pragmatic randomized controlled trial. *Medical Care*, 2001, 39:158–167.
94. Stewart M, Marshall JN, Ostbye T, Feightner JW, Brown JB, Harris S et al. Effectiveness of case-based on-line learning of evidence-based practice guidelines. *Family Medicine*, 2005, 37:131–138.
95. Abdolrasulnia M, Collins BC, Casebeer L, Wall T, Spettell C, Ray MN et al. Using email reminders to engage physicians in an Internet-based CME intervention. *BMC Medical Education*, 2004, 4:17.
96. Harris JM Jr, Kutob RM, Surprenant ZJ, Maiuro RD, Delate TA. Can Internet-based education improve physician confidence in dealing with domestic violence? *Family Medicine*, 2002, 34:287–292.
97. Van Boxell P, Anderson K, Regnard C. The effectiveness of palliative care education delivered by videoconferencing compared with face-to-face delivery. *Palliative Medicine*, 2003, 17:344–358.
98. Flores R, Robles J, Burkhalter BR. Distance education with tutoring improves diarrhea case management in Guatemala. *International Journal of Quality in Health Care*, 2002, 14(Suppl. 1):47–56.
99. Hunskaar S, Hannestad YS, Backe B, Matheson I. Direct mailing of consensus recommendations did not alter GPs' knowledge and prescription of oestrogen in the menopause. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 1996, 14:203–208.
100. Butzlaff M, Vollmar HC, Flier B, Konecny N, Isfort J, Lange S. Learning with computerized guidelines in general practice?: A randomized controlled trial. *Family Practice*, 2004, 21:183–188.
101. Watson MC, Bond CM, Grimshaw JM, Mollison J, Ludbrook A, Walker AE. Educational strategies to promote evidence-based community pharmacy practice: a cluster randomized controlled trial (RCT). *Family Practice*, 2002, 19:529–536.
102. Kim CS, Kristopaitis RJ, Stone E, Pelter M, Sandhu M, Weingarten SR. Physician education and report cards: do they make the grade? Results from a randomized controlled trial. *American Journal of Medicine*, 1999, 107:556–560.
103. Hall L, Eccles M, Barton R, Steen N, Campbell M. Is untargeted outreach visiting in primary care effective? A pragmatic randomized controlled trial. *Journal of Public Health Medicine*, 2001, 23:109–113.

104. Watson M, Gunnell D, Peters T, Brookes S, Sharp D. Guidelines and educational outreach visits from community pharmacists to improve prescribing in general practice: a randomised controlled trial. *Health Services Research and Policy*, 2001, 6:207–213.
105. Veninga CC, Lagerlov P, Wahlstrom R, Muskova M, Denig P, Berkhof J et al. Evaluating an educational intervention to improve the treatment of asthma in four European countries. Drug Education Project Group. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 1999, 160:1254–1262.
106. Onion CW, Bartzokas CA. Changing attitudes to infection management in primary care: a controlled trial of active versus passive guideline implementation strategies. *Family Practice*, 1998, 15:99–104.
107. Trap B, Todd CH, Moore H, Laing R. The impact of supervision on stock management and adherence to treatment guidelines: a randomized controlled trial. *Health Policy and Planning*, 2001, 16:273–280.
108. Howie JG, Hopton JL, Heaney DJ, Porter AM. Attitudes to medical care, the organization of work and stress among general practitioners. *British Journal of General Practice*, 1992, 42:181–195.
109. Borrill CS, Carletta J, Carter AJ, Dawson JF, Garrod S, Rees A, et al. *The effectiveness of healthcare teams in the National Health Service*. Rapport final présenté au Département de la Santé, 2000.
110. Kekki P. *Teamwork in primary health care*. Copenhague, Bureau régional OMS de l'Europe, 1990 (document EUR/ICP/HMD 159).
111. Ham C, Kipping R, McLeod H. Redesigning work processes in health care: lessons from the National Health Service. *The Milbank Quarterly*, 2003, 81:415–439.
112. Egger D, Ollier L. *Strengthening Management in Uganda: What can be learned?* Rapport d'une étude de cas. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005 (WHO/SPO/OMH).
113. Jakab M, Kutzin J, Chakraborty S, O'Dougherty S, Temirov A, Manjieva E. *Evaluating the Manas Health Sector Reform (1996-2005): Focus on Health Financing*. Policy research paper 31, MANAS Health Policy Analysis Project. Bishkek (Kirghizistan), 2005.
114. Buchan J. Health sector reform and the regulation and management of health professionals: a case study from Chile 2000. *Human Resources Development Journal*, 2000, 4:64–72 (<http://www.who.int/hrh/hrdj/en>).
115. Buchan J. What difference does ("good") HRM make? *Human Resources for Health*, 2004, 2:6 (<http://www.human-resources-health.com>).
116. Zaleznik A. Managers and leaders. Are they different? *Harvard Business Review*, 1977, 82:74–81.
117. Stordeur S, D'hoore W, Vandenberghe C. Leadership, organizational stress and emotional exhaustion among nursing hospital staff. *Journal of Advanced Nursing*, 2001, 35:533–542.
118. Larrabee JH, Janney MA, Ostrow CL, Withrow ML, Hobbs GR Jr, Burani CB. Predicting registered nurse job satisfaction and intent to leave. *Journal of Nursing Administration*, 2003, 33:271–283.

119. Hasselhorn H-M, Tackenberg P, Müller BH. *Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe. NEXT – nurses early exit study, 2003.* Stockholm, National Institute for Working Life, 2004.
120. Moynihan DP, Pandey SK. Testing how management matters in an era of government by performance management. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 2005, 15:421–439.
121. Boyne GA, Walker RM. Introducing the “determinants of performance in public organizations symposium”. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 2005, 15:483–488.
122. Boyle DK, Bott MJ, Hansen HE, Woods CQ, Taunton RL. Managers' leadership and critical care nurses' intent to stay. *American Journal of Critical Care*, 1999, 8:361–371.
123. Mathauer I, Imhoff I, *The impact of non-financial incentives and quality management tools on staff motivation. A case study from Benin and Kenya.* Eschborn, German Technical Cooperation (GTZ), 2004.
124. Blaauw D, Penn-Kekana L. Socio-Economic Inequalities and Maternal Health in South Africa. Exposé présenté à la 22^e Conference on Priorities in Perinatal Care in South Africa, 2003.
125. Outlon J. Conseil international des Infirmières, communication personnelle.
126. Shaw C. Managing the performance of health professionals. In: Dubois C-A, McKee M, Nolte E. *Human resources for health in Europe.* Bruxelles, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2005: 98-115.
127. Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, Thomson O'Brien MA, Oxman AD. *Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes.* The Cochrane Database of Systematic Reviews 2003. Issue 3. Art. No.: CD000259. DOI:10.1002/14651858.CD000259.
128. Diaz-Monsalve SJ. Measuring the job performance of district health managers in Latin America. *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*, 2003, 97:299–311.
129. De Savigny D, Kasale H, Mbuya C, Reid G. Fixing health systems. Ottawa, Centre de recherches pour le développement international, 2004.
130. George A. *Accountability in health services. Transforming relationships and contexts.* Cambridge, Massachusetts (Etats-Unis d'Amérique), Harvard Center for Population and Development Studies, 2002 (Working Paper Series, Vol 13, No. 1).
131. Averill R. Public dissemination of provider performance comparisons in the United States. *Hospital Quarterly*, 1998, 1:39-41.
132. Bhat R. Regulating the private health care sector: the case of the Indian Consumer Protection Act. *Health Policy and Planning*, 1996, 11:265–279.



gérer l'usure

chapitre cinq

des effectifs

dans ce chapitre

98	Fluctuations des migrations
106	Risques professionnels des agents de santé
108	Changement d'activité ou de situation professionnelles
111	Retraite
113	Conclusion

Chaque année, un nombre important d'agents de santé quittent le service soit temporairement, soit à titre permanent. Si ces départs ne sont pas remplacés, il peut s'ensuivre une pénurie susceptible de compromettre la prestation des services de santé et leur qualité

(1, 2). On a vu dans le chapitre 3 quelles sont les filières empruntées par les nouveaux agents pour entrer dans la vie professionnelle active ; le présent chapitre examine l'autre extrémité du spectre – à savoir les différentes manières de quitter le service. Dans ce chapitre sont également proposées un certain nombre de méthodes pour gérer ces départs, selon qu'on est en sous-effectif ou en sureffectif, afin de faire en sorte que le personnel continue d'exercer ses fonctions du mieux possible. Enfin, après un examen et une analyse des facteurs qui influent sur l'usure des effectifs, un certain nombre de stratégies sont proposées pour les maîtriser.

Les principales raisons pour lesquelles les agents de santé quittent le service sont illustrées par la Figure 5.1 : les migrations, le risque de violences, la maladie ou la mort, le changement d'activité ou de situation professionnelles et la retraite. Ces départs peuvent être temporaires, pour cause de maladie ou de grossesse ou encore pour suivre des cours de perfectionnement, par exemple. Mais parfois aussi, les absences sont définitives, pour cause de décès ou par suite d'un changement d'activité professionnelle. Dans certains cas, un agent de santé émigre d'un pays à un autre, quittant ainsi de façon définitive le service auquel il appartenait pour en rejoindre un autre. Il peut également y avoir des absences partielles lorsque des agents employés à temps complet optent pour un emploi à temps partiel : les changements qui se produisent dans l'effectif respectif des agents employés à temps complet et à temps partiel peuvent modifier l'équilibre du personnel sanitaire.

Au cours des dernières décennies, la durée de la vie active des agents de santé s'est modifiée en raison de l'évolution de leurs conditions d'emploi,

de l'augmentation du taux de morbidité et de mortalité (qui, en Afrique, est principalement attribuable au VIH/SIDA et à la tuberculose), de l'accroissement de l'émigration et du vieillissement (surtout dans les pays à revenu élevé). Tous ces facteurs font que l'on a de sérieuses difficultés à maintenir en service un personnel sanitaire efficace et suffisamment nombreux.

Le taux de rotation élevé que connaît le personnel sanitaire peut conduire à l'augmentation du coût des prestations. Il représente également une menace pour la qualité des soins, car il peut entraîner des perturbations au niveau de l'organisation, réduire l'efficacité des équipes et causer des pertes dans les savoirs institutionnels. Selon un certain nombre d'études, les efforts déployés pour retenir le person-

Figure 5.1 Les sorties de personnel sanitaire et leurs diverses causes



nel comportent un coût non négligeable (3). D'un autre côté, la rotation du personnel est susceptible d'avoir des effets bénéfiques, car elle peut donner l'occasion de mieux adapter les qualifications des agents aux besoins du milieu de travail, faciliter l'introduction d'idées nouvelles dans des institutions établies de longue date et apporter plus de souplesse dans l'organisation (4). Dans ce contexte, il est important que les décideurs soient capables de gérer ces sorties de personnel de manière à ce que les services en soient le moins perturbés possible.

FLUCTUATIONS DES MIGRATIONS

Depuis quelques années, les inquiétudes suscitées par les flux migratoires de professionnels qualifiés originaires de pays pauvres vers les pays riches placent le problème de l'émigration des agents de santé au premier rang des préoccupations des décideurs (5). Toutefois, les statistiques relatives aux mouvements migratoires des agents de santé dans le monde sont loin d'être complètes (5-12). Pour les quelques pays qui surveillent effectivement les flux migratoires, les informations disponibles sont généralement limitées aux médecins et personnels infirmiers diplômés. Les données relatives aux déplacements des pharmaciens, des ergothérapeutes et de nombreux autres professionnels de la santé cités dans le présent rapport sont pratiquement inexistantes.

Faute de savoir combien d'agents de santé sont concernés par ces migrations, quels sont leurs pays d'origine et quel est leur lieu de destination, il est difficile de se faire

Tableau 5.1 Médecins et personnels infirmiers formés à l'étranger qui travaillent dans les pays de l'OCDE

Pays de l'OCDE	Médecins formés à l'étranger		Personnels infirmiers formés à l'étranger	
	Effectif	Pourcentage du total	Effectif	Pourcentage du total
Allemagne	17 318	6	26 284	3
Australie	11 122	21	S0	S0
Canada	13 620	23	19 061	6
Etats-Unis	213 331	27	99 456	5
Finlande	1 003	9	140	0
France	11 269	6	S0	S0
Irlande	S0	S0	8 758	14
Nouvelle-Zélande	2 832	34	10 616	21
Portugal	1 258	4	S0	S0
Royaume-Uni	69 813	33	65 000	10

S0 : sans objet.

une idée de l'ampleur du problème. Les données relatives aux pays de l'OCDE montrent que les médecins et les personnels infirmiers formés à l'étranger représentent une proportion importante du personnel de santé total de la plupart de ces pays, mais surtout dans les pays anglophones (voir Tableau 5.1).

On constate que la proportion de médecins formés en Afrique subsaharienne et qui travaillent dans les pays de l'OCDE représente près d'un quart (23 %) de l'effectif actuel des médecins présents dans les pays d'émigration, cette proportion allant de 3 % au Cameroun à 37 % en Afrique du Sud. Les infirmières et les sages-femmes formées en Afrique subsaharienne et qui exercent dans les pays de l'OCDE représentent le vingtième (5 %) du personnel sanitaire actuellement présent dans cette région, mais la fourchette est considérable puisqu'elle va de 0,1 % pour l'Ouganda à 34 % pour le Zimbabwe (voir les Tableaux 5.2 et 5.3 à la page suivante).

« La recherche d'une vie meilleure et de revenus plus substantiels sont à la base de la décision d'émigrer »

Pourquoi les agents de santé émigrent-ils ?

Les données de l'OCDE relatives aux flux migratoires dissimulent la complexité des situations et des raisons qui poussent les agents de santé à émigrer. Ces mouvements migratoires d'agents de santé existent à l'intérieur des pays, des zones rurales aux zones urbaines et, à l'intérieur des régions, des pays pauvres aux pays riches ainsi que d'un continent à l'autre. La recherche d'une vie meilleure et de revenus plus substantiels sont à la base de la décision d'émigrer. Traditionnellement, ce mouvement est alimenté par le malaise social ou un mécontentement (croissant) vis-à-vis des conditions de travail et d'existence – qui constituent les « facteurs de départ » – ainsi que par la conscience de l'existence (et le désir de trouver) de meilleurs emplois ailleurs – qui représentent les « facteurs d'attraction ». Une étude récente effectuée en Afrique subsaharienne relève que facteurs de départ et facteurs d'attraction sont aussi importants les uns que les autres (10). L'inquiétude des travailleurs devant l'absence de possibilités de promotion, la médiocrité de la gestion, la lourdeur de la charge de travail, l'absence de moyens, des services de santé en déclin, des conditions de vie peu satisfaisantes et un taux de

Figure 5.2 Les raisons d'émigrer invoquées par les agents de santé de quatre pays africains (Afrique du Sud, Cameroun, Ouganda, et Zimbabwe)

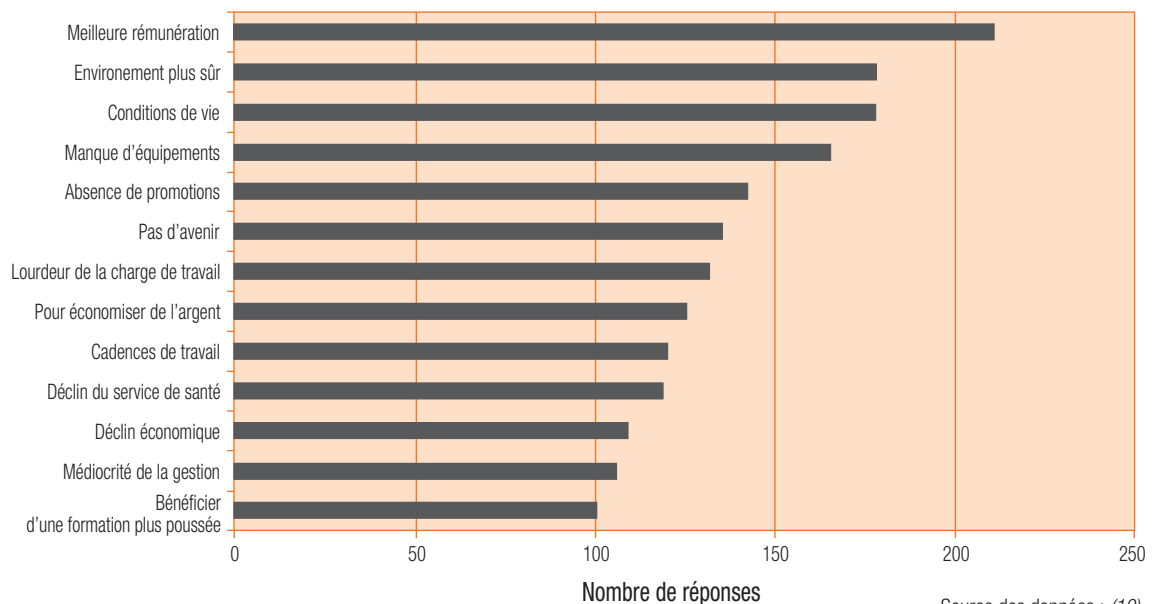


Tableau 5.2 Médecins formés en Afrique subsaharienne qui travaillent dans des pays de l'OCDE

Pays d'origine	Effectif total des médecins dans le pays d'origine	Médecins en activité dans huit pays d'accueil de l'OCDE ^a	
		Effectif	En proportion du personnel dans le pays d'origine
Afrique du Sud	32 973	12 136	37
Angola	881	168	19
Cameroun	3 124	109	3
Ethiopie	1 936	335	17
Ghana	3 240	926	29
Mozambique	514	22	4
Nigéria	34 923	4 261	12
Ouganda	1 918	316	16
République-Unie de Tanzanie	822	46	6
Zimbabwe	2 086	237	11
Total	82 417	18 556	Moyenne 23

^a Pays d'accueil : Allemagne, Australie, Canada, Etats-Unis d'Amérique, Finlande, France, Portugal, Royaume-Uni.

Source des données: (11).

Tableau 5.3 Infirmières et sages-femmes formées en Afrique subsaharienne qui travaillent dans des pays de l'OCDE

Pays d'origine	Effectif total des infirmières et des sages-femmes en activité dans le pays d'origine	Infirmières et sages-femmes en activité dans sept pays d'accueil de l'OCDE ^a	
		Effectif	En proportion du personnel en place dans le pays d'origine
Afrique du Sud	184 459	13 496	7
Angola	13 627	105	0
Botswana	7 747	572	7
Cameroun	26 032	84	0
Ethiopie	20 763	195	0
Ghana	17 322	2 267	13
Guinée-Bissau	3 203	30	0
Kenya	37 113	1 213	3
Lesotho	1 123	200	18
Malawi	11 022	453	4
Maurice	4 438	781	18
Mozambique	6 183	34	0
Namibia	6 145	54	0
Nigéria	210 306	5 375	3
Ouganda	17 472	21	0
République-Unie de Tanzanie	13 292	37	0
Swaziland	4 590	299	7
Zambie	22 010	1 198	5
Zimbabwe	9 357	3 183	34
Total	616 204	29 597	Moyenne 5

^a Pays d'accueil : Canada, Danemark, Etats-Unis d'Amérique, Finlande, Irlande, Portugal, Royaume-Uni.

Note : Données de diverses origines rassemblées par l'OMS.

violences et de criminalité élevée sont quelques-uns des facteurs de départ (voir Figure 5.2). En ce qui concerne les facteurs d'attraction, on peut citer la perspective d'une rémunération plus élevée, la possibilité de bénéficier d'une formation plus poussée et d'acquérir de l'expérience, un environnement plus sûr et un certain nombre d'éléments positifs en rapport avec la vie de famille (voir Figure 5.2). Au Zimbabwe, la proportion d'étudiants en fin d'études universitaires encouragés par leur famille à émigrer a atteint le chiffre ahurissant de 77 % (13).

Au-delà des individus et des familles, c'est l'accélération de la mondialisation dans le secteur des services au cours des deux dernières décennies qui a contribué à alimenter le flux migratoire dans le domaine sanitaire (14–18). De plus, en raison du vieillissement rapide de leur population, les pays à revenu élevé connaissent une demande insatisfaite de personnel sanitaire de plus en plus importante. Au niveau du marché mondial, cette demande suscite deux réactions importantes. La première émane des pays à revenu intermédiaire qui sont de plus en plus nombreux à former des agents de santé dans le but de les exporter à l'étranger (voir Encadré 5.1) ; la seconde est le fait d'un certain nombre d'organismes professionnels qui cherchent activement à recruter ce type d'agents sur les marchés internationaux, ce qui fait problème du point de vue déontologique (voir Encadré 5.2).

Les migrations et leurs conséquences

Ce flux migratoire d'agents de santé en direction de l'étranger a tout de même un aspect positif, à savoir que, chaque année, les migrations génèrent des milliards de dollars sous la forme de transferts de fonds, (autrement dit l'argent que les migrants envoient à leur famille restée au pays), ce qui a pour conséquence de faire reculer la pauvreté dans les pays à bas revenu (22). En outre, si les agents de santé rentrent chez eux, ils apportent à leur pays d'origine des qualifications et des compétences importantes. Néanmoins, lorsque les médecins et les infirmières sont nombreux à émigrer, cela se traduit par une absence de retour sur investissement pour les pays qui ont financé leur formation et, au final, par une sorte de « subvention perverse » involontairement concédée aux pays riches où leurs agents de santé ont émigré (23). Toutefois, ce n'est pas cette perte financière qui est la plus dommageable. Lorsqu'un pays est doté d'un système de santé fragilisé, les pertes de personnel peuvent conduire le système tout entier au bord de l'effondrement et les conséquences se mesurent alors en vies humaines perdues. En pareille circonstance, le bilan des migrations internationales ne s'exprime plus en termes d'exode ou d'apports de cerveaux : on est face à une « saignée mortelle » (24).

« Un système de santé fragilisé qui perd son personnel peut être proche de l'effondrement »

Encadré 5.1 De l'exode des cerveaux à l'apport de cerveaux – les Philippines

Selon la Commission des Philippines de l'Étranger, plus de 7,3 millions de Philippines – approximativement 8 % de la population du pays – résident à l'étranger. Ces dernières années, le Gouvernement philippin a encouragé les migrations temporaires de ses cadres et pris des mesures pour que les fonds envoyés par ces immigrés à leur famille restée au pays deviennent un outil de développement national (y compris dans le domaine des soins de santé) en encourageant les migrants à utiliser les circuits officiels pour les transferts de fonds. En 2004, la Banque centrale des Philippines a indiqué que le montant total des fonds ainsi transférés atteignait US \$8,5 milliards, soit 10 % du produit intérieur brut (PIB) du pays.

Parallèlement, les pouvoirs publics prennent des mesures pour

faire revenir les émigrants au pays après un certain temps de service à l'étranger. L'Administration philippine de l'emploi à l'étranger a été créée en 1995 pour favoriser le retour et la réintégration des émigrants. Les personnes qui rentrent au pays peuvent bénéficier de nombreux privilèges, notamment la possibilité de faire leurs achats en franchise de taxes pendant une année et d'obtenir des prêts à taux préférentiel pour investir dans des entreprises commerciales ou encore de recevoir des bourses subventionnées.

Cette expérience a eu des résultats encourageants et certains pays en développement y voient un modèle à imiter.

Source des données : (19).

Des stratégies pour gérer les migrations

Les flux migratoires de personnel sanitaire sont la conséquence d'interactions entre les travailleurs individuels, leur lieu de travail et les forces du marché, dont la complexité déjoue toute tentative d'agir sur ces flux par une intervention simple ou unique. Les sections suivantes portent sur la manière de gérer les migrations pour protéger les agents de santé et réduire le plus possible les iniquités. En agissant à trois niveaux – dans les pays d'origine, dans les pays d'accueil et à l'échelon international –, on peut atténuer les aspects négatifs des migrations.

Stratégies pour les pays d'origine

De nombreuses possibilités s'offrent aux pays d'émigration pour gérer les flux migratoires, et notamment deux stratégies principales : assurer aux agents de santé une formation adaptée à leur lieu de travail et faciliter leur retour au pays lorsqu'ils cessent de travailler à l'étranger.

Stratégie 5.1 Adapter l'information aux besoins et à la demande

Une formation centrée sur la situation locale peut contribuer à limiter l'usure des effectifs. Les enseignements tirés des efforts déployés de longue date pour améliorer

la dotation des zones rurales en personnel révèlent que la formation d'agents locaux – en langue locale et en leur apprenant des savoir-faire adaptés à la situation du lieu – contribue à endiguer les départs d'agents de santé (25, 26). Ce type de formation conduit souvent à des qualifications professionnelles qui ne sont pas reconnues au plan international, ce qui contribue encore à limiter les migrations. Le succès de cette démarche est toutefois subordonné à l'octroi d'un grand nombre d'avantages et de mesures d'accompagnement sur le lieu de travail ainsi qu'à la participation d'institutions essentielles telles que les universités et les associations professionnelles (25, 27).

Même face à la poursuite de l'émigration, le développement de la formation peut contribuer à réduire la pénurie de personnel. Pour préserver la qualité de cette formation, il faut disposer de moyens d'accréditation efficaces, en particulier si les établissements de formation connaissent un développement rapide. Dans les pays à bas revenu où les contraintes d'ordre fiscal sont importantes, un tel développement nécessiterait soit une participation financière importante du secteur privé,

soit une aide étrangère. Il est essentiel d'assurer aux diplômés de meilleures possibilités d'emploi soit dans le secteur public (si les contraintes fiscales le permettent), soit dans le secteur privé.

« Les Philippines
forment depuis des
années des infirmières
que ce pays destine à
l'exportation »

Encadré 5.2 Les agences de recrutement et les migrations

Les agences spécialisées dans le recrutement de personnel médical sont florissantes et l'on craint souvent qu'elles ne contribuent à favoriser la migration d'agents de santé originaires de pays à bas revenu. Une étude menée en 2004 a révélé que ces agences recrutent en majorité au Cameroun (10) et une analyse récente portant sur près de 400 infirmières émigrées résidant à Londres a montré que les deux tiers d'entre elles avaient été recrutées par des agences pour travailler en Grande-Bretagne (9). Le Président de la plus importante association d'infirmières de Maurice a récemment fait observer que des employeurs britanniques envoyaient des recruteurs sur place pour prendre directement contact avec les infirmières et négociaient discrètement ensuite des contrats d'embauche avec elles. On peut citer comme autre exemple ce qui se passe à Varsovie où les agences

de recrutement prolifèrent et s'efforcent d'inciter les médecins polonais à venir exercer au Royaume-Uni.

Nombreux sont ceux qui se demandent si ces officines agissent dans le respect des règles de déontologie professionnelle. Les agents de santé recrutés sous contrat par les agences de recrutement privées sont quelquefois contraints de supporter des frais inattendus, par exemple une commission de placement, qui constituent pour eux une charge financière immédiate. Des études montrent également que les agents de santé migrants commencent souvent à travailler avant même d'avoir reçu les autorisations voulues et reçoivent des salaires inférieurs à la norme pendant la période d'attente (20–21).

La formation peut également être spécialement conçue pour répondre aux besoins de l'exportation de main-d'œuvre. Dans le cadre d'une politique plus vaste visant à encourager l'émigration des travailleurs, les Philippines (voir Encadré 5.1) forment depuis des années des agents de santé, notamment des infirmières que ce pays destine à l'exportation – aux Etats-Unis, par exemple, elles représentent 76 % des infirmières diplômées d'origine étrangère (28). De même, Cuba exporte des milliers d'agents de santé dans le cadre de ses relations bilatérales avec d'autres pays. Plusieurs pays comme la Chine, l'Inde, l'Indonésie et le Viet Nam ont mis en œuvre des stratégies actives d'exportation de main-d'œuvre ou envisagent de le faire (29). Ces stratégies n'ont pas été évaluées de manière systématique, mais l'expérience montre qu'elles demandent beaucoup de ressources, nécessitent la création d'établissements de formation et la mise en place de moyens d'accréditation ; par ailleurs, elles impliquent de veiller aux répercussions qu'elles peuvent avoir sur le marché intérieur du travail.

Stratégie 5.2 Améliorer la situation locale

Comme on l'a fait remarquer au chapitre 4, les mesures visant à améliorer les conditions d'emploi des travailleurs sont de nature à faciliter l'élimination des « facteurs de départ » qui les incitent à émigrer. Il n'existe aucune évaluation systématique des effets que ces interventions peuvent produire sur le taux d'émigration, mais l'expérience montre que le salaire, les avantages financiers, la sécurité financière, une bonne gestion du service et une évolution satisfaisante des carrières sont autant d'éléments importants. Pour mieux attirer et retenir les agents de santé, des efforts sont déployés afin d'améliorer leurs conditions de vie, notamment en ce qui concerne les transports, le logement et l'éducation des membres de leur famille (30).

Lorsque le futur employeur, qu'il appartienne au secteur public ou au secteur privé, prend à sa charge le coût de la formation d'un agent de santé, ce dernier contracte avec cet employeur un engagement par lequel il accepte de travailler pour lui pendant une période de temps déterminée. Il s'agit là d'une pratique répandue mais dont l'efficacité est mal connue. Le bilan en est mitigé : cette pratique permet certes d'assurer la dotation en personnel mais elle est fortement corrélée à une faible performance de la part des agents et à un taux de rotation important (31).

Les enquêtes portant sur les travailleurs migrants montrent qu'en général ils sont très motivés à revenir travailler dans leur pays d'origine (32). Comme le montre la stratégie d'« apport de cerveaux » mise en place aux Philippines (Encadré 5.1), une gestion institutionnelle active des migrations peut améliorer la qualité de vie des migrants non seulement à l'étranger, mais également lorsqu'ils regagnent leur pays. En ce qui concerne les agents de santé migrants, le service des migrations peut également contribuer à maintenir des liens productifs avec les établissements sanitaires locaux pendant leur absence (33).

Stratégies pour les pays d'accueil

Les pays d'accueil doivent être attentifs aux droits et au bien-être des agents de santé migrants et se montrer sensibles aux conséquences négatives que l'absence de ces travailleurs peut avoir sur leur pays d'origine.

Stratégie 5.3 Veiller à traiter correctement les travailleurs migrants

Les données relatives à l'expérience vécue par les agents de santé migrants sont rares, mais elles s'accumulent et suscitent un certain nombre de préoccupations devant les déceptions qu'ils peuvent éprouver eu égard à la possibilité de transférer des fonds à leur famille restée au pays, à leur sécurité personnelle, à l'isolement ethnique et culturel dans lequel ils vivent et à leurs conditions de travail inéquitables, à quoi s'ajoute une connaissance limitée de leurs droits et de la possibilité de les faire valoir (21, 34–37). Il faut que les travailleurs migrants soient recrutés selon des modalités et dans des conditions équivalentes à celles qui sont appliquées au personnel recruté localement

et qu'ils aient également la possibilité de suivre des cours d'orientation culturelle. Il est capital de mettre en œuvre des politiques permettant de repérer les comportements racistes parmi le personnel et la clientèle et d'y porter remède (38).

Stratégie 5.4 Adopter des politiques de recrutement responsables

Les pays d'accueil ont la responsabilité de veiller à ce que ceux qui sont chargés de recruter des travailleurs dans des pays connaissant une grave pénurie de main-d'œuvre soient sensibilisés aux conséquences négatives que ce type de recrutement peut avoir. Les futurs employeurs et les agences de recrutement doivent prendre davantage en considération les investissements importants consentis par les pays d'émigration pour former leur personnel soignant ainsi que les conséquences directes de l'émigration de ce personnel. Comme on le fait dans le cadre des accords bilatéraux, des discussions et des négociations avec les ministères de la santé, les services de planification de la main-d'œuvre et les établissements de formation devraient permettre d'éviter les allégations de « débauchage » et d'autres comportements peu scrupuleux en matière de recrutement. L'élaboration d'instruments pour la mise en œuvre de pratiques normatives en matière de recrutement international est examinée ci-dessous.

Stratégie 5.5 Apporter un appui aux pays d'émigration pour le développement de leurs ressources humaines

Nombre de pays d'accueil apportent également une aide extérieure pour le développement des services de santé. Par le truchement des structures d'assistance, l'aide pourrait être plus directement ciblée sur le développement du personnel sanitaire, non seulement pour atténuer l'impact des migrations existantes, mais aussi pour surmonter les problèmes de ressources humaines qui font obstacle à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement dans le domaine de la santé (OMD) (voir chapitre 2).

Indépendamment de l'assistance destinée au renforcement du personnel sanitaire dans les pays d'émigration, il existe d'importantes possibilités de soutien extérieur direct en ressources humaines soit sous la forme d'une aide humanitaire directe après une catastrophe ou d'actions en vue d'éradiquer les maladies, soit par le truchement d'une multitude d'organisations non gouvernementales. C'est ainsi par exemple que dans le cadre de ses « brigades médicales », Cuba met à la disposition de l'Afrique du Sud 450 professionnels de la santé qui sont déployés dans les zones défavorisées du pays, 500 autres membres de ces brigades étant également à l'œuvre dans les zones rurales d'Haïti. L'Association américaine des médecins d'origine indienne, qui compte 35 000

Encadré 5.3 Accord bilatéral entre l'Afrique du Sud et le Royaume-Uni

En 2003, un accord a été signé entre l'Afrique du Sud et le Royaume-Uni dans le but de créer des partenariats portant sur les questions relatives à la formation en santé et au personnel sanitaire et pour faciliter les emplois temporaires ainsi que l'échange d'informations, de conseils et de compétences. Un mémorandum d'accord stipule dans quelles conditions les membres des professions de santé d'un des deux pays ont la possibilité de séjourner pendant une durée limitée dans l'autre pays pour y recevoir une formation ou y exercer une activité, au bénéfice de l'un et de l'autre.

Les secteurs dans lesquels il est prévu d'échanger des informations et des compétences sont les suivants :

- réglementation professionnelle ;
- santé publique et soins de santé primaires ;
- planification des ressources humaines ;
- planification stratégique ;
- partenariats entre le secteur public et le secteur privé, et notamment initiatives en matière de financement émanant du secteur privé ;
- revitalisation des hôpitaux, notamment au niveau de leur

administration générale ;

- jumelage d'établissements hospitaliers afin de partager les meilleures pratiques et de renforcer la gestion ;
- formation à la gestion dans le domaine des soins de santé.

L'accord prévoit également de faciliter l'accès mutuel des professionnels de la santé aux universités et autres établissements d'enseignement en vue d'y acquérir une formation déterminée ou d'y effectuer des visites d'étude. Il est également stipulé que ces professionnels regagneront leur pays une fois la période d'échange achevée et pourront y conserver leur poste. Ils mettront à profit leurs nouvelles compétences pour contribuer au développement du système de santé de leur propre pays. Lors de la réunion des Ministres du Commonwealth qui s'est tenue en mai 2005, le Ministre sud-africain de la Santé a indiqué que cet accord bilatéral avait permis de réguler avec succès le flux migratoire des personnels de santé.

Source des données : (41).

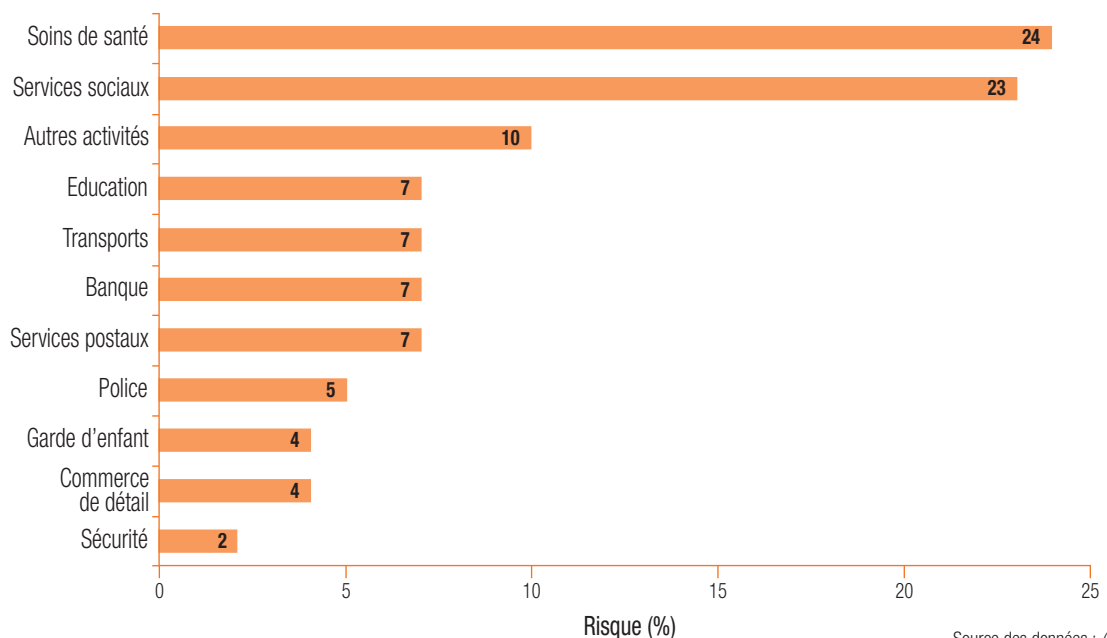
praticiens, constitue une importante source de bénévolat (39). Le jumelage d'institutions sanitaires appartenant à des pays riches et à des pays pauvres est une forme appréciée d'assistance au développement (40), qui suscite également d'importants mouvements de personnel dans les deux sens. Maintenant que les pays pauvres prennent davantage conscience de leur déficit en ressources humaines et que l'espoir de réaliser les OMD dans le domaine de la santé se fait plus vif, des politiques ambitieuses sont envisagées pour accroître ces flux de personnel (41). Des efforts plus systématiques pour s'imprégner de l'expérience collective accumulée par ce genre de programme permettraient d'en accroître les effets bénéfiques à court et à long terme, tant pour les pays d'émigration que pour les pays d'accueil.

Instruments internationaux

Sur le plan international, concilier les droits des agents de santé migrants avec le souci de préserver l'équité en maintenant un personnel sanitaire suffisant dans les pays d'émigration est une exigence qui a conduit à élaborer, au niveau international, des politiques de recrutement, des recueils de directives pratiques, des codes et des recommandations divers, fondés sur des principes déontologiques (42). Au cours des cinq dernières années, les pouvoirs publics, les associations professionnelles et les organismes internationaux ont produit environ une douzaine d'instruments de ce genre. Bien que ces instruments ne soient pas juridiquement contraignants, ils établissent un certain nombre de normes importantes concernant le comportement des principaux acteurs qui interviennent dans le recrutement des agents de santé au niveau international. Reste à savoir si ces normes auront suffisamment d'influence pour modifier ces comportements.

Le Mode 4 de l'Accord général sur le commerce des services (AGCS) de l'Organisation mondiale du Commerce (OMC) traite du mouvement des personnes physiques. On entend par là l'entrée temporaire de personnes d'un pays membre sur le territoire d'un autre pays membre de l'OMC pour y fournir un service. Jusqu'ici, cet instrument n'a pas été utilisé pour déterminer dans quelle mesure un accord commercial passé entre deux pays au sujet de prestataires de soins de santé est équitable. Comme dans le cas d'autres procédures prévues par l'AGCS, il n'est pas évident que les pays pauvres soient effectivement à même de faire valoir et de défendre leurs intérêts (43).

Figure 5.3 Activités professionnelles exposées à des actes de violence (Suède)



Source des données : (46).

« Dans beaucoup de pays, le personnel sanitaire est confronté au risque de violences, d'accidents, de maladies et de décès »

Les accords bilatéraux portant sur les prestataires de services de santé peuvent constituer un cadre formel et négocié pour la régulation des migrations. Cuba a conclu depuis longtemps avec de nombreux pays des accords bilatéraux relatifs au personnel sanitaire, mais pour beaucoup d'autres pays ce genre d'instrument est d'application plus récente (voir Encadré 5.3). Étant donné le caractère complexe des migrations – certains pays peuvent accueillir des agents de santé en provenance de nombreux autres pays tout en envoyant leurs propres agents ailleurs –, un certain nombre de questions importantes restent posées au sujet de la possibilité, pour un pays donné, de gérer une multiplicité d'accords bilatéraux. En outre, on ne voit pas très bien dans quelle mesure un accord bilatéral conclu entre deux gouvernements pourrait également porter sur les mouvements d'agents sanitaires n'appartenant pas au secteur public.

RISQUES PROFESSIONNELS DES AGENTS DE SANTE

Dans beaucoup de pays, le personnel sanitaire est confronté au risque de violences, d'accidents, de maladies et de décès et tous ces risques peuvent le pousser à quitter son lieu de travail.

Violences

Quelle que soit l'activité qu'il exerce, un travailleur peut être victime d'actes de violence, mais les statistiques montrent que les agents de santé courent un risque particulièrement élevé à cet égard (44, 45). En Suède, par exemple, c'est dans le secteur des soins de santé que le risque de subir des actes de violence est le plus élevé, comme le montre la Figure 5.3 (46).

Encadré 5.4 Des stratégies en action : exemples de gestion de l'usure des effectifs

Les exemples ci-dessous montrent comment un certain nombre de pays appliquent quelques-unes des stratégies examinées dans le corps du rapport pour fidéliser le personnel sanitaire et atténuer au maximum les conséquences de l'usure des effectifs.

Stratégie 5.6 Elaborer et mettre en œuvre des tactiques contre la violence : Royaume-Uni

La campagne contre la violence dite « campagne de tolérance zéro » a commencé en 1998 et s'est fait principalement connaître par des initiatives retentissantes. Après son lancement, une enquête menée dans 45 établissements de soins dépendant du NHS a révélé que les mesures les plus couramment mises en œuvre étaient les suivantes : surveillance télévisuelle en circuit fermé (77 %), accès contrôlé à certaines zones (73 %), gardiennage (73 %), meilleur éclairage (68 %), meilleure signalisation (68 %), amélioration de l'espace disponible et de l'aménagement (62 %) ainsi que de la décoration des lieux publics (47 %), mise à disposition de zones pour fumeurs (42 %) et de locaux privés (33 %), amélioration de la propreté (31 %), réglementation relative au bruit (28 %) et à la température (15 %). Certains de ces aménagements n'avaient pas spécialement pour but de faire reculer la violence sur le lieu de travail, mais ont été décidés dans le cadre d'une amélioration générale des établissements de soins (52).

Stratégie 5.7 Créer ou renforcer, selon le cas, un milieu de travail sûr : Swaziland et Zambie

L'Association nationale des Infirmières du Swaziland a créé un centre d'excellence pour le soutien psychologique aux malades porteurs du VIH et du bacille tuberculeux destiné aux agents de santé séropo-

sitifs et à leur famille ; en Zambie, les infirmières et autres personnels soignants bénéficient d'un programme spécial qui leur permet d'avoir accès à un traitement antirétroviral pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant (53).

Stratégie 5.9 Cibler les agents de santé en dehors du secteur sanitaire : Irlande

L'Organisation des Infirmières irlandaises a commandé une enquête sur les infirmières du pays qui n'exercent pas d'activité professionnelle afin d'évaluer les possibilités « de retour au service » et de déterminer l'efficacité probable de diverses stratégies visant à les encourager à rejoindre le personnel sanitaire en activité. Les résultats de cette enquête indiquent que les facteurs susceptibles de faire reprendre du service à ces infirmières seraient la possibilité d'obtenir un horaire de travail souple et un meilleur salaire (54).

Stratégie 5.11 Se doter de moyens et de mécanismes d'intervention pour gérer les départs en retraite : Guyana

Le Gouvernement de la Guyana a décidé de recruter des infirmières à la retraite afin de faire face à la pénurie de personnel dont souffrent les projets de réduction et de prévention du VIH/SIDA en Guyana (GHARP), ce qui permet d'éviter que des infirmières travaillant dans d'autres secteurs du système de santé ne soient mutées de leurs postes actuels à des postes dans ces projets. Les GHARP ont reçu 495 candidatures pour 61 postes. Lorsqu'elles ont été recrutées, les « nouvelles » infirmières ont reçu une formation destinée à compléter et à mettre à jour leurs connaissances (55).

Les actes de violence contre le personnel sanitaire féminin, en particulier, constituent désormais un problème non négligeable (47). Les actes de violence les plus fréquents consistent en violences physiques, agressions et brimades diverses (48). Selon certaines observations, il y aurait un lien direct entre les agressions et l'accroissement des congés maladie, des cas d'épuisement psychologique et du taux de rotation du personnel (49, 50).

Stratégie 5.6 Elaborer et mettre en œuvre des tactiques contre la violence

Dans le cadre de leur programme conjoint relatif à la violence sur le lieu de travail dans le secteur de la santé, l'Organisation internationale du Travail, le Conseil international des Infirmières, l'OMS et Public Services International ont émis des recommandations relatives à la prévention de la violence, aux soins et au soutien des victimes ainsi qu'à la gestion de la violence sur le lieu de travail (51). Les mesures destinées à prévenir les actes de violence sur le lieu de travail peuvent nécessiter des investissements importants, comme le montre la campagne de tolérance zéro menée au Royaume-Uni (voir Encadré 5.4).

Autres risques

Les risques professionnels ainsi que le stress constituent également d'importants facteurs dissuasifs à l'encontre d'une fidélisation des personnels sanitaires. Au Canada, par exemple, de tous les travailleurs, ce sont les infirmières qui présentent la proportion la plus élevée de congés maladie, ce que l'on attribue essentiellement au stress, à l'épuisement psychologique et aux lésions musculo-squelettiques provoqués par le travail (56). En l'absence de principes directeurs de base relatifs à la santé et à la sécurité au travail et sans la possibilité de les mettre en œuvre, les agents de santé restent exposés aux accidents ainsi qu'aux maladies infectieuses.

L'un des principaux risques d'infection – auxquels sont exposés non seulement les prestataires de services, mais également le personnel administratif et le personnel d'appui tel que les nettoyeurs et les éboueurs – consiste dans les blessures dont ces personnels peuvent être victimes lors de l'élimination, dans de mauvaises conditions de sécurité, des aiguilles et autres déchets biomédicaux. Chaque année, 3 millions d'agents de santé sont exposés dans le monde à une contamination percutanée par des agents pathogènes présents dans le sang : 2 millions d'entre eux sont exposés à l'hépatite B, 900 000 à l'hépatite C et 170 000 au VIH. Ces blessures entraînent respectivement 15 000, 70 000 et 1000 infections. Plus de 90 % de ces infections sont contractées dans des pays en développement (57).

Stratégie 5.7 Créer ou renforcer, selon le cas, un milieu de travail sûr

Les infections dues à une exposition accidentelle à du sang sont généralement évitables pour peu que les agents de santé utilisent des dispositifs de protection appropriés tels que gants ou lunettes spéciales, que les liquides organiques répandus soient rapidement nettoyés et que les déchets biomédicaux soient éliminés correctement. L'OMS recommande également la vaccination systématique contre l'hépatite B ainsi que la prise en charge immédiate de tous les cas d'exposition à du sang ou à des liquides organiques (57).

Maladies et décès consécutifs au VIH/SIDA

Dans les zones où le taux de morbidité imputable au VIH/SIDA est élevé, on constate une usure alarmante des effectifs du personnel sanitaire par suite de maladies et de décès. En Zambie, le taux de décès chez les infirmières de deux hôpitaux est passé de 2 pour 1000 en 1980 à 26,7 pour 1000 en 1991. Selon les estimations, le Botswana a perdu

« Chaque année, 3 millions d'agents de santé dans le monde sont exposés au VIH et au virus de l'hépatite véhiculés par le sang »

17 % de son personnel sanitaire par suite du SIDA entre 1999 et 2005. Si les agents de santé contaminés par le VIH ne sont pas traités, la proportion de ceux qui décéderont par suite du SIDA pourrait atteindre 40 % en 2010 (58, 59). Au Lesotho et au Malawi, les décès sont la cause principale de l'usure des effectifs (60, 61). Chez le personnel en charge du VIH/SIDA, un agent de santé peut être absent jusqu'à 50 % du temps au cours de sa dernière année de vie (62).

En Afrique subsaharienne, le VIH/SIDA a fait du milieu de soins un endroit dangereux. Seuls quelques pays africains, notamment le Swaziland et la Zambie, ont mis en place des programmes destinés à conseiller, à soutenir et à traiter les agents de santé exposés au VIH (voir Encadré 5.4). Il est impératif que ces programmes connaissent un développement rapide (63).

En 2005, l'OMS, l'Organisation internationale du Travail et un groupe d'experts (64) ont établi des directives conjointes relatives au VIH/SIDA dans les services de santé, qui contiennent des recommandations précises en matière de prévention, de formation, de dépistage, de traitement et de confidentialité (voir Encadré 5.5).

CHANGEMENT D'ACTIVITE OU DE SITUATION PROFESSIONNELLES

Les agents de santé qui quittent le marché du travail propre à leur profession ou limitent la durée de leur activité peuvent être à l'origine de pénuries de personnel.

Choix d'une semaine de travail réduite

Dans les pays de l'OCDE se manifeste actuellement une tendance à rechercher un équilibre plus satisfaisant entre activité professionnelle, loisirs et vie de famille ; le personnel sanitaire n'y fait pas exception.

Les données disponibles montrent que de nombreux médecins – en particulier de jeunes médecins, qui ont tendance à accorder davantage d'importance au temps dont ils disposent pour eux-mêmes – font moins d'heures de travail (65, 66). De plus, les travailleurs, et en particulier les femmes, recherchent de plus en plus des emplois à temps partiel (67–71).

Stratégie 5.8 Prendre en compte les besoins et les attentes des travailleurs

Proposer des emplois à temps partiel et faciliter le retour des agents qui ont pris un congé de maternité sont des mesures qui peuvent permettre d'éviter les départs et inciter ceux qui sont partis à revenir. Certains avantages comme les gardes d'enfants d'un prix abordable, des allocations familiales et des congés adaptés aux besoins de la

Encadré 5.5 Mesures pour créer un milieu de travail sûr : cas du VIH/SIDA

Les directives conjointes OIT/OMS sur les services de santé et le VIH/SIDA comportent les principes essentiels suivants : Prévention et confinement des risques de transmission : des mesures devraient être prises en vue de l'identification des dangers, de l'évaluation et de la maîtrise des risques ainsi que de la prise en charge postexposition.

Le principal mécanisme pour la mise en place de politiques et de programmes relatifs au VIH/SIDA ayant pour but de créer un milieu de travail plus sûr et plus sain devrait consister en un dialogue national permanent incluant tous les types de négociation, de consultation et de partage des informations entre les gouvernements, les employeurs et les travailleurs.

Il conviendrait de proposer une information, une éducation et une formation afin de sensibiliser le milieu de soins aux problèmes posés par le VIH/SIDA ainsi qu'aux droits et besoins des malades et

des travailleurs. Le dépistage du VIH ne devrait en aucun cas être imposé en vue d'exclure quiconque de son emploi et la relation de travail devrait être maintenue dans le cas de travailleurs vivant avec le VIH/SIDA aussi longtemps qu'ils sont déclarés médicalement aptes.

Problèmes spécifiques des femmes et des hommes : étant donné que le secteur de la santé est un gros employeur de femmes, il conviendrait d'être très attentif aux problèmes particuliers auxquels elles sont confrontées dans le milieu de soins. Des programmes devraient être mis en place et des initiatives prises en matière d'éducation et de formation pour faire en sorte qu'hommes et femmes prennent conscience des droits qui sont les leurs, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du lieu de travail.

Source des données : (64).

famille sont susceptibles d'attirer vers les carrières de la santé, en particulier vers les soins infirmiers (72, 73).

Agents de santé non employés dans leur domaine

On ne possède guère d'informations fiables au sujet du nombre d'agents qui quittent le secteur sanitaire avant l'âge de la retraite, mais il est certain que leurs motivations sont variées. Certains d'entre eux peuvent considérer que les emplois disponibles ne sont pas acceptables ou ne sont pas situés à l'endroit qui leur convient ; pour d'autres, ce sont les offres d'emploi qui manquent. La profession d'infirmière en est un exemple parlant. Aux Etats-Unis, sur quelque 500 000 infirmières qualifiées qui ne sont pas sur le marché du travail correspondant à leur profession, 36 000 sont à la recherche d'un poste d'infirmière et 136 000 exercent une activité qui ne correspond pas à leur formation en dépit du fait que le nombre estimatif de postes à pourvoir dépasse 100 000 (74). Au Kenya, il y a environ 5000 infirmières qui ne travaillent pas dans leur domaine d'activité en raison, entre autres, du plafonnement imposé au recrutement des agents de santé dans le secteur public (75). En Afrique du Sud, il y a environ 35 000 infirmières qualifiées qui sont sans activité professionnelle ou sans emploi, alors qu'il y a 32 000 postes vacants (76).

Stratégie 5.9 Cibler les agents de santé en dehors du secteur sanitaire

On possède peu de données sur l'efficacité des politiques destinées à recruter des agents en dehors du secteur de la santé mais, d'après certaines indications, ce type de recrutement pourrait faire la différence. Des recherches dans ce domaine pourraient révéler quelles conditions d'emploi seraient de nature à encourager les agents de santé à revenir aux emplois pour lesquels ils ont été formés (voir l'exemple de l'Irlande dans l'Encadré 5.4).

Absentéisme et employés fantômes

Bien que l'on possède une grande quantité de données anecdotiques au sujet de l'absentéisme parmi les agents de santé (notamment en Asie du Sud-Est), les chercheurs commencent seulement à évaluer l'ampleur du problème de manière systématique. Une étude récente au cours de laquelle des visites inopinées ont été effectuées dans des centres de santé primaires de six pays – Bangladesh, Equateur, Inde, Indonésie, Ouganda et Pérou – a révélé un taux d'absentéisme chez le personnel médical allant de 23 à 40 %, avec un taux généralement plus élevé dans les pays à bas revenu et dans les régions défavorisées de ces mêmes pays (77).

Selon une étude effectuée au Bangladesh, il apparaît, comme on peut s'y attendre, que l'éloignement et la difficulté d'accès sont étroitement liés à l'absentéisme. Les agents qui travaillent dans des centres ruraux ou urbains avec des routes et l'électricité ont beaucoup moins de chances d'être absents. Chez les médecins, le taux d'absentéisme tend à présenter une corrélation positive avec la présence de latrines incommodes, l'absence d'accès à de l'eau potable ou sous canalisation et l'impossibilité d'assurer une intimité visuelle suffisante dans les centres de soins (78).

On entend par employés fantômes des personnes qui figurent sur les états de salaire mais qui n'existent pas ou qui ne travaillent qu'à temps partiel (78). Eliminer ces employés fantômes est une tâche difficile et qui peut être coûteuse. En outre, dans certains cas, les autorités peuvent fermer les yeux sur le cumul des postes dans la mesure où cette pratique constitue pour les agents un moyen de s'assurer un revenu suffisant tout en permettant également d'attirer le personnel vers des lieux d'affectation par ailleurs peu attrayants. Cette attitude de laisser-faire vis-à-vis des employés fantômes explique peut-être pourquoi les mesures législatives prises

« Au Royaume-Uni, environ 10 000 infirmières partent chaque année à la retraite »

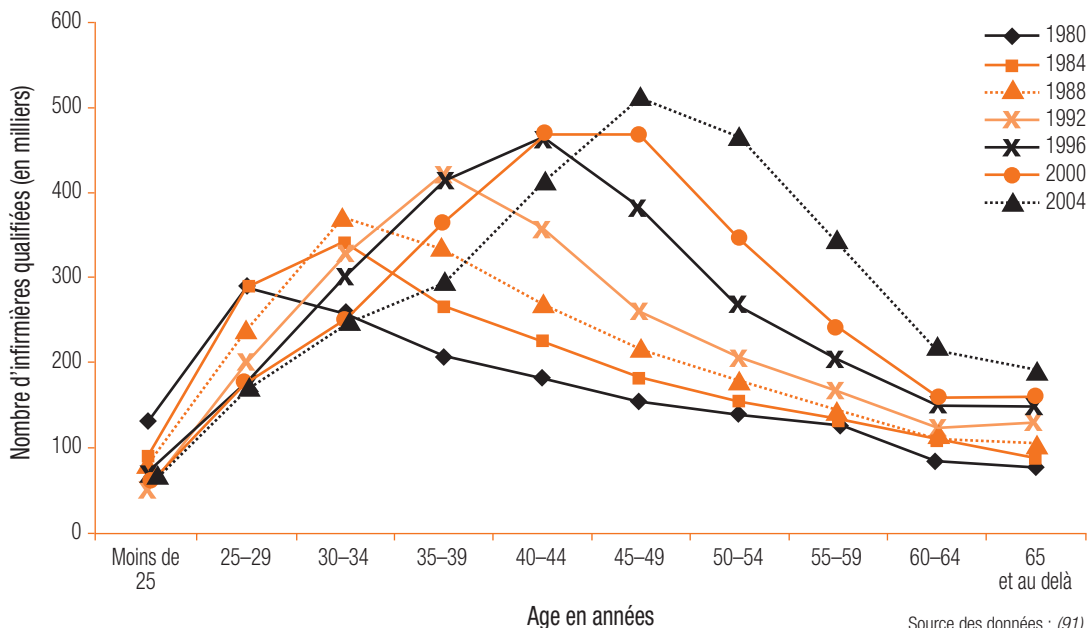
Tableau 5.4 Age légal de départ à la retraite

Région OMS	Nombre d'Etats Membres		Age de départ à la retraite (années)	
	Dans la Région	Ayant fourni des données	Moyenne pour les hommes (fourchette)	Moyenne pour les femmes (fourchette)
Afrique	46	37	58 (50–65)	57 (50–65)
Amériques	35	34	62 (55–65)	61 (55–65)
Asie du Sud-Est	11	6	55 (55–57)	55 (50–57)
Europe	52	49	64 (60–67)	61 (55–67)
Méditerranée orientale	21	15	60 (50–65)	57 (50–64)
Pacifique occidental	27	20	58 (50–65)	58 (50–65)

Sources des données: (80, 81).

en vue d'interdire le cumul des emplois se sont soldées par un échec dans beaucoup de pays. Dans certains pays, des employés qui ont quitté le secteur de santé ou qui sont décédés continuent de figurer sur le registre du personnel et c'est là une charge supplémentaire qui pèse sur le financement du personnel sanitaire. Par exemple, au Ghana, sur les 131 000 fonctionnaires qui figuraient sur les états de salaire à la fin août 1987, 1500 avaient en fait cessé leurs fonctions (79).

Figure 5.4 Le vieillissement des infirmières aux Etats-Unis d'Amérique



Source des données : (91).

Stratégie 5.10 Assurer le suivi du personnel

Des audits à intervalles réguliers, le dénombrement physique des effectifs, des questionnaires et le recoupement des différentes sources de données sont autant de mesures qui faciliteraient l'identification des employés fantômes et permettraient de réduire un nombre d'absences sans autorisation. Ces données devraient être accessibles au public et les établissements concernés devraient être habilités à prendre des mesures correctives.

RETRAITE

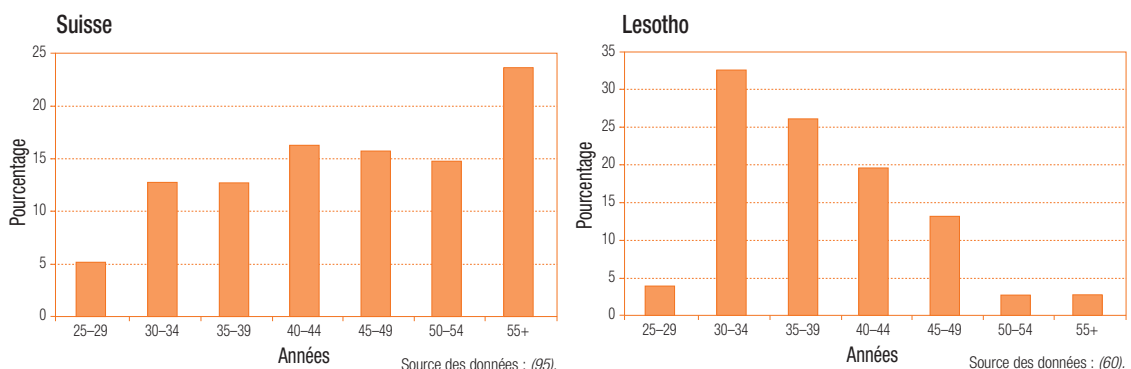
D'une Région OMS à l'autre, la variation de l'âge moyen légal de départ à la retraite peut atteindre 8,2 années. C'est dans les Régions de l'Europe et des Amériques que cet âge est le plus élevé, alors qu'il est le plus bas dans la Région de l'Asie du Sud-Est (voir Tableau 5.4). Dans toutes les Régions, l'âge légal de la retraite est plus bas pour les femmes que pour les hommes.

L'âge légal de la retraite diffère souvent de l'âge effectif de cessation d'activité (82). Il semble, au vu des données disponibles, qu'un certain nombre d'agents de santé indépendants continuent à travailler au-delà de l'âge légal de la retraite (83, 89). D'un autre côté, dans beaucoup de pays, les travailleurs optent pour une retraite anticipée, c'est-à-dire qu'ils quittent le service avant l'âge légal de la retraite (85). Il semble que cette tendance à opter pour une retraite anticipée fasse également son chemin parmi le personnel sanitaire (84) et elle va probablement se renforcer du fait de la présence croissante de femmes qui choisissent de partir à la retraite plus tôt que leurs homologues masculins (86–88).

Taux de départ en retraite et risque de pénurie

On ne possède que de très rares informations sur le taux de départ à la retraite des agents de santé. Si l'on suppose que la durée de la vie professionnelle est de 30 ans pour les médecins et de 23 ans pour les infirmières (89), avec une répartition par âge uniforme, le taux de départ en retraite serait de 3 % pour les médecins et de 4 % pour les infirmières. Toutefois, ces chiffres ne prennent pas en compte d'autres causes d'usure des effectifs telles que les décès, les différentes conditions de travail telles que par exemple le travail à temps partiel, ainsi que la répartition effective par âge. Il en résulte qu'en réalité le taux effectif de départ en retraite est plus faible. Au Royaume-Uni, on estime qu'environ 10 000 infirmières (soit 2 % du personnel infirmier total) partent chaque année à la retraite (87). Dans les pays où la pénurie est la plus forte compte tenu des besoins, on ne possède guère de renseignements au sujet de ces départs. En Afrique subsaharienne, le nombre de prestataires de services de santé qui partent chaque année à la retraite est estimé entre 8780 et 13 070 (90), soit 0,6 à 1 % de l'effectif total. Même si ces chiffres relatifs à l'Afrique semblent faibles, ils prennent toute leur importance lorsqu'on prend en compte les autres facteurs d'usure des effectifs ou qu'on les compare au nombre d'agents de santé qui arrivent sur le marché du travail.

Figure 5.5 Répartition des médecins par âge



Vieillessement du personnel sanitaire

Dans beaucoup de pays, la tendance à prendre une retraite anticipée coïncide avec l'augmentation de l'âge moyen des agents de santé, et cette double tendance pourrait conduire à des sorties massives de personnel (88, 91, 92). Les infirmières d'âge mûr qui appartiennent à la génération du « baby boom », née après la Seconde Guerre mondiale, prédominent dans le personnel de nombreux pays et vont parvenir à l'âge de la retraite au cours des dix à 15 prochaines années. Aux États-Unis, par exemple, le vieillissement progressif des infirmières qualifiées auquel on assiste depuis 1980 montre que l'usure des effectifs va s'accélérer en ce qui concerne ces personnels qualifiés, alors même que la demande est en augmentation (93, 94) comme le montre la Figure 5.4.

Cette tendance au vieillissement ne s'observe toutefois pas systématiquement dans tous les pays. Dans certains pays en développement comme le Lesotho, les médecins sont plus jeunes, par exemple, que dans des pays industrialisés comme la Suisse (voir Figure 5.5).

Contrairement aux maladies et aux migrations, la retraite est un facteur relativement prévisible. En agissant de manière préventive dans ce domaine, il doit être possible d'éviter toute pénurie de personnel liée aux départs en retraite anticipée et au vieillissement des agents.

Stratégie 5.11 Se doter de moyens et de mécanismes d'intervention pour gérer les départs en retraite

On dispose de systèmes d'information capables de saisir dans le détail la distribution du personnel par âge, les départs annuels à la retraite et leurs modalités, ce qui permet de jeter les bases d'une politique de gestion efficace qui consiste à agir en augmentant ou au contraire en réduisant ces départs. Une fois une telle politique mise en place, il sera loisible aux employeurs de prendre des mesures pour inciter le personnel à partir plus ou moins tôt, et les pouvoirs publics pourront également proposer des subventions ou établir des taxes en vue de réduire le coût des travailleurs âgés ou encore envisager de modifier l'âge légal de départ à la retraite. Les retraités constituent une population d'agents de santé potentiels à qui l'on pourrait proposer de reprendre du service, ce qui permettrait, partout dans le monde, et notamment dans les zones qui manquent de ressources, de disposer d'un surcroît d'effectifs et d'expérience tout à fait bienvenu. L'Encadré 5.4 décrit un système de ce genre qui existe en Guyana.

Nécessité de transmettre les connaissances

Lorsque des agents partent en retraite, le système de santé ne perd pas seulement des travailleurs ; il est également privé de leur expérience pratique et de leur connaissance de l'institution. Faute d'assurer la transmission de l'expérience et des connaissances de ceux qui partent à ceux qui restent par une bonne planification des successions, le personnel risque de perdre des compétences et des qualifications essentielles. On a constaté que l'un des problèmes principaux qui se posent avec le personnel infirmier dans les régions rurales ou écartées tient à une mauvaise planification des successions dans les établissements de soins (96).

Stratégie 5.12 Mettre au point la planification des successions

La planification des successions – qui suppose notamment que les futurs retraités conseillent et guident les membres plus jeunes du personnel et participent à divers systèmes de partage des connaissances tels que les communautés de pratique par exemple – permet de faire en sorte que les agents de santé expérimentés transmettent leurs connaissances à leurs successeurs, réduisant ainsi au minimum les conséquences négatives de leur départ pour le personnel qui reste.

CONCLUSION

Si, dans ce chapitre, la question des facteurs qui conduisent les agents à quitter temporairement ou définitivement le service n'a pas été traitée de manière exhaustive, quatre éléments importants ont néanmoins été abordés : migration, risque de violence, maladie et mort, changement d'activité professionnelle et retraite. Chacun d'entre eux nécessite une analyse minutieuse et spécifique avec les réponses à apporter dans chaque cas ; cependant, si l'on considère ces facteurs dans leur ensemble, on voit se dégager le tableau général de l'usure des effectifs. Ce tableau montre que le chiffre des sorties de personnel, lorsqu'on le complète par des informations sur les entrées, permet de dresser le bilan des entrées et des sorties. En régime stationnaire, c'est-à-dire lorsque l'effectif est en état d'équilibre, les entrées – qui sont principalement déterminées par la formation et le recrutement – doivent être égales aux sorties. Toutefois, s'il existe au départ une importante pénurie de personnel, comme c'est le cas dans les 57 pays considérés au chapitre 1 comme étant dans une situation critique à cet égard, il faut que les entrées excèdent largement les sorties.

De ce point de vue, le cas de l'Afrique subsaharienne est édifiant. On a vu dans ce chapitre que le personnel de santé perdait de très nombreux agents par suite des migrations, de la maladie ou de l'absentéisme et, dans une bien moindre mesure, des départs en retraite. En Afrique, il est nécessaire, pour redresser la situation, non seulement d'accroître les entrées de personnel en formant davantage d'agents, mais encore en réduisant sensiblement la proportion des départs par une meilleure fidélisation, l'amélioration de la santé des agents et la réduction du gaspillage de ressources qu'entraînent l'absentéisme et la présence d'employés fantômes.

Cet ensemble de facteurs, dont l'action conjuguée est à l'origine des pertes de personnel, montre combien il est important d'anticiper les choses et de rester attentif aux tendances. La répartition par âge du personnel dans de nombreux pays riches révèle une tendance au vieillissement qui aura pour conséquence à moyen terme d'accélérer l'usure des effectifs consécutive aux départs en retraite. De même, la distribution par sexe met en lumière une tendance à la féminisation, notamment de la profession médicale, avec des modalités d'activité et de retraite parmi les femmes qui sont sensiblement différentes de celles qu'on observe chez leurs homologues masculins. Ce sont des tendances dont il faudra bien tenir compte. Il conviendra donc de planifier à l'avance pour éviter que d'importants déséquilibres ne s'installent. Dans le cas des femmes, il faudra davantage s'attacher à les inciter à opter pour des carrières dans le secteur de la santé en veillant à mieux les protéger sur leur lieu de travail contre les violences et l'insécurité, à leur proposer des conditions de travail plus souples qui leur permettent de faire face à leurs obligations familiales et à leur offrir des perspectives de promotion qui leur ouvrent la voie à des postes de cadres supérieurs et de direction dans le secteur sanitaire.

Enfin, comme le montre la question des migrations internationales, le personnel sanitaire est très largement tributaire du marché mondial du travail. En raison de la pénurie de personnel dans les pays riches, les signaux envoyés par le marché en direction des pays pauvres sont d'une grande force et leur conséquence inéluctable est d'accroître le flux de travailleurs migrants. Lorsqu'ils élaborent leurs plans en matière de ressources humaines, les pays doivent être conscients de ce problème comme des autres types de contraintes qui existent au-delà des frontières nationales. Les deux prochains chapitres traitent des problèmes qui se posent au niveau de la formulation des stratégies nationales dans le contexte mondial actuel.

REFERENCES

1. Zurn P, Dal Poz MR, Stilwell B, Adams O. Imbalance in the health workforce. *Human Resources for Health*, 2004, 2:13 (<http://www.human-resources-health.com/content/2/1/13>, consulté le 2 février 2006).
2. Egger D, Lipsen D, Adams O. *Achieving the right balance: the role of policy-making processes in managing human resources for health problems*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000 (Issues in health services delivery. Discussion paper 2; WHO/EIP/OSD/00.2; http://www.who.int/hrh/documents/en/right_balance.pdf, consulté le 23 janvier 2006).
3. Zurn P, Dolea C, Stilwell B. *Nurse retention and recruitment: developing a motivated workforce*. Genève, Conseil international des Infirmières, 2005 (Issue Paper 4; <http://www.icn.ch/global/Issue4Retention.pdf>, consulté le 2 février 2006).
4. Buchan J, Thompson M, O'May F. *Health workforce incentive and remuneration strategies: a research review*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000 (Issues in health services delivery. Discussion paper 4. Incentive and remuneration strategies; WHO/EIP/OSD/00.14; http://www.who.int/health-services-delivery/disc_papers/Incentives_remuneration.pdf, consulté le 23 janvier 2006).
5. Stilwell B, Diallo K, Zurn P, Dal Poz M.R, Adams O, Buchan J. Developing evidence-based ethical policies on the migration of health workers: conceptual and practical challenges. *Human Resources for Health*, 2003, 1:8.
6. Aiken LH, Buchan J, Sochalski J, Nichols B, Powell M. Trends in international nurse migration. *Health Affairs*, 2004, 23:69–77.
7. Buchan J, Calman L. *The global shortage of registered nurses: an overview of issues and actions*. Genève, Conseil international des infirmières, 2004 (<http://www.icn.ch/global/shortage.pdf>, consulté le 2 février 2006).
8. Buchan J, Parkin T, Sochalski J. *International nurse mobility: trends and policy implications*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (WHO/EIP/OSD/2003.3).
9. Buchan J, Jobanputra R, Gough P, Hutt R. *Internationally recruited nurses in London: profile and implications for policy*. Londres, King's Fund, 2005 (<http://www.kingsfund.org.uk/resources/publications/internationally.html>, consulté le 2 février 2006).
10. Awases M, Gbary A, Nyoni J, Chatora R. *Migration des professionnels de la santé dans six pays : rapport de synthèse*. Brazzaville, Bureau OMS régional de l'Afrique, 2004.
11. *Tendances des migrations internationales*. Paris, Organisation de Coopération et de Développement économiques, 2005.
12. Hagopian A, Thompson M, Fordyce M, Johnson K, Hart LG. The migration of physicians from sub-Saharan Africa to the United States of America: measures of the African brain drain. *Human Resources for Health*, 2004, 2:17.
13. Tevera D. *Early departures: the emigration potential of Zimbabwean students*. Le Cap, Southern African Migration Project, 2005 (Migration Policy Series no. 39; <http://www.queensu.ca/samp/sampresources/samppublications/policyseries/policy39.htm>, consulté le 2 février 2006).
14. Iredale R. The migration of professionals: theories and typologies. *International Migration*, 2001, 39:7–26.
15. Findlay A, Stewart E. *Skilled labour migration from developing countries*. Genève, Organisation internationale du Travail, 2002 (ILO International Migration Papers, No. 55).
16. Lowell BL, Findlay A. *Skilled Labour Migration from developing countries*. Genève, Organisation internationale du Travail, 2002 (ILO International Migration Papers, No. 56).
17. Mejia A, Pizurki H, Royston E. *Physician migration and nurse migration: analysis and policy implications*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1979.
18. Stilwell B, Diallo K, Zurn P, Vujcic M, Adams O, Dal Poz MR. Migration of health workers from developing countries: strategic approaches to its management [Migration des agents de santé en provenance des pays en développement : approches stratégiques de la gestion de ce phénomène]. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82:595–600 (résumé en français).
19. *Unlocking the human potential for public sector performance*. New York, N. Y., Département des affaires économiques et sociales de l'Organisation des Nations Unies, 2005 (World Public Sector Report, ST/ESA/PAD/SER.E/63).
20. Anderson B, Rogaly B. *Forced labour and migration to the UK*. Oxford (Royaume-Uni), Centre for Migration Policy and Society, 2005.
21. Van Eyck K. *Who cares? Women health workers in the global labour market*. Ferney-Voltaire (France), Internationale des Services publics, 2005.

22. *Global economic prospects: economic implications of remittances and migration*. Washington, D. C., Banque mondiale, 2005.
23. Mensah K, Mackintosh M, Henry L. *The "skills drain" of health professionals from the developing world: a framework for policy formulation*. Londres, Medact, 2005 (http://www.medact.org/article_health.php?articleID=337, consulté le 2 février 2006).
24. Chen LC, Boufford JL. Fatal flows – doctors on the move. *New England Journal of Medicine*, 2005, 353:1850–1852.
25. Wibulpolprasert S. Economic uncertainties: future challenges to world health. Lessons learned from Thailand. In: *Health by the people: a celebration of the life of Ken Newell*. Liverpool (Royaume-Uni), Liverpool School of Tropical Medicine, 2001.
26. *The migration of skilled health personnel in the Pacific Region*. Manille, Bureau régional OMS du Pacifique occidental, 2004.
27. *Health Priorities in the World Bank's Pacific Member Countries*. Washington, D. C., Banque mondiale, 1994.
28. Choy CC. *Empire of care: nursing and migration in Filipino American history*. Durham, Caroline du Nord (Etats-Unis d'Amérique), Duke University Press, 2003.
29. Commander S. *Brains: what can they do for export?* Sussex Development Lecture 2004 (http://www.london.edu/assets/documents/PDF/brains_lecture.pdf, consulté le 2 février 2006).
30. Denham L, Shaddock A. Recruitment and retention of rural allied health professionals in developmental disability services in New South Wales. *Australian Journal of Rural Health*, 2004, 12:28–29.
31. Reid S. Community service for health professionals: coercion, change and challenge. In: *South African Health Review*, 2002. Durban (Afrique du sud), Health Systems Trust, 2002 (<http://www.hst.org.za>, consulté le 2 février 2006).
32. Turriffin J, Hagey R, Guruge S, Collins E, Mitchell M. The experiences of professional nurses who have migrated to Canada: cosmopolitan citizenship or democratic racism? *International Journal of Nursing Studies*, 2002, 39:655–667.
33. Connell J, Brown R. *Remittances in the Pacific: an overview*. Manille, Banque asiatique de Développement, 2005 (<http://www.adb.org>, consulté le 2 février 2006).
34. Van Eyck K. *Women and international migration in the health sector*. Ferney-Voltaire (France), Internationale des Services publics, 2004.
35. Hagey R, Choudhry U, Guruge S, Turriffin J, Collins E, Lee R. Immigrant nurses' experience of racism. *Journal of Nursing Scholarship*, 2001, 33:389–394.
36. Turriffin J, Hagey R, Guruge S, Collins E, Mitchell M. The experiences of professional nurses who have migrated to Canada: cosmopolitan citizenship or democratic racism? *International Journal of Nursing Studies*, 2002, 39:655–667.
37. Rokoduru A. *The contemporary migration of skilled labour from Fiji to Pacific Island countries*. Canberra, Asia Pacific Migration Research Network, 2002 (Working Paper No. 12:43–48).
38. Allen H, Aggergaard LJ. *"We need respect" – experiences of internationally recruited nurses in the UK*. Londres, Royal College of Nursing, 2003 (<http://www.rcn.org.uk/downloads/international/irn-report-we-need-respect.pdf>, consulté le 2 février 2006).
39. Barré R, Hernandez V, Meyer J-P, Vinck D. *Diasporas scientifiques*. Paris, Institut de recherche pour le développement (IRD), 2003.
40. *Building bridges: a report to the Massachusetts–South Africa Health Care Task Force*. Boston, Massachusetts (Etats-Unis d'Amérique), South Africa Partners, 2000 (<http://www.sapartners.org/documents/Doc4.pdf>, consulté le 2 février 2006).
41. Mafubelu D. *Using bilateral arrangements to manage migration of health care professionals: the case of South Africa and the United Kingdom*. Document présenté à un séminaire OIM/OMS/CDC sur la santé et la migration, Genève, juin 2004 (<http://www.iom.int/documents/officialtxt/en/pp%5Fbilateral%5Fsafrica.pdf>, consulté le 2 février 2006).
42. *Management of international health worker migration. Instruments on ethical recruitment and other policy options*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, Département Ressources humaines pour la Santé, 2004 (document non publié).
43. *World migration report – Costs and benefits of international migration*. Genève, Organisation mondiale pour les Migrations, 2005.
44. Cooper C, Swanson N. *Workplace violence in the health sector*. State of the art. Genève, Programme conjoint OIT/CII/OMS/ISP sur la violence au travail dans le secteur de la santé, 2002 (document de travail ; http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/en/WVstateart.pdf, consulté le 2 février 2006).

45. Di Martino V. 2002: *Workplace violence in the health sector. Country case studies: Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study, Synthesis report*. Genève, Programme conjoint OIT/CII/OMS/ISP sur la violence au travail dans le secteur de la santé, 2002 (document de travail ; http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/en/WVsynthesisreport.pdf, consulté le 2 février 2006).
46. Chappell D, Di Martino V. Violence at work. *Asian-Pacific Newsletter on Occupational Health and Safety*, 1999, 6(1) (<http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/violence/violwk/violwk.pdf>, consulté le 2 février 2006).
47. Dalphond D, Gessner M, Giblin E, Hijazzi K, Love C. Violence against emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 2000, 26:105.
48. Jackson D, Clare J, Mannix J. Who would want to be a nurse? Violence in the workplace – a factor in recruitment and retention. *Journal of Nursing Management*, 2002, 10:13–20.
49. Farrell GA. Aggression in clinical settings: nurses' views – a follow-up study. *Journal of Advanced Nursing*, 1999, 29:532–541.
50. O'Connell B, Young J, Brooks J, Hutchings J, Lofthouse J. Nurses' perceptions of the nature and frequency of aggression in general ward settings and high dependency areas. *Journal of Clinical Nursing*, 2000, 9:602–610.
51. Organisation internationale du Travail (OIT), Conseil international des infirmières (CII), Organisation mondiale de la Santé (OMS) et Internationale des Services publics (ISP). *Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector*. Genève, Programme conjoint OIT/CII/OMS/ISP sur la violence au travail dans le secteur de la santé, 2002 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVguidelinesEN.pdf, consulté le 2 février 2006).
52. Wiskow C. *Guidelines on workplace violence in the health sector – Comparison of major known national guidelines and strategies: United Kingdom, Australia, Sweden, USA*. Genève, Programme conjoint OIT/CII/OMS/ISP sur la violence au travail dans le secteur de la santé (document de travail à venir).
53. *Healthy and valued health workers are essential to save health systems in sub-Saharan Africa*. Genève, Conseil international des infirmières, 2005 (communiqué de presse ICN/PR05, No. 21 ; http://www.icn.ch/PR21_05.htm, consulté le 25 février 2006).
54. Egan M, Moynihan M. *An examination of non practising qualified nurses and midwives in the Republic of Ireland and an assessment of their intentions and willingness to return to practice*. Dublin, Irish Nurses Organisation/Michael Smurfit Business School, 2003.
55. Morgan R. *Addressing health worker shortages: recruiting retired nurses to reduce mother-to-child transmission in Guyana. Snapshots from the field*. Arlington, Virginie (Etats-Unis d'Amérique), Family Health International, 2005.
56. Shamian J, O'Brien-Pallas L, Thomson D, Alksnis C, Kerr MS. Nurse absenteeism, stress and workplace injury: what are the contributing factors and what can/should be done about it? *International Journal of Sociology and Social Policy*, 2003, 23:81–103.
57. *Aide-mémoire for a strategy to protect health workers from infection with bloodborne viruses*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (http://www.who.int/injection_safety/toolbox/docs/en/AM_HCW_Safety.pdf, consulté le 1^{er} février 2006).
58. Cohen D. *Human capital and the HIV epidemic in sub-Saharan Africa*. Genève, Organisation internationale du Travail, 2002 (Working Paper 2).
59. Buve A, Foaster SD, Mbwili C, Mungo E, Tollenare N, Zeko M. Mortality among female nurses in the face of the AIDS epidemic: a pilot study in Zambia. *AIDS*, 1994, 8:396.
60. Schwabe C, McGrath E, Lerotholi K. *Lesotho human resources consultancy: health sector human resources needs assessment*. Silver Spring, Maryland (Etats-Unis d'Amérique), Medical Care Development International, 2004.
61. *Challenges facing the Malawian health workforce in the era of HIV/AIDS. Final draft*. Washington, D. C., Commonwealth Regional Health Community Secretariat (CRHCS), Agency for International Development des Etats-Unis d'Amérique, Bureau for Africa (USAID/AFR), et le Support for Analysis and Research in Africa (SARA) Project, 2004.
62. Kober K, Van Damme W. Scaling up access to antiretroviral treatment in southern Africa: who will do the job? *Lancet*, 2004, 364:103–107.
63. Tawfik L, Kinoti S. *The impact of HIV/AIDS on the health workforce in developing countries*. Arlington, Virginie (Etats-Unis d'Amérique), Management Sciences for Health, et Bethesda, Maryland (Etats-Unis d'Amérique), University Research Co., LLC, 2005.
64. *Directives conjointes OIT/OMS sur les services de santé et le VIH/SIDA*. Genève, Organisation internationale du Travail et Organisation mondiale de la Santé 2005.

65. Schroeder SA. How many hours is enough? An old profession meets a new generation. *Annals of Internal Medicine*, 2004, 140:838–839 (<http://www.annals.org/cgi/content/full/140/10/838>, consulté le 2 février 2006).
66. Buske L. Younger physicians providing less direct patient care. *Canadian Medical Association Journal*, 2004, 170:1217.
67. Knaut F, Frenk J, Aguilar A. The gender composition of the medical profession in Mexico: implications for employment patterns and physician labor supply. *Journal of American Medical Women's Association*, 1999, 55:32–35.
68. Higginbotham E. Celebrating women in ophthalmology. *Archives of Ophthalmology*, 1998, 116:1227–1228.
69. Reamy J, Pong R. *Physician workforce composition by gender: the implications for managing physician supply*. Document présenté à la 4^e Conférence générale de la FICOSSE, Cuernavaca (Mexico), 1998.
70. Hojat M, Gonnella J, Xu G. Gender comparisons of young physicians' perceptions of their medical education, professional life, and practice: a follow-up study of Jefferson Medical College graduates. *Academic Medicine*, 1995, 70:305–312.
71. Woodward C, Hurley J. Comparison of activity level and service intensity of male and female in five fields of medicine in Ontario. *Canadian Medical Association Journal*, 1995, 153:1097–1106.
72. *Bébés et employeurs – Comment réconcilier travail et vie de famille: Canada, Finlande, Royaume-Uni, Suède*. Vol. 4. Paris, Organisation de coopération et de développement économiques. 2005.
73. Phillips VL. Nurses' labor supply: participation, hours of work, and discontinuities in the supply function. *Journal of Health Economics*, 1995, 14:567–582.
74. Lafer G, Moss H, Kirtner R, Rees V. *Solving the nursing shortage*. Eugene, Oregon (Etats-Unis d'Amérique), Université de l'Oregon, 2003.
75. *Health workforce challenges: lessons from country experiences*. Document de base pour le Forum de haut niveau sur les objectifs du Millénaire pour le développement en matière de santé, Abuja, 2004 (<http://www.hlfhealthmdgs.org/Documents/HealthWorkforceChallenges-Final.pdf>, consulté le 2 février 2006)
76. The international mobility of health professionals: an evaluation and analysis based on the case of South Africa. In: *Tendances des migrations internationales 2004*. Paris, Organisation de Coopération et de Développement économiques, 2004.
77. Chaudhury N, Hammer J, Kremer M, Muralidharan K, Rogers FH. Provider absence in schools and health clinics. *Journal of Economic Perspectives* (à venir ; <http://post.economics.harvard.edu/faculty/kremer/webpapers/MissinginAction.pdf>, consulté le 2 février 2006).
78. Chaudhury N, Hammer J. *Ghost doctors: absenteeism in Bangladeshi health facilities*. Washington, D. C., Banque mondiale, 2003 (Policy Research Working Paper No. 3065).
79. Dovlo D. 2005: Wastage in the health workforce: some perspectives from African countries. *Human Resources for Health*, 2005, 3:6 (<http://www.human-resources-health.com/content/3/1/6>, consulté le 2 février 2006).
80. McCallum N, Tyler V. *International experience with civil service censuses and civil service databases*. Londres, International Records Management Trust, 2001 (<http://www.irmt.org/download/DOCUME~1/DEVELO~1/RESEAR~1/Census.pdf>, consulté le 2 février 2006).
81. *Social security programs throughout the world*. Washington, D. C., Social Security Administration and International Social Security Association, 2003–2005 (<http://www.ssa.gov/policy/docs/prodesc/ssptw>, consulté le 23 janvier 2006).
82. Keese M, Hirsch D. *“Vivre et travailler plus longtemps”*. Paris, Organisation de coopération et de développement économiques (à venir).
83. Starkiene L, Smigelskas K, Padaiga Z, Reamy J. The future prospects of Lithuanian family physicians: a 10-year forecasting study. *BMC Family Practice*, 2005, 6:41.
84. Greene J. Physicians enticed into early retirement. *American Medical News*, 2000, 43(27):1–2.
85. Auer P, Fortuny M. *Ageing of the labour force in OECD countries: economic and social consequences*. Genève, Organisation internationale du Travail, 2000 (<http://www.ilo.org/public/english/employment/strat/download/ep2.pdf>, consulté le 23 janvier 2006).
86. Canadian Labour and Business Centre, for Task Force Two: A Physician Human Resource Strategy for Canada. *Physician workforce in Canada: literature review and gap analysis. Final report*. Ottawa, Gouvernement du Canada, 2003 (<http://www.physicianhr.ca/reports/literatureReviewGapAnalysis-e.pdf>, consulté le 23 janvier 2006).

87. Watson R, Manthorpe J, Andrews J. *Nurses over 50: options, decisions and outcomes*. Bristol (Royaume-Uni), Policy Press in association with the Joseph Rowntree Foundation, 2003.
88. Schofield DJ, Beard JR. Baby boomer doctors and nurses: demographic change and transitions to retirement. *Medical Journal of Australia*, 2005, 183:80–83.
89. Netten A, Knight J. Annuitying the cost of health service professional. *Health Economics*, 1999, 8:245–255.
90. Kinfu Y, Mercer H, Dal Poz MR, Evans DB. *Estimating inflows and outflows of health service providers in sub-Saharan Africa*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006 ((document de base pour le *Rapport sur la santé dans le monde 2006* ; disponible sur l'Internet à l'adresse suivante : <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).
91. Buerhaus P, Staiger D, Auerbach D. Implications of an ageing registered nurse workforce. *JAMA*, 2000, 283:2948–2954.
92. Buchan J. The “greying” of the United Kingdom nursing workforce: implications for employment policy and practice. *Journal of Advanced Nursing*, 1999, 30:818–826.
93. *The registered nurse population: national sample survey of registered nurses, March 2004. Preliminary findings*. Washington, D. C., United States Department of Health and Human Services, 2005 (<ftp.hrsa.gov/bhpr/nursing/rnpopulation/theregisterednursepopulation.pdf>, consulté le 23 janvier 2006).
94. Janiszewski Goodin H. The nursing shortage in the United States of America: an integrative review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 2003, 43:335–343.
95. Fédération des médecins suisses, 2004 (http://www.fmh.ch/shared/data/pdf/import_fmh/ict/statistik/2004/sts2004-14.pdf, consulté le 2 février 2006).
96. National Rural Health Alliance. *Nursing in rural and remote areas*. Deakin (Australie), Association for Australian Rural Nurses Inc., 2002 (Déclaration de principe; http://www.aarn.asn.au/pdf/papers/position_paper.pdf, consulté le 2 février 2006).

formuler des str
pour développer



chapitre six

stratégies nationales

le personnel de santé

dans ce chapitre

122	Instaurer la confiance et répondre aux attentes
123	Des méthodes de direction équitables basées sur la coopération
126	Un leadership efficace
127	Renforcer l'information stratégique
129	Investir dans les structures administratives
131	Conclusion

Le but ultime des stratégies de développement du personnel sanitaire est d'instaurer un système de prestation qui garantisse à tous, dans tous les pays, l'accès aux soins et à la protection sociale. Il n'y a pas de solution universelle pour y parvenir et chaque pays doit concevoir son propre plan. Pour être ef-

ficaces, les stratégies doivent être adaptées à la situation particulière de chaque pays et s'appuyer sur un consensus social.

Il n'existe pas de solution miracle pour résoudre rapidement les problèmes interdépendants qui se posent en matière de main-d'œuvre. Intimement liés à l'évolution du contexte et extrêmement aléatoires, ils sont encore aggravés par le manque d'informations. Surtout, ils peuvent comporter une charge émotionnelle pour des questions de statut et être politiquement sensibles parce qu'ils mettent en jeu des intérêts divergents. C'est pourquoi les solutions en la matière exigent de toutes les parties intéressées qu'elles s'efforcent ensemble de diagnostiquer les problèmes et de les résoudre.

Il est indispensable de faire naître chez les dirigeants politiques la volonté de s'attaquer aux problèmes de main-d'œuvre, mais le pari est difficile, car le délai pour que les investissements consacrés au développement du personnel sanitaire aient un effet sur la santé est beaucoup plus long que les cycles électoraux. Des travailleurs mécontents peuvent paralyser le système de santé, bloquer la réforme ou même faire tomber un gouvernement. Mais il existe des stratégies éprouvées qui réussissent à

dynamiser le personnel tout en étant bien acceptées du public. La mission des responsables politiques consiste à appliquer les solutions connues, concevoir de nouvelles approches, suivre les progrès accomplis et faire des ajustements à mi-parcours.

On a vu dans les chapitres précédents comment aborder les problèmes de main-d'œuvre en gérant l'entrée dans la vie professionnelle, la période d'activité et la sortie, aspects qui déterminent la performance du système de santé et sa capacité à répondre aux besoins actuels et futurs. Ces problèmes ne peuvent toutefois être analysés uniquement sous l'angle de la gestion et d'après des considérations techniques. Il faut également prendre en compte le point de vue des utilisateurs du système de santé,

qui ne se préoccupent pas des questions d'efficacité des interventions destinées à des populations cibles, mais veulent pouvoir être conseillés et soignés en cas de problèmes de santé auxquels ils ne peuvent faire face par eux-mêmes. Dans la relation entre agents de santé et patients, la confiance est d'une importance cruciale. Des méthodes de direction équitables et une réglementation efficace sont indispensables pour faire naître et entretenir cette confiance. Elles-mêmes exigent capacité d'initiative, information stratégique et renforcement des structures administratives, outils et formation. C'est sur ces éléments essentiels des stratégies nationales de développement du personnel que porte le présent chapitre.

INSTAURER LA CONFIANCE ET REpondre AUX ATTENTES

Pour le grand public, le terme « agents de santé » désigne les médecins et les infirmières. Cette conception ne fait pas justice à la multitude de personnes qui font fonctionner un système de santé, mais elle traduit les attentes de la population : avoir affaire à des médecins et à un personnel infirmier avertis, qualifiés et dignes de confiance qui l'aident à se soigner et qui agissent dans son intérêt.

La confiance n'est pas automatique : elle s'obtient et se négocie. Elle se construit lentement mais se perd facilement si l'on va à l'encontre des attentes (7). Dans beaucoup de pays, le corps médical a perdu son aura d'infailibilité, d'impartialité et de dévouement au patient. Dans les pays industrialisés (2) comme dans nombre de pays en développement (3–5), les dysfonctionnements du milieu médical dont la presse fait état entament la confiance dont jouissent les agents de santé. Les personnes démunies, notamment, parlent avec scepticisme ou cynisme de leur médecin, infirmière ou sage-femme : « Mieux vaut se soigner soi-même que d'aller à l'hôpital où une infirmière désagréable risque de vous injecter le mauvais médicament » (6). La confiance des patients est ébranlée chaque fois qu'ils sont privés des soins dont ils ont besoin ou reçoivent des soins dont ils n'ont pas besoin, ou encore paient trop cher les prestations. Ils perdent toute confiance quand ils sont victimes d'abus, de violences ou rackettés dans les établissements de santé.

Les conséquences de cette perte de confiance dépassent la simple relation entre utilisateur et prestataire. Une société qui se méfie de ses agents de santé les dissuade de rester dans la carrière. La défiance à l'égard des agents de santé a des conséquences également pour ceux qui administrent et dirigent le système de santé (7). Les instances responsables du système de santé – pouvoirs publics, assurances-maladie et organisations professionnelles – doivent concilier des exigences contradictoires : le droit de tout citoyen de bénéficier des biens et services de santé, la nécessité de maîtriser le coût de l'utilisation de ces biens et services, et les besoins des médecins et assimilés et autres personnels qui assurent ces prestations. Les caractéristiques du secteur de la santé – très grand nombre d'acteurs, asymétrie de l'information et intérêts divergents – facilitent les abus de pouvoir en vue d'un gain privé (8). Le public n'est plus persuadé, et les agents de santé de première ligne non plus, que les compromis trouvés sont toujours équitables et judicieux.

Stratégie 6.1 Concevoir et appliquer une stratégie de développement du personnel qui instaure la confiance

Une stratégie de développement du personnel de santé national peut comprendre des mesures qui incitent le public à faire confiance aux prestataires et aux administrateurs du système de santé (9, 10), à savoir :

- influencer sur l'attitude personnelle dans l'interaction entre prestataires de soins et patients, employeurs et employés, administrateurs et institutions (cette mesure passe par la formation et l'initiative politique, et les organisations de la société civile y jouent un rôle essentiel) ;

- instaurer des pratiques gestionnaires et organisationnelles qui laissent suffisamment de place à la réactivité, à la sollicitude, à l'interaction interpersonnelle et au dialogue et qui contribuent à instaurer la confiance ;
- prendre des mesures concrètes contre l'exclusion et pour que les patients ne soient pas victimes d'une gestion incompétente ou exploités financièrement ;
- instituer des processus de prise de décision équitables et largement ouverts.

DES METHODES DE DIRECTION EQUITABLES BASEES SUR LA COOPERATION

Une saine gestion des affaires publiques, une surveillance efficace ainsi qu'une bonne réglementation du fonctionnement des établissements de santé et de la conduite du personnel soignant sont indispensables pour faire naître et entretenir la confiance et pour éviter que le public ne subisse des préjudices. Malheureusement, dans beaucoup de pays, la réglementation est opaque et peu efficace. Trop souvent, les administrations publiques n'ont ni les structures, ni le personnel, ni la volonté politique pour réglementer efficacement le secteur de la santé et, faibles elles aussi, les organisations professionnelles et de la société civile manquent de ressources et de moyens de pression.

Autoréglementation

Dans de nombreux pays, ce sont les organisations professionnelles qui décident qui peut dispenser des soins et comment les prestataires doivent se conduire. L'autoréglementation peut de fait être efficace et constructive quand les associations professionnelles défendent la déontologie et présentent certaines personnes comme des modèles, sanctionnent les pratiques impropres et actualisent les compétences techniques de leurs membres. La façon dont les agents de santé concilient leurs propres intérêts et ceux de leurs patients dépend dans une large mesure de ce que leurs enseignants et leurs confrères considèrent comme une « bonne conduite professionnelle ». Les associations professionnelles peuvent jouer un rôle actif dans l'élaboration de ce modèle (voir Encadré 6.1).

Mais l'autoréglementation par les associations professionnelles n'est pas toujours efficace pour plusieurs raisons. Premièrement, contrairement aux médecins et aux infirmières, certaines catégories d'agents de santé ne sont pas organisées de cette manière. Deuxièmement, comme chacune tend à avoir sa propre organisation, les catégories professionnelles dépensent beaucoup d'énergie pour délimiter leurs frontières et défendre leurs privilèges. Troisièmement, alors qu'en Europe et aux Amériques la plupart des organisations professionnelles sont bien implantées et vieilles d'au moins un siècle, dans les pays à faible revenu quatre associations sur dix ont été créées il y a moins de 25 ans (11). Ces jeunes organisations manquent généralement de ressources et d'appuis politiques et, surtout, ont moins d'autorité sur leurs membres.

Encadré 6.1 Exemples d'autoréglementation

En 2001, un groupe d'associations nationales d'infirmières, d'infirmières exerçant dans le secteur public et d'organismes de réglementation d'Afrique orientale, centrale et australe ont mis au point et publié un projet de cadre réglementaire et de guide pour l'accréditation des programmes de formation des infirmières et des sages-femmes. A la suite de cette initiative, les pays de la Région qui tenaient déjà des registres ont commencé à passer du système d'inscription permanente à celui de renouvellement périodique des autorisations.

En Ouganda, le responsable du Conseil des Infirmières et des Sages-Femmes a récemment fait fermer un certain nombre d'écoles qui ne répondaient pas aux conditions requises. Cette décision a été prise indépendamment du fait que certains des établissements qui

ont dû fermer leurs portes et certains des étudiants concernés avaient des appuis puissants dans le milieu politique et dans la haute fonction publique.

En Angola, les associations nationales d'infirmières et l'Ordre des Infirmières du Portugal équipent les districts de manuels de soins infirmiers.

En Thaïlande, l'Association des Médecins ruraux a contribué dans une large mesure à la présence de médecins dévoués dans les zones rurales et mal desservies.

Le courant de la « médecine fondée sur des bases factuelles » offre d'autres possibilités d'autoréglementation des prestataires de soins d'une façon qui sert l'intérêt général.

Le modèle d'autoréglementation professionnelle montre également ses limites depuis que les employeurs sont de plus en plus nombreux à ne pas en tenir compte. C'est le cas depuis longtemps dans les pays où les agents de santé sont généralement employés par l'Etat, mais, dans ceux où beaucoup de soignants étaient des travailleurs indépendants et autonomes, la plupart travaillent maintenant dans une structure employeur-employé. Du fait de cette « prolétarianisation » des agents de santé (12), ce sont les employeurs et non les organisations professionnelles qui exercent la plus grande influence sur la conduite professionnelle, que l'employeur soit l'Etat, une organisation non gouvernementale à but non lucratif, un organisme financier ou une organisation internationale. Ce transfert de pouvoir aux employeurs est si important que, dans certains pays, les professions de santé ont commencé à se syndiquer face aux employeurs qui menacent leur autonomie et leurs revenus (13). Les associations professionnelles ne peuvent donc plus prétendre assurer seules une direction cohérente de l'ensemble du personnel de santé dans l'intérêt général.

Conciliation et commandement

Les pressions politiques exercées sur les gouvernements pour qu'ils instaurent l'accès universel et la protection financière les ont amenés à jouer un rôle de plus en plus important dans le financement et la réglementation de la consommation collective de soins de santé (14). Leur influence a fini par prévaloir sur la gestion autonome assurée par les organisations professionnelles, et l'administration publique a mis en place un contrôle institutionnel plus élaboré qui s'est progressivement substitué à l'autoréglementation (15).

La façon dont ce contrôle est exercé varie selon les endroits. Dans une grande partie de l'Europe et des Amériques, où les agents de santé étaient le plus souvent à leur compte ou salariés d'organismes privés, l'Etat s'est principalement employé à réglementer les mécanismes de paiement ainsi que les dispositifs de formation et d'accréditation pour définir le domaine de compétences des différentes professions de santé. Mais comme les associations professionnelles ont opposé une résistance à l'Etat qui venait empiéter sur leur territoire, il a essentiellement fallu régler par la conciliation un conflit heureusement de faible intensité (16, 17). Il existe toutefois une tradition de réglementation négociée sur laquelle l'Etat et les organisations de sécurité sociale ont pu s'appuyer.

Dans de nombreux pays socialistes et pays en développement où une grande proportion des agents de santé sont employés par l'Etat, un système plus élaboré de contrôle institutionnel a remplacé de fait l'autoréglementation. Dans ces pays, l'administration publique dirige généralement le personnel de santé selon un système de commandement basé sur la hiérarchie et les règlements administratifs. Il est vrai que lorsqu'elle fonctionne bien, une structure de ce type présente des avantages en cas d'épidémies et de catastrophes écologiques. Elle convient moins bien cependant quand il s'agit de réglementer et d'orienter le marché des soins de santé.

Dans le pire des cas, quand le système de santé manque foncièrement de crédits ou menace de s'effondrer, ou encore quand la légitimité de l'Etat est remise en question, le mode du commandement ne marche tout simplement pas. Dans le meilleur des cas, il n'est pas adapté à ce qu'on attend d'un système de santé aujourd'hui. D'une part, il est difficile d'orienter l'interaction entre les soignants et les patients, au moyen de règlements administratifs surtout lorsque les patients ont des attentes de plus en plus grandes. D'autre part, une telle approche de l'élaboration des politiques et de la réglementation vise généralement les fonctionnaires et laisse de côté les agents de santé et les organismes qui ne font pas partie du secteur public. Les réglementations en vigueur (par exemple l'interdiction d'avoir un emploi parallèle dans le secteur privé) ne sont pas ou ne peuvent pas être appliquées. Le fait que le système traditionnel de commandement n'ait pas réussi à freiner la commercialisation sauvage du secteur de la santé (18) a beaucoup contribué à discréditer les prestataires de soins et les systèmes de santé.

Surveillance et action militante

Les organisations de la société civile qui agissent au nom des citoyens (associations de consommateurs, défenseurs des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA, etc.) ont acquis une grande influence dans le secteur de la santé. Bien souvent, elles jouent depuis longtemps un rôle important dans la mobilisation des ressources et l'amélioration des prestations. Depuis quelques années, elles emploient aussi toutes sortes de moyens pour faire pression sur les prestataires, les associations professionnelles, les administrations et les organismes du secteur de la santé (3). Certaines fournissent aux gens des informations qui leur donnent plus de poids face aux prestataires de soins. En France, par exemple, la presse grand public publie un classement des hôpitaux selon l'exécution de différents actes médicaux.

D'autres groupes de la société civile fonctionnent comme des organismes de surveillance qui tirent la sonnette d'alarme en cas de violation des droits des citoyens ou de discrimination. En Sierra Leone, par exemple, des associations de femmes ont manifesté dans les rues de Freetown pour demander au gouvernement militaire de garantir des soins d'urgence à toutes les femmes enceintes après que la presse eut relaté que des femmes étaient mortes après s'être vu refuser un traitement qu'elles ne pouvaient payer. Dans beaucoup de pays, la société civile contribue à fixer les priorités en participant au processus de planification, comme au Bangladesh (19), ou en exerçant un droit de regard sur la budgétisation des crédits publics, par exemple au Mexique (20).

Les mouvements de défense des consommateurs prennent de l'importance car ils peuvent faire campagne pour l'instauration de mécanismes qui protègent les patients contre l'exclusion, contre une mauvaise qualité des soins, la surmédicalisation et les dépenses catastrophiques. Ils peuvent aussi faire adopter des dispositifs de réparation en cas de préjudice. Il est clair qu'actuellement beaucoup de personnes n'ont pas ce type de protection. Ainsi, dans la plupart des pays en développement, à la différence des pays industrialisés, les honoraires des établissements privés ou des prestataires de soins libéraux ne sont quasiment pas réglementés. Même lorsqu'ils le sont, les pouvoirs publics ont parfois beaucoup de mal à faire appliquer la réglementation (21). Les conséquences sont triples : chaque année, quelque 44 millions de ménages dans le monde doivent faire face à des dépenses de santé catastrophiques (22) ; le nombre de personnes n'ayant pas accès aux soins augmente considérablement ; enfin, cette situation favorise une surmédicalisation induite par l'offre (23), dont un des exemples est la fréquence des césariennes dans le monde (24). Il arrive ainsi que, dans un même pays, les femmes ayant des moyens financiers suffisants subissent une intervention superflue qui comporte des risques, alors que les femmes dont la vie ou celle de leur enfant dépend de cette intervention mais qui n'ont pas d'argent ne peuvent en bénéficier.

Un modèle de direction efficace

Aucun des modèles dont il est question ci-dessus – autoréglementation par les associations professionnelles, commandement par une autorité de contrôle et militantisme de la société civile – n'est suffisant à lui seul pour réglementer la pratique des agents et des établissements de santé. Plutôt que d'instaurer un monopole en matière de réglementation, les stratégies nationales de développement du personnel de santé devraient privilégier un mode de direction basé sur la coopération. Une réglementation élaborée avec la participation de ces trois entités, et en concertation avec les établissements de soins et le personnel, a plus de chances d'inspirer confiance et d'inciter à la coopération.

Stratégie 6.2 Diriger en coopération les politiques nationales de développement du personnel

Pour garantir la sécurité publique et bien diriger les prestataires de soins, il faut développer les compétences en investissant dans la structure générale de réglementation illustrée par la Figure 6.1. On tâchera de renforcer à la fois le rôle de l'Etat et des organismes

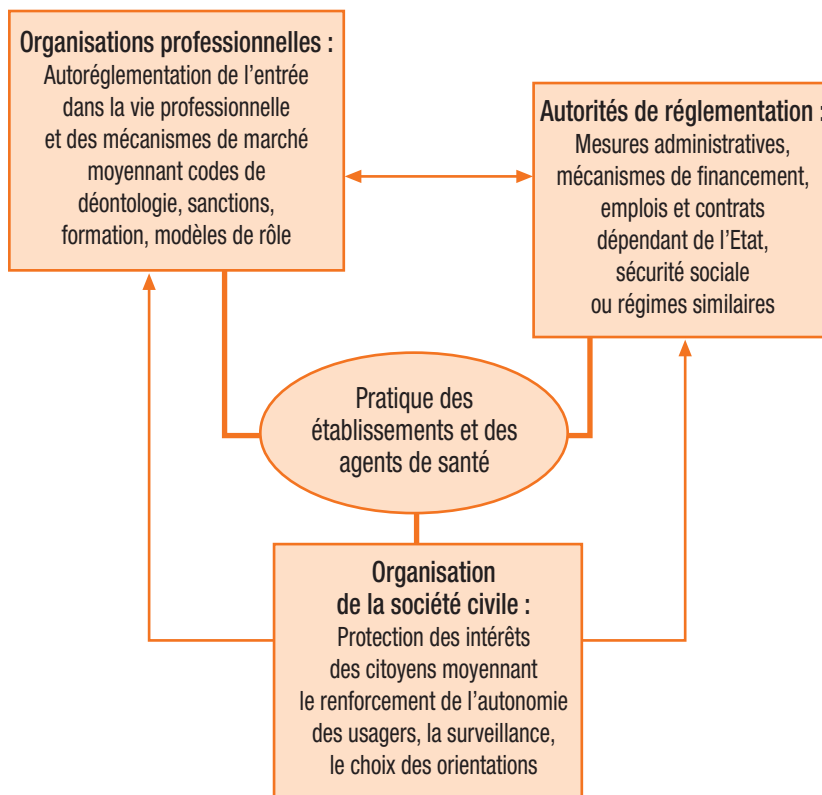
de sécurité sociale et celui des organisations professionnelles et de la société civile. Cela suppose, outre la création d'organes techniques spécialement chargés des autorisations d'exercer et autres accréditations, d'instaurer des forums permettant une interaction entre ces divers groupes, dont la contribution doit être reconnue et facilitée, y compris financièrement (19). Les ministères de la santé rechigneront peut-être à renforcer les organismes mêmes qui ont un droit de regard sur leur action, mais il est dans leur intérêt à long terme de disposer d'un système efficace de dialogue et de coopération.

UN LEADERSHIP EFFICACE

Vu que les questions de personnel de santé mettent en jeu nombre d'intérêts rivaux, l'élaboration des politiques n'est pas toujours consensuelle et il faut pouvoir, le cas échéant, s'en remettre à un arbitrage. Sans un leadership efficace, les politiques nationales s'enlisent dans une accumulation de solutions ponctuelles, dont beaucoup défendent les intérêts particuliers de certaines catégories professionnelles et engendrent elles-mêmes des problèmes. Les pays doivent avoir la capacité d'initiative indispensable pour lancer le processus, aller de l'avant, engager les principaux intéressés (travailleurs, pouvoirs publics et société civile), favoriser la synergie entre eux et les inciter à agir en partenariat.

C'est aux autorités publiques qu'il revient de jouer ce rôle moteur, c'est-à-dire aux responsables de l'élaboration des politiques et aux gestionnaires des secteurs public et parapublic. Mais, ces dernières années, on n'a guère voire pas du tout investi dans la capacité d'initiative du secteur public. Compte tenu du scepticisme ambiant à l'égard du secteur public et de la participation de l'Etat, les fonctions de tutelle ont pâti des

Figure 6.1 Organisations qui influent sur la pratique des agents et des établissements de santé



contraintes macroéconomiques qui pèsent sur le développement du secteur public autant, si ce n'est plus, que les autres fonctions de la santé publique.

C'est peut-être dans les situations extrêmes comme la reconstruction après les conflits en Afghanistan ou en République démocratique du Congo qu'on voit le mieux combien les fonctions d'administration et de tutelle sont indispensables. Elles le sont aussi dans nombre de pays stables quand les approches sectorielles ou les stratégies de résorption de la pauvreté ne donnent pas les résultats attendus faute de leadership ou quand la commercialisation non réglementée du secteur de la santé nuit à la performance du personnel et du système de santé.

Le leadership est également crucial pour concilier des intérêts rivaux et pour que les hauts dirigeants politiques approuvent les stratégies de développement du personnel de santé. Le travail accompli par l'équipe à l'origine des réformes sanitaires entreprises en Colombie au début des années 1990 illustre certaines des compétences tactiques indispensables pour mener à bien une réforme (25). Au début, l'équipe a décidé seule de qui allait participer à la prise de décision et a réussi à détourner l'attention des réformes sanitaires en les intégrant dans une réforme plus vaste de la sécurité sociale principalement axée sur les retraites. L'équipe a néanmoins compris qu'il fallait laisser certaines voix s'exprimer, notamment celle des sénateurs. Travaillant avec des groupes partisans du changement, elle s'est concentrée sur la création de nouvelles entités, par exemple des organismes d'assurance, qui feraient partie du nouveau système. La réforme des anciennes structures, qui s'annonçait difficile, a été engagée ultérieurement.

Pour développer la capacité d'initiative, il faut pouvoir s'appuyer sur des structures de direction et des compétences tactiques. Or, les unes comme les autres font défaut. Le problème est que le savoir-faire politique est généralement considéré comme une qualité innée qui ne peut s'acquérir. Les concepteurs de cours de formation au leadership constatent souvent avec déception qu'ils ne parviennent guère à faire avancer les choses. Il y a peu de données empiriques sur les solutions possibles, pour autant qu'il y en ait, mais il ressort d'entretiens avec des responsables de l'élaboration des politiques que les compétences tactiques s'acquièrent par l'enseignement individualisé et le mentorat, surtout dans le cadre de projets structurés, tandis que le meilleur moyen de créer des structures de direction est l'échange organisé de connaissances et de données d'expérience avec d'autres pays. L'enseignement individualisé, le mentorat et les échanges entre pays sont des méthodes de renforcement des capacités moins classiques que la formation mais parfaitement envisageables. Appliqués efficacement et à grande échelle, ils contribueraient à supprimer un des principaux obstacles au développement du personnel de santé, le manque de ressources humaines et de structures pour assurer le leadership, même dans les pays fragiles ou qui ont peu de ressources.

RENFORCER L'INFORMATION STRATEGIQUE

Trop souvent, les décideurs au niveau national ont extrêmement peu d'informations sur le personnel de santé. La plupart des ministères de la santé, si ce n'est tous, ignorent par exemple combien le pays compte de professionnels de la santé et savent encore moins comment ils sont répartis. Le fait que les principaux acteurs connaissent si mal leur propre situation fait ressortir l'absence de politique cohérente face aux problèmes aigus de ressources humaines.

Stratégie 6.3 Obtenir de meilleures informations sur le personnel de santé national

Pour bien comprendre les problèmes de main-d'œuvre dans le secteur de la santé, il faut étudier systématiquement quatre aspects : l'ampleur et la nature de chaque problème dans le contexte du pays ; ce qui est fait et ce qu'il est possible de faire ; les considérations politiques qui entrent en ligne de compte ; et les réactions possibles des agents de santé et des établissements qui les emploient.

Ampleur et nature des problèmes de main-d'œuvre

Dans la plupart des pays, les informations dont on dispose sur l'ampleur et la nature des problèmes de main-d'œuvre sont au mieux lacunaires. Au Malawi, comme dans d'autres pays, on a pu constater dernièrement qu'une bonne connaissance de la nature des problèmes auxquels sont confrontés les agents de santé locaux permettait de formuler des politiques et des stratégies plus cohérentes (26). S'il est indispensable d'avoir des données exactes sur la démographie sanitaire, les pénuries et les excédents, il faut aussi être informé sur l'ensemble des problèmes concernant l'entrée dans la vie professionnelle, la période d'activité et la sortie ainsi que la performance et la confiance ; l'information doit couvrir toutes les catégories d'agents de santé, et pas seulement les médecins et les infirmières ou le seul secteur public ; il faut également examiner la réalité sur le terrain et les attentes du personnel et des patients à la lumière de la crise actuelle et des enjeux futurs.

Mesures prises et options supplémentaires

Les informations sont encore plus rares à ce sujet que sur l'ampleur et les déterminants des problèmes de personnel sanitaire. On pourrait pourtant beaucoup apprendre des solutions nouvelles trouvées au niveau local et dont les responsables des politiques n'ont pas connaissance. Pour évaluer les mesures et les options, il faut avoir des compétences particulières et suivre une approche institutionnelle systématique qui implique inventaires, suivi, évaluation, documentation et échanges. L'expérience d'autres pays peut également être très instructive, mais il faut, là aussi, en faire un bilan systématique basé sur une évaluation méthodique, le partage et l'échange.

Considérations politiques à prendre en compte

Pour concevoir une stratégie efficace et remédier aux dysfonctionnements, il est souvent utile d'étudier les forces à l'origine des problèmes, sans quoi l'on risque d'aggraver la situation. Ainsi, la rigidité qui caractérise la fonction publique tient essentiellement à la volonté de protéger le personnel contre une ingérence politique : mal conçues, des politiques tendant à une plus grande flexibilité risquent alors d'ouvrir la porte à la discrimination et au favoritisme et d'aggraver encore les dérèglements. Autre exemple, si la gestion des ressources humaines est très centralisée parce que le savoir-faire en matière de gestion ou les mécanismes de mise en œuvre de la responsabilité sont insuffisants au niveau local, il serait sans doute imprudent de procéder à une décentralisation administrative rapide.

Réactions des agents de santé et de leurs employeurs

Malgré leurs bonnes intentions, les responsables qui conçoivent les structures, les processus et les programmes de réforme du système de santé oublient souvent de prendre en considération la réaction probable des agents de santé. Il est particulièrement important de comprendre pourquoi ils résistent au changement. On pourrait s'attendre, par exemple, à ce que le personnel qui dépend d'un système centralisé accueille favorablement l'autonomie que lui offre la décentralisation. Mais en Ouganda et au Zimbabwe, le personnel a perçu la décentralisation comme une menace pour la sécurité de l'emploi et craint que des considérations d'appartenance ethnique ne régissent désormais le recrutement et la gestion des ressources humaines (27, 28). En cas de réduction des services publics ou de transfert au secteur privé, les agents de santé sont soumis à une triple pression : crainte de perdre leur emploi, risque de ne pas retrouver de travail et charge de travail accrue (29). Il arrive aussi qu'ils s'opposent au changement parce qu'ils ne sont pas sûrs de pouvoir assumer le surcroît de responsabilités qu'implique la réforme proposée. Mais il est possible d'éviter bon nombre de ces problèmes si l'on cherche à mieux comprendre la réaction des différents acteurs. Un dialogue informel s'avère extrêmement utile à cette fin, mais on peut aussi organiser des consultations plus systématiques pour apprécier les réactions possibles (30).

INVESTIR DANS LES STRUCTURES ADMINISTRATIVES

Quand les pouvoirs publics ne sont guère capables de concevoir des politiques, le risque est que la réglementation ne soit livrée à l'influence des groupes de pression. L'élaboration des politiques devient alors au mieux inefficace, au pire contre-productive. Certains pays ont bien réussi, comme le Malawi grâce à son plan pour les ressources humaines (voir Encadré 2.2), mais, ces dernières années, la plupart des pays n'ont pas assez investi pour développer les capacités d'élaboration de politiques et de réglementation. De fait, dans les années 1990, un nombre considérable de services au sein des ministères de la santé ont fait les frais de la réduction et de la rationalisation du secteur public.

Il faut bien plus que des outils et une formation à leur utilisation pour développer ou restaurer le potentiel d'élaboration de politiques en matière de prestation de services de santé dans un pays : les outils, les personnes et les structures sont hiérarchisés (31). Il n'est guère utile de mettre des outils à la disposition du personnel et de lui apprendre à s'en servir si les responsables des politiques et les administrateurs ne sont pas capables d'interpréter et de mettre en contexte les résultats des outils de calcul des coûts et de budgétisation. De la même façon, sans organismes, structures et commissions investis d'un pouvoir décisionnel, les administrateurs et les responsables des politiques n'ont aucun moyen de transformer ce type d'exercice théorique en une action politique.

Des structures administratives nationales sont nécessaires pour instaurer la confiance, assurer une direction équitable basée sur la coopération, former des dirigeants dynamiques et rassembler des informations stratégiques. Ces arguments devraient suffire à justifier leur financement, mais, dans la réalité, les responsables des politiques ont du mal à convaincre de créer des structures de ce type ou de les renforcer, ne serait-ce que parce qu'il faut pour cela se placer dans une perspective à long terme, et parce que certains avantages comme le retour sur investissement ne sont pas assez visibles.

Comme il est plus facile de faire accepter un investissement dans l'élaboration d'outils ou dans la formation et que des fonds importants sont maintenant consacrés à cette dernière, la solution consiste probablement à les rattacher directement au renforcement des structures administratives. Il faut repérer les domaines où les insuffisances sont les plus grandes et où une action institutionnelle peut donner des résultats concrets.

On a déjà vu certains axes de l'action à mener dans les précédentes sections de ce chapitre : renforcement des moyens de réglementation ; structures de direction et compétences tactiques ; information stratégique sur les principaux indicateurs. Il y en a deux autres encore, exposés ci-après et qui consistent à s'inspirer des innovations locales, d'une part, et à concevoir des scénarios et planifier, d'autre part. La meilleure façon de procéder dans les deux cas est de créer des observatoires nationaux du personnel de santé (voir Encadré 6.2) ou de relier les services du ministère de la santé, les établissements d'enseignement et les organisations non gouvernementales au sein de réseaux d'apprentissage et de cercles professionnels.

S'inspirer des micro-innovations

Peut-être n'y a-t-il aucun autre domaine où l'on trouve autant de solutions créatives et d'innovations au niveau local que celui des ressources humaines pour la santé. De nombreux exemples en sont donnés dans ce rapport. L'idée est de s'inspirer de ces innovations, d'encourager celles qui réussissent et d'abandonner celles qui échouent. Des compétences particulières sont indispensables pour faire ce type de bilan ainsi qu'une approche institutionnelle systématique qui implique inventaires, suivi, évaluation, documentation et échanges.

Les mesures doivent être soigneusement évaluées pour décider lesquelles méritent de faire partie de la stratégie nationale de développement du personnel de santé : elles doivent être d'un bon rapport coût/efficacité, donner rapidement des résultats, redresser les déséquilibres et prévenir la détérioration des services de soins de santé (34). Une des innovations présentant ces caractéristiques est la solution temporaire adoptée dans une région du Mozambique pour remédier au manque de médecins : des

« tecnicos de cirurjia », ou aides opératoires, ont appris à effectuer certaines interventions chirurgicales. Vu les excellents résultats obtenus, les responsables des politiques ont généralisé cette solution et, aujourd'hui, les hôpitaux de district de tout le pays ont des « tecnicos de cirurjia » (35).

Concevoir des scénarios et planifier

La conception de scénarios et la planification, qui sont essentielles pour déterminer les orientations à long terme, demandent elles aussi des compétences particulières qui se prêtent à une approche institutionnelle. Les stratégies nationales doivent faire des choix fondamentaux qui détermineront les caractéristiques du personnel et son attitude vis-à-vis des systèmes de valeurs de la société dans laquelle il exerce. Les exigences à l'égard des agents de santé changent rapidement et on ne peut que conjecturer ce qu'elles seront à l'avenir, mais l'époque des professionnels omniscients travaillant seuls est définitivement révolue. L'avenir en matière de prestation des soins, c'est le travail d'équipe et l'adaptation permanente des compétences complémentaires et partiellement communes à l'évolution rapide de la société et de la technologie. L'équipe sanitaire devra aussi être beaucoup plus proche des patients, le pivot de l'équipe étant un agent de santé du type du médecin de famille qui fait l'interface entre les patients et le système de santé. Le modèle reposant sur des professions de santé séparées et indépendantes appartiendra bientôt au passé.

La préparation à ce changement requiert moins de planifier que d'organiser un vaste débat sur les attentes légitimes et les scénarios d'avenir. Cette réflexion peut se faire à l'instigation de la société civile comme en Thaïlande (36), des autorités locales comme en Oregon, aux Etats-Unis (37), ou de l'administration de la santé publique comme en Nouvelle-Zélande ou aux Pays-Bas (38, 39). Le débat sur les scénarios à envisager doit

Encadré 6.2 Observatoires des ressources humaines pour la santé en Amérique latine

A l'initiative de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), qui est le Bureau régional OMS des Amériques, des observatoires nationaux des ressources humaines pour la santé ont été créés en 1998 dans 22 pays pour s'attaquer aux questions de personnel sanitaire qui avaient été négligées en Amérique latine dans les années 1980 et au début des années 1990. L'OPS a créé un observatoire des ressources humaines en santé pour relier entre eux les observatoires nationaux, lesquels ont contribué à mieux mettre en évidence les problèmes de personnel, recueillir davantage d'informations et renforcer la fonction de tutelle dans le secteur de la santé (32). Les observatoires sont un gage de continuité dans les pays où les décideurs et la politique appliquée changent souvent. Ils ont pour caractéristique commune d'être ouverts à la participation de nombreux acteurs – universités, ministères de la santé, associations professionnelles, prestataires institutionnels, syndicats et représentants des usagers.

Par contre, les modalités administratives sont propres à chaque pays. L'observatoire brésilien (33) fournit un exemple instructif d'interaction entre les secteurs étatique et non étatique en matière de renforcement des capacités. Il se compose d'un réseau qui regroupe des instituts universitaires, des centres de recherche et un bureau fédéral chargé des ressources humaines pour la santé. Le réseau compte 13 « nœuds » ou « postes » coordonnés par un secrétariat assuré par le Ministère de la Santé et le Bureau de l'OPS à Brasilia. Depuis 1999, l'observatoire a pour mission de contribuer au développement, à la réglementation et à la gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé et dans les domaines d'action connexes, et de réunir des informations utiles à cette fin.

L'observatoire a rassemblé beaucoup d'informations précieuses et effectué un solide travail analytique. Il s'est considérablement développé en s'appuyant sur les réseaux informels existants entre administrateurs et universitaires souhaitant étudier, dans un but professionnel, l'utilité pratique de la planification, de la gestion et de la formation des ressources humaines pour le secteur de la santé. Le succès et le dynamisme du réseau tiennent en grande partie à l'importance accordée dès le départ au contenu et à la façon de travailler. Grâce à l'accent mis sur la qualité du contenu, les membres du réseau ont pu développer leurs capacités techniques et professionnelles dans un esprit d'indépendance et d'autonomie qui continue de caractériser leurs échanges aujourd'hui. Les atouts de la méthode de travail sont la souplesse, la créativité, le pragmatisme, l'inventivité et l'esprit d'entreprise. L'alliance de l'excellence technique et de la collaboration informelle a permis un apprentissage collectif et une synthèse des idées communes.

Les réseaux ont été systématisés et institutionnalisés à la fin des années 1990, mesure qui, en intensifiant les échanges aux niveaux national et international avec le concours d'un certain nombre de personnalités brésiliennes et d'autres pays, les a rendus plus productifs.

L'exemple de l'observatoire brésilien montre que des réseaux informels peuvent devenir des structures plus établies qui donnent des résultats concrets. Il y a une forte pression au sein du réseau pour intensifier les échanges et pour mettre en place des mécanismes de suivi et d'évaluation permettant de garantir la qualité et la pertinence de ce que le réseau produit.

tenir compte de l'ensemble des forces qui agissent sur la main-d'œuvre, notamment l'évolution des besoins sanitaires, les tendances démographiques telles que le vieillissement, les attentes des consommateurs, l'essor des services de santé privés et le marché du travail à l'échelle mondiale (voir la Figure 2 dans le Résumé de ce rapport). Pour ce qui est de leur contenu, il est probable que les scénarios d'avenir porteront sur l'antagonisme entre la commercialisation d'une part et, d'autre part, l'accès universel et la protection sociale, entre le point de vue des technocrates et les arguments sociaux en faveur d'une approche plus axée sur le patient.

C'est le processus qui compte le plus. Au même titre qu'une bonne gestion des affaires publiques, la planification exige la coopération. Il ressort des débats organisés pour fixer les priorités que la légitimité des choix dépend moins des décisions elles-mêmes que de l'impartialité de la méthode employée (40). Si les décisions sont prises selon un processus ouvert et transparent, elles remportent l'adhésion de la société. Il y a un rapport étroit entre l'intensité du dialogue engagé avec de multiples parties intéressées et la solidité et la viabilité des choix politiques (30, 41). Le manque d'ouverture empêche de profiter de toutes les possibilités et suscite résistance et ressentiment.

CONCLUSION

Les stratégies nationales de développement du personnel de santé doivent dépasser le cadre de la formation et de la rémunération dans le secteur public pour embrasser tout le cycle professionnel – entrée dans la vie professionnelle, période d'activité, sortie – dans les secteurs public et privé. Le développement des ressources humaines est une question à la fois technique et politique qui demande d'instaurer la confiance entre les différents acteurs et de mettre la performance des agents de santé en rapport avec les attentes de la population.

Tant pour les Etats fragiles qui agissent dans une perspective à court ou moyen terme que pour les pays plus stables qui adoptent des stratégies à long terme exigeant plus de ressources, l'efficacité et le succès des politiques et de la réglementation dépendent avant tout de la participation des principaux acteurs à la prise de décision. Il est également indispensable de bien connaître la nature des problèmes et d'avoir le capital humain et les ressources nécessaires pour formuler des politiques.

Dans toutes les stratégies adoptées par les pays, les priorités devraient être les suivantes :

- Fonder les stratégies nationales sur des points de décision concrets qui couvrent l'entrée dans la vie professionnelle, la période d'activité et la sortie, l'instauration ou la restauration de la confiance, la gestion plurielle du cadre réglementaire et la capacité d'initiative.
- Etre attentif au processus. Les choix peuvent être difficiles et susciter des controverses : il est indispensable de garantir l'équité de la procédure par l'ouverture et la transparence, tout en ayant le courage d'exercer un arbitrage quand les intérêts particuliers prennent le dessus.
- Renforcer l'information stratégique en s'attachant à : i) déterminer l'ampleur et la nature des problèmes concernant le personnel de santé ; ii) évaluer ce qui est fait et déterminer ce qu'il est possible de faire ; iii) cerner les facteurs politiques qui ont conduit à la situation actuelle ; et iv) comprendre le point de vue des travailleurs et anticiper leurs réactions au changement.
- Développer les structures d'administration du personnel de santé du pays en mettant l'accent sur la réglementation, le leadership et l'information stratégique, y compris : i) l'analyse et l'évaluation des micro-innovations ; et ii) la conception de scénarios et la planification.

REFERENCES

1. Davies H. Falling public trust in health services: implications for accountability. *Journal of Health Services Research and Policy*, 1999, 4:193–194.
2. Mechanic D. Changing medical organization and the erosion of trust. In: Conrad P. *The sociology of health and illness*. Sixième édition. New York, N. Y., Worth Publishers, 2001:198–204.
3. Van Lerberghe W, Ferrinho P. *Civil society organizations and the poor: the unfulfilled expectations*. Washington, D. C., Banque mondiale, 2003 (document de base 28028 pour le Rapport sur le développement dans le monde 2004).
4. Gilson L. Trust and the development of health care as a social institution. *Social Science and Medicine*, 2003, 56:1453–1468.
5. Jaffré Y, Olivier de Sardan JP. *Une médecine inhospitalière: les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris, Karhala, 2003.
6. Narajan D. *Voices of the poor: can anyone hear us?* New York, N. Y., Oxford University Press, 2000:97.
7. Robinson R. Rationing health care: a national framework and local discretion. *Journal of Health Services Research and Policy*, 1997, 2:67–70.
8. Transparency International. *Corruption and health. Global corruption report 2006*. Londres, Pluto Press, 2006.
9. Benington J. Risk and reciprocity: local governance rooted within civil society. In: Coulson A. *Trust and contracts: relationships in local government, health and public services*. Bristol (Royaume-Uni), The Polity Press, 1998.
10. Taylor-Gooby P. Markets and motives: Trust and egoism in welfare markets. *Journal of Social Policy*, 1999, 28:97–114.
11. Mercer H, Ineson S, McCarty P. *National regulation of medical profession capacities*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006 (document de base pour le Rapport sur la santé dans le monde 2006 ; disponible sur l'Internet à l'adresse suivante : <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).
12. McKinlay JB, Steckle JD. Corporatization and the social transformation of doctoring. In: Conrad P. *The sociology of health and illness*. Sixième édition. New York, N. Y., Worth Publishers, 1999:175–185.
13. Krause EA. *Death of the guilds. Professions, states and the advance of capitalism, 1930 to the present*. New Haven, Connecticut (Etats-Unis d'Amérique) et Londres, Yale University Press, 1996.
14. Frenk J, Donabedian A. State intervention in medical care: types, trends and variables. *Health Policy and Planning*, 1987, 2:17–31.
15. Moran M. *Governing the health care state. A comparative study of the United Kingdom, the United States and Germany*. Manchester (Royaume-Uni) et New York, N. Y., Manchester University Press, 1999.
16. Lindblom CE. The science of “muddling through”. *Public Administration Review*, 1959, 19:79–88.
17. Bennet AE, Holland WW. Rational planning or muddling through? Research allocation in the NHS. *Lancet*, 1977, 8009:464–466.
18. Bloom G, Standing H. *Pluralism and marketisation in the health sector: meeting health needs in context of social change in low and middle-income countries*. Brighton (Royaume-Uni), Institute of Development Studies, 2001 (IDS Working Paper 136).
19. Jahan R, Germain A. Mobilizing support to sustain political will is the key to progress in reproductive health. *Lancet*, 2004, 364:742–744.
20. *Dignity counts: a guide to using budget analysis to advance human rights*. Mexico City, Fundar, 2004 (International Budget Project, International Human Rights Internship Program).
21. Van Lerberghe W, el Rashidi AR, Sales A, Mechbal A. Reform follows failure: unregulated private care in Lebanon. *Health Policy and Planning*, 1997, 12:296–311.
22. Xu K, Evans D, Carrin G, Aguilar-Rivera AM. *Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005 (Département Financement des systèmes de santé, Technical Brief for Policy-Makers, No. 2).
23. Pongsupap Y, Van Lerberghe W. Choosing between public and private or between hospital and primary care? Responsiveness, patient-centredness and prescribing patterns in outpatient consultations in Bangkok. *Tropical Medicine and International Health*, 2006, 11:81–89.
24. *Rapport sur la santé dans le monde 2005 – donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

25. Gonzalez-Rossetti A. *Enhancing the political feasibility of health reform: the Colombia case*. Data for Decision-making Project, 2000 (Health Sector Reform Initiative, Paper No. 39; <http://www.hsph.harvard.edu/ihsq/publications/pdf/lac/Colombiafinal-pp2.PDF>, consulté le 22 février 2006).
26. Palmer D. Human resources for health care study: Malawi's emergency human resources programme. DFID-Malawi, décembre 2004.
27. Pangu KA. Health workers motivation in decentralized settings: waiting for better times? In: Ferrinho P, Van Lerberghe W. *Providing health care under adverse conditions: health personnel performance and individual coping strategies*. Anvers, ITG Press, 2000 (Studies in Health Services Organization and Policy, 16):19–29.
28. Mutizwa-Mangiza D. *The impact of health sector reform on public sector health worker motivation in Zimbabwe*. Bethesda, Maryland (Etats-Unis d'Amérique), Abt Associates, 1998 (Partnerships for Health Reform, Major Applied Research 5, Working Paper No. 4).
29. Wiscow C. *The effects of reforms on the health workforce*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005 (Document de base pour le *Rapport sur la santé dans le monde 2006*; disponible sur l'Internet à l'adresse suivante: <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).
30. Ammar W. *Health system and reform in Lebanon*. Beyrouth, Entreprise universitaire d'Etudes et de Publications, 2003.
31. Potter C, Brough R. Systemic capacity building: a hierarchy of needs. *Health Policy and Planning*, 2004, 19:336–345.
32. Rigoli F, Arteaga O. *The experience of the Latin America and Caribbean Observatory of Human Resources in Health*. <http://www.lachsr.org/en/observatorio.cfm>, consulté le 22 février 2006).
33. Campos FE, Hauck V. *Networking collaboratively: The Brazilian Observatório on Human Resources in Health. A case study prepared for the project 'Capacity, Change and Performance'*. Maastricht (Pays-Bas), Centre européen de gestion des politiques de développement, 2005 (Discussion Paper, 57L). (http://www.ecdpm.org/Web_ECDPM/Web_Content/Navigation.nsf/index2?ReadForm, consulté le 22 février 2006).
34. Améliorer le sort du personnel : l'élément clé pour développer les soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants. *Note d'orientation politique 2. Rapport sur la santé dans le monde 2005*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.
35. Vaz F, Bergstrom S, Vaz Mda L, Langa J, Bugalho A. Training medical assistants for surgery [Formation en chirurgie d'assistants médicaux]. *Bulletin of the World Health Organization*, 1999, 77:688-691 (résumé en français)
36. Tangcharoensathien V, Jongudomsuk P. *From policy to implementation: historical events during 2001-2004 of universal coverage in Thailand*. Bangkok, National Health Security Office, 2004.
37. Kitzhaber JA. Prioritizing health services in an era of limits: the Oregon experience. In: R Smith. *Rationing in action*. Londres, BMJ Publishing Group, 1993.
38. *Core services 1993/4*. Wellington (Australie), National Advisory Committee, 1992.
39. *Choices in health care: a report by the Government Committee on Choices in Health Care*. Rijswijk (Pays-Bas), Ministère de la Santé, Welfare and Cultural Affairs, 1992.
40. McKee M, Figueras J. Setting priorities: can Britain learn from Sweden? *BMJ*, 1996, 312:691–694.
41. Stewart J, Kringas P. *Change management – strategy and values: six case studies from the Australian public sector*. Université de Canberra, Centre for Research in Public Sector Management, 2003 (<http://www.dmt.canberra.edu.au/crpsm/research/pdf/stewartkringas.pdf>, consulté le 21 février 2006).

travailler ensemble :



chapitre sept

la coopération

dans les pays et

entre pays

dans ce chapitre

135 Catalyser l'acquisition des connaissances et l'apprentissage

143 Passer des accords de coopération

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

148 Aller ensemble de l'avant

153 Marcher de concert vers l'avenir

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

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

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

CATALYSER L'ACQUISITION DES CONNAISSANCES ET L'APPRENTISSAGE

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

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

Asseoir l'information sur une base solide

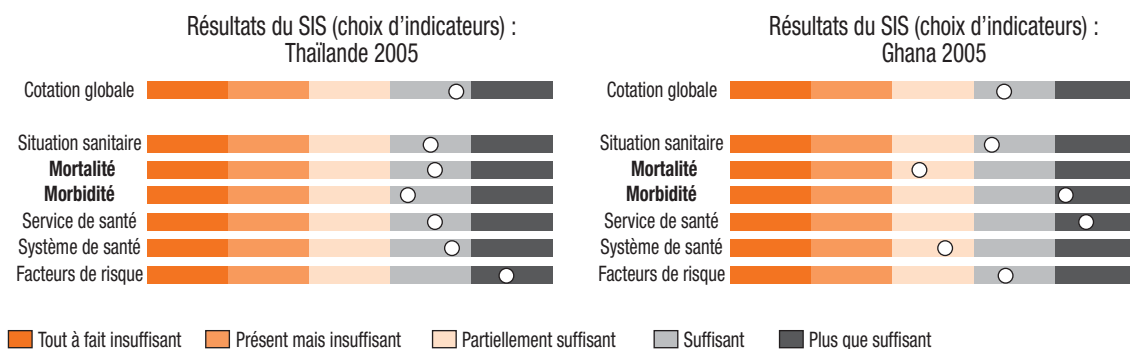
Une première étape importante dans le renforcement des bases sur lesquelles repose l'information relative au personnel sanitaire consiste à élaborer un cadre conceptuel clair qui indique les limites et décrit la composition de ce personnel. Il est encourageant de constater que des efforts sont actuellement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

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

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

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

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



Source des données : (5).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

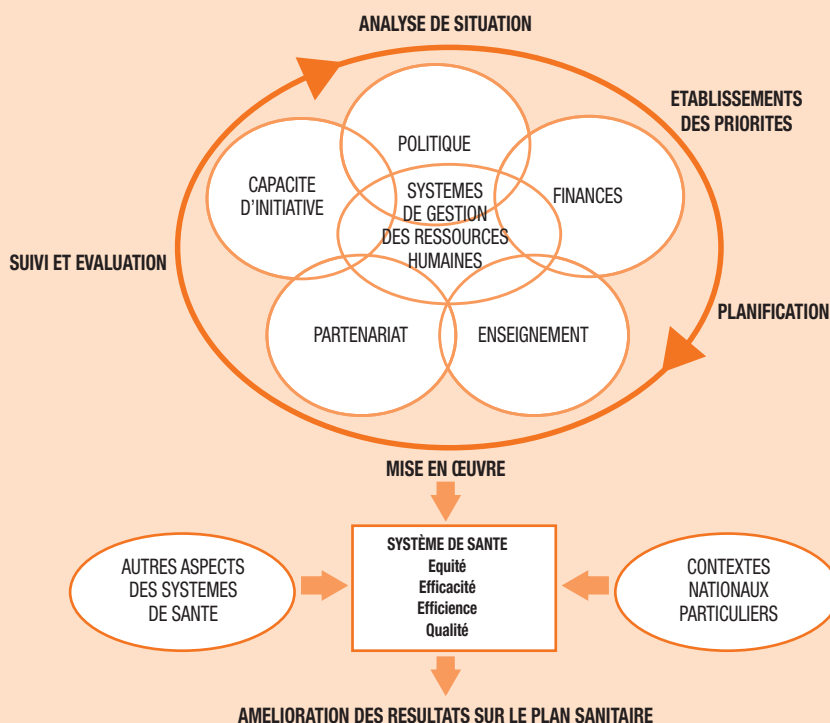


Tableau 7.1 Brève description des résultats de trois études systématiques Cochrane sur les ressources humaines pour la santé

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

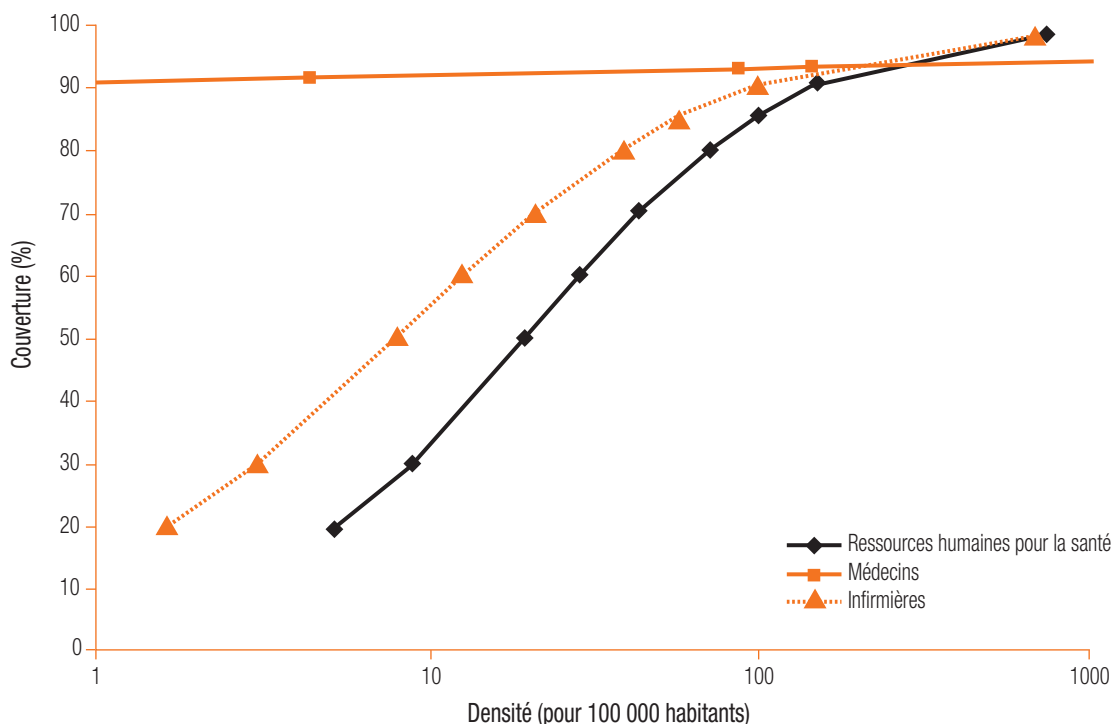
Source des données : (10).

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

Production et gestion des connaissances

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

Figure 7.2 Couverture vaccinale et densité des agents de santé



Source des données : (5).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Regroupement des compétences

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PASSER DES ACCORDS DE COOPERATION

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

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

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

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

FAIRE FACE A LA CRISE DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE

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

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

Une action mondiale exceptionnelle est nécessaire

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

Ententes nouées autour de plans d'urgence

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

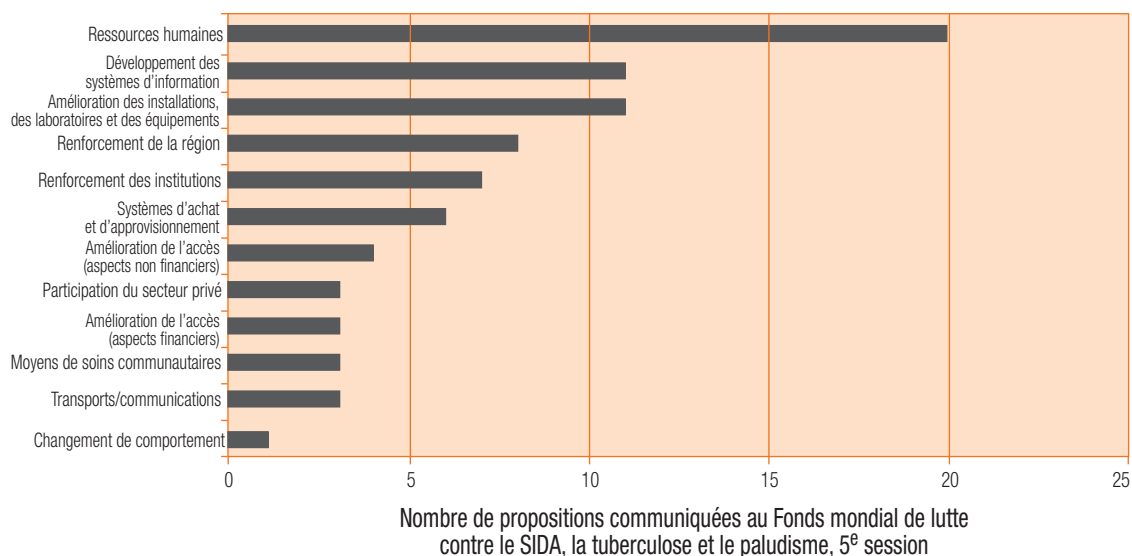
Vers des pratiques ménageant davantage les travailleurs

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

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

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

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



Source des données : (5).

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

Nécessité d'un financement suffisant et durable

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

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

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

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

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

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

Une ligne de conduite mondiale pour le financement

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

Si la budgétisation ascendante sur la base des plans d'urgence constitue la meilleure manière de procéder, il est néanmoins nécessaire d'avoir une ligne de conduite en matière de financement qui permet de veiller à ce que l'action soit adaptée aux besoins, et autour de laquelle la communauté internationale puisse se mobiliser. Sur un financement total au titre de l'aide internationale au développement sanitaire – qui atteignait environ US \$12 milliards par an en 2004 (26) –, les auteurs du présent rapport recommandent une répartition à parts égales – c'est-à-dire que 50 % des fonds soient alloués au renforcement des systèmes de santé, dont au moins la moitié pour le soutien des plans d'urgence en matière de ressources humaines. La logique de cette répartition tient au fait que les agents de santé sont tributaires du fonctionnement du système de santé et à la nécessité d'assurer un financement spécialement consacré à des stratégies de mise en valeur des ressources humaines qui aillent au-delà des activités que peuvent avoir dans ce domaine certains programmes prioritaires particuliers menés par les institutions sanitaires mondiales.

Dans la mesure où le développement proposé est financé par des fonds publics – c'est-à-dire par l'impôt, les assurances sociales ou la solidarité internationale –, il est soumis aux règles du financement public. Soucieux de préserver la stabilité macro-économique et la pérennité fiscale, les institutions internationales et les ministres des finances se fondent sur des critères tels que le rapport des dépenses publiques au PIB pour fixer des plafonds. En ce qui concerne le secteur de la santé, la conséquence la plus visible de cette façon de faire est le plafonnement des recrutements et la stagnation des salaires des agents de santé du secteur public. Les moratoires imposés au recrutement limitent le développement des services de santé et sont générateurs de chômage parmi le personnel sanitaire, notamment en Afrique subsaharienne. D'ailleurs, les stratégies de réduction de la pauvreté font souvent explicitement référence à ce type de restriction. Ainsi, au Kenya, au Mozambique, en Zambie et dans beaucoup d'autres pays, les pouvoirs publics s'abstiennent de recruter des agents de santé car ils ne parviennent pas à trouver le moyen de tourner ces prescriptions (27).

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

lier au financement de la santé et du personnel de santé sur des fonds publics. Négocier des garanties de protection de l'espace fiscal pour le financement du personnel sanitaire va exiger, de la part des acteurs mondiaux du développement sanitaire, qu'ils s'engagent dans un dialogue productif avec les ministères des finances, les institutions financières internationales et les principaux intervenants au niveau international. Il s'avère de plus en plus que l'action au niveau des ressources humaines pour la santé permet un retour sur investissement sur le plan sanitaire et économique, et ce fait peut faciliter la négociation. Par ailleurs, accorder la première place à la santé de la population et s'attacher à assurer un accès universel aux soins comportent des justifications morales et politiques susceptibles de faire passer plus aisément l'octroi d'un statut particulier au personnel sanitaire.

Les préoccupations au sujet du financement public de l'expansion des effectifs sanitaires sont liées à la capacité des pouvoirs publics d'assurer le paiement des salaires pendant toute la durée de la carrière des agents. Les pays sont réticents à contracter une dette publique qui risque d'être insupportable, aussi ont-ils besoin de pouvoir compter sur le soutien à long terme de la communauté des donateurs (30). Cela étant, les fonds octroyés par les donateurs sont l'expression des priorités gouvernementales du moment et on ne voit généralement pas se profiler de systèmes permettant de garantir ce soutien dans la durée. Les problèmes posés par le financement à long terme de l'accroissement du personnel sanitaire sont donc indissociables du problème plus général de la mobilisation des ressources pour la santé. Des prises de position audacieuses et de nouveaux mécanismes pourraient rendre plus prévisibles les flux d'aide au niveau mondial (31). Il faudrait les compléter par des stratégies nationales tendant à pérenniser le financement du secteur de la santé.

ALLER ENSEMBLE DE L'AVANT

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

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

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

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

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

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

Des initiatives nationales

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

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

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

La solidarité internationale

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

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

Tableau 7.2 Plan d'action décennal

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

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

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

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

Plan d'action

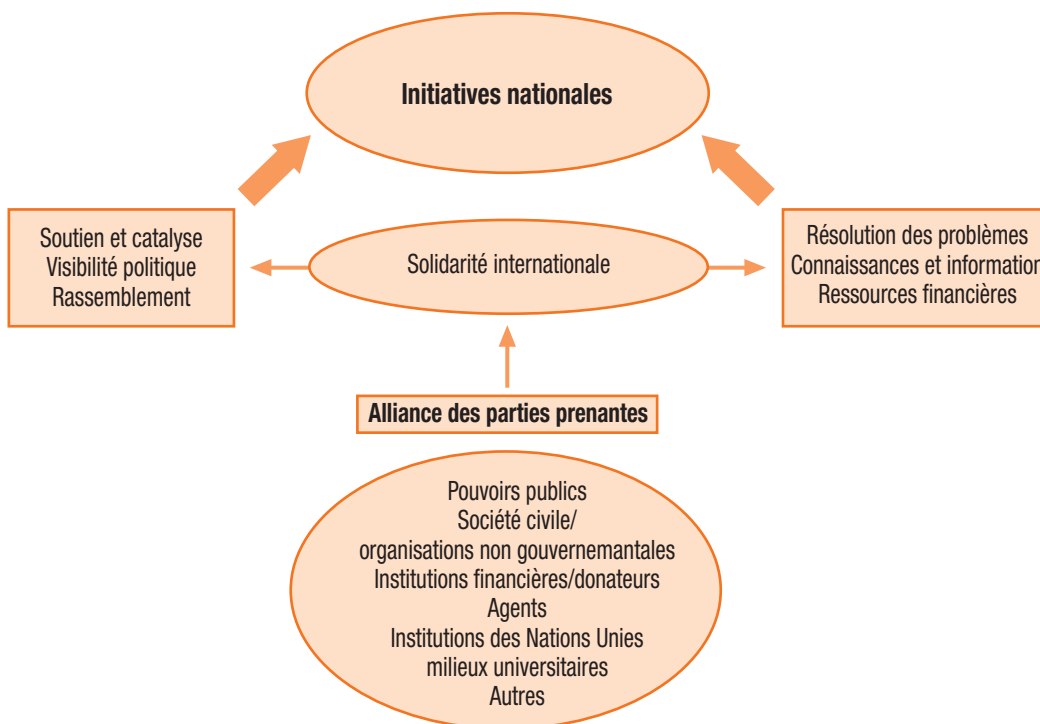
Des initiatives doivent être prises de toute urgence au niveau national pour relancer l'action au niveau des pays et la maintenir pendant au moins une décennie. Le Tableau 7.2 récapitule les objectifs d'un plan d'action décennal pour la période 2006–2015.

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

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

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

Figure 7.4 Alliance mondiale des parties prenantes



MARCHER DE CONCERT VERS L'AVENIR

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

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

REFERENCES

1. Dubois C-A, McKee M. Cross-national comparisons of human resources for health. What can we learn? *Health Economics, Policy and Law*, 2006, 1:59–78.
2. Moore J, Karnaukhova J, McGinnis S, Ricketts T, Skillman S, Paul E et al. *Human resources for health: options for analysis and monitoring* (document non publié, 2005)
3. Diallo K, Zurn P, Gupta N, Dal Poz MR. Monitoring and evaluation of human resources for health: an international perspective. *Human Resources for Health*, 2003, 1:3.
4. *Human resources of European health systems: final report*. Paris, Organisation de Coopération et de Développement économiques, 2001.
5. *Opportunities for global health initiatives in the health systems action agenda*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005 (Making health systems work, Working Paper No.4).
6. *Report on WHO Workshop on Formulating a Global Research Agenda for Human Resources for Health, Cape Town, 6–8 September 2004*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.
7. *Human resources for health: overcoming the crisis*. Cambridge, Massachusetts (Etats-Unis d'Amérique), L'Initiative pour Apprendre Ensemble, 2004.
8. Hongoro C, McPake B. How to bridge the gap in human resources for health. *Lancet*, 2004, 364:1451–1456.
9. Black N. Health care workforce: how research can help. *Journal of Health Services Research and Policy*, 2004, 9(Suppl. 1):1–2.
10. Cochrane Database of Systematic Reviews (disponible sur l'Internet à l'adresse suivante : http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cochrane_clsystrev_articles_fs.html, consulté le 12 février 2006).
11. Anand S, Bärnighausen T. *Human resources for health and vaccination coverage in developing countries* (document non publié, Oxford University, 2005).
12. *Report from the Ministerial Summit on Health Research: identify challenges, inform actions, correct inequities*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.
13. *Cape Town recommendations for scaling up research on human resources for health*. World Health Organization Workshop on Formulating a Global Research Agenda on Human Resources for Health, 6 to 8 September 2004, Le Cap (Afrique du sud) (http://www.who.int/reproductive-health/tcc/meeting_documents/cape_town_recommendations.pdf, consulté le 26 février 2006).

14. *Report of the Task Force on Health Systems Research*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005 (http://www.who.int/rpc/summit/Task_Force_on_HSR_2.pdf, consulté le 12 février 2006).
15. Awases M, Nyoni J, Gbary A, Chatora R. *Migration des personnels de santé dans six pays : rapport de synthèse*. Brazzaville, Bureau régional OMS de l'Afrique, 2004.
16. Hasselhorn H-M, Tackenberg P, Müller BH. *Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe: NEXT – nurses early exit study, 2003*. Stockholm, National Institute for Working Life, 2004.
17. Ministère de la Santé, Gouvernement de l'Ouganda (<http://www.health.go.ug/>, consulté le 26 février 2006).
18. *Vers une société pour tous les âges. Emploi, Santé, Retraites et Solidarité intergénérationnelle*. Bruxelles, Commission européenne, 1999 (document de conférence, Symposium européen ; disponible sur l'Internet à l'adresse suivante : http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/ageing/vienna/vienna_fr.pdf, consulté le 26 février 2006).
19. *Jobs of the future*. Accenture/The Lisbon Council, 2005 (disponible sur l'Internet à l'adresse suivante : http://www.accenture.com/Global/Research_and_Insights/Policy_And_Corporate_Affairs/JobsFuture.htm, consulté le 26 février 2006).
20. Cooper RA, Getzen TE, McKee HJ, Laud P. Economic and demographic trends signal an impending physician shortage. *Health Affairs*, 2002, 21:140–154.
21. Matthews Z, Van Lerberghe W. *Notes on workforce implications of demographic change* (document de base pour le *Rapport sur la santé dans le monde 2006* ; disponible sur l'Internet à l'adresse suivante : <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).
22. Kinfu Y, Mercer H, Dal Poz MR, Evans DB. *Estimating inflows and outflows of health service providers in sub-Saharan Africa*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005 (document de base pour le *Rapport sur la santé dans le monde 2006* ; disponible sur l'Internet à l'adresse suivante : <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).
23. Palmer D, United Kingdom Department for International Development–Malawi, communication personnelle.
24. *PRSPs: their significance for health – second synthesis report*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (document WHO/HDP/PRSP/04.1).

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

annexe statistique

notes

explicatives

TABLEAU 1 DE L'ANNEXE

Toutes les estimations de l'effectif et de la structure des populations pour 2004 sont basées sur l'évaluation démographique établie par la Division de la Population de l'ONU (1). Ces estimations se réfèrent à la population effective et non à la population légale de chaque Etat Membre.

Le taux de croissance annuel, le rapport de dépendance économique, le pourcentage de la population âgée de 60 ans ou plus, ainsi que le taux global de fécondité sont tirés de cette même base de données de la Division de la Population de l'ONU.

Pour évaluer le niveau général des réalisations sanitaires, il est indispensable de mettre au point la meilleure évaluation possible de la table de mortalité de chaque pays. L'élaboration pour 2004 de nouvelles tables de mortalité pour les 192 Etats Membres a commencé par un examen systématique de toutes les données disponibles sur les niveaux et tendances de la mortalité des moins de cinq ans et de celle des adultes. Les efforts déployés par les bureaux régionaux de l'OMS pour recueillir des données sur les événements d'état civil auprès des Etats Membres méritent d'être soulignés (2). Certaines organisations internationales comme le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) gèrent également des bases de données historiques sur les taux de mortalité des moins de cinq ans, dont elles mettent généreusement en commun les informations, ce qui nous a permis de les prendre en compte dans nos analyses. Parmi les autres sources d'information, on peut citer les données émanant des recensements ou enquêtes au niveau national ou encore auprès des ménages, telles que les enquêtes démographiques et sanitaires de l'ORC Macro, l'étude de la Banque mondiale sur les mesures des niveaux de vie, ainsi que les enquêtes par grappes à indicateurs multiples de l'UNICEF (EGIM). Enfin, certains documents statistiques nationaux tels que les annuaires statistiques ou encore des rapports d'organismes spécialisés et les résultats du dépouillement d'un certain nombre de publications périodiques ont également été pris en compte pour l'établissement de la base de données.

Cet examen a largement tiré profit d'une évaluation collective, par la Banque mondiale, la Division de la Population de l'ONU responsable du suivi des tendances de la mortalité infanto-juvénile, l'OMS et l'UNICEF, des niveaux de la mortalité des moins de cinq ans en 2004. Ces quatre organismes ont mis sur pied le Groupe de coordination sur la mortalité infanto-juvénile qui comporte une équipe indépendante d'universitaires dont l'objectif est d'effectuer un examen critique des méthodes actuellement utilisées dans chaque institution pour rassembler les données et procéder à des estimations ponctuelles (3).

L'OMS utilise une méthode normalisée pour les estimations et les projections des tables de mortalité de tous les Etats Membres dont les données sont comparables, ce qui peut conduire à des différences mineures par rapport aux tables de mortalité officielles établies par les Etats Membres.

L'espérance de vie à la naissance, la probabilité de décès avant cinq ans (taux de mortalité des moins de cinq ans) et la probabilité de décès entre 15 et 60 ans (taux de mortalité des adultes) proviennent des tables de mortalité calculées par l'OMS pour chaque Etat Membre.

Le mode d'établissement des tables de mortalité pour 2004 diffèrait selon les Etats Membres en fonction des données disponibles pour évaluer la mortalité infanto-juvénile et celle des adultes. En raison de l'hétérogénéité croissante des caractéristiques de la mortalité chez l'adulte et l'enfant, l'OMS a mis au point un système de tables de mortalité utilisant un modèle logistique à deux paramètres, avec des paramètres supplémentaires tenant compte de l'âge, de manière à corriger les erreurs systématiques qui résultent de l'application d'un système à deux paramètres (4). Ce système a été largement utilisé pour l'élaboration des tables de mortalité des Etats Membres dépourvus d'un système adéquat d'enregistrement des données d'état civil et pour les projections sur 2004 lorsque les données disponibles les plus récentes portaient sur des années antérieures. Les estimations pour 2004 ont été révisées de manière à tenir compte des nouvelles données reçues pour de nombreux Etats Membres depuis la publication du *Rapport sur la santé dans le monde, 2005*, et ne sont peut-être pas comparables avec celles qui ont été publiées dans les rapports antérieurs. Les méthodes utilisées pour établir les tables de mortalité sont résumées ci-après et une synthèse détaillée en a été publiée (4, 5).

Pour les Etats Membres qui disposent de données d'état civil ou utilisent un système d'enregistrement par sondage, on a commencé par appliquer des techniques démographiques appropriées (méthode de Preston-Coale, méthode de Brass – équilibre d'accroissement et équilibre d'accroissement généralisé – et méthode de Bennett-Horiuchi) pour évaluer le degré de complétude des données sur la mortalité enregistrées dans la population d'âge supérieur à cinq ans, puis les données relatives à ces tranches d'âge ont été ajustées en conséquence (6). Lorsqu'il existait des données d'état civil pour 2004, elles ont servi directement à l'établissement de la table de mortalité. Pour d'autres pays où le système fournissait une série chronologique de tables de mortalité annuelles, les paramètres (I_{5+} , I_{60+}) ont fait l'objet de projections à l'aide d'un modèle de régression pondérée donnant davantage de poids aux années récentes (moyennant un système de pondération exponentielle tel que le poids attribué à chaque année t soit inférieur de 25 % au poids attribué à l'année $t+1$). Pour les pays comptant une population de moins de 750 000 habitants ou pour lesquels l'erreur type issue de la régression était supérieure ou égale à 0,011, on a procédé à l'estimation d'une tendance à plus court terme en appliquant un facteur de pondération avec une décroissance exponentielle annuelle de 50 %. On a ensuite appliqué les valeurs projetées des deux paramètres des tables de mortalité à un modèle logistique modifié, en prenant comme norme les dernières données nationales – ce qui permet de déterminer la structure d'âge la plus récente – afin de calculer la table de mortalité complète pour 2004.

Pour tous les Etats Membres, les autres données dont on disposait au sujet de la mortalité infanto-juvénile, c'est-à-dire provenant notamment d'enquêtes et de recensements, ont été évaluées et corrigées afin d'estimer la tendance probable au cours des

quelques décennies précédentes et de déterminer la mortalité infanto-juvénile prévisible en 2004. On a utilisé une méthode normalisée de calcul de la mortalité infanto-juvénile pour obtenir les estimations relatives à 2004 (7).

Ces estimations sont utilisées, d'une part pour remplacer les estimations du taux de mortalité des moins de cinq ans dans les tables de mortalité des pays qui possèdent des registres d'état civil ou un système d'enregistrement par sondage des événements d'état civil, mais pour lesquels l'enregistrement du nombre de décès chez les moins de cinq ans est incomplet. D'autre part, dans le cas des pays qui ne disposent pas d'un registre d'état civil exploitable, c'est-à-dire essentiellement ceux où la mortalité est la plus élevée, le taux calculé de mortalité des moins de cinq ans constitue l'une des données d'entrée du système logistique modifié. Les taux de mortalité des adultes ont été tirés des résultats des enquêtes ou des recensements dont on disposait ; à défaut, on a estimé les valeurs correspondantes les plus probables de ces taux en utilisant un modèle de régression de la mortalité infanto-juvénile en fonction de la mortalité des adultes basé sur une série de quelque 1800 tables de mortalité. Ces taux estimatifs de mortalité infanto-juvénile et de mortalité des adultes ont ensuite été appliqués, en utilisant le modèle logistique modifié, à une table mondiale type définie comme la moyenne de toutes les tables de mortalité, pour obtenir les estimations relatives à 2004.

Il est à noter que le modèle logistique de tables de mortalité basé sur la table mondiale type ne permet pas de prendre en compte les situations caractérisées par une forte épidémie de VIH/SIDA, car ce n'est pas des pays frappés par l'épidémie que proviennent les tables de mortalité observées. De même, les décès dus à des conflits armés ne sont pas non plus pris en compte du fait que les systèmes d'enregistrement des données d'état civil sont souvent désorganisés en période de conflit (8). C'est pour ces raisons que, dans le cas des pays concernés, on a procédé à une estimation de la mortalité sans prendre en compte les décès attribuables au VIH/SIDA et aux conflits armés et que l'on a ajouté les estimations séparées des décès survenus en 2004 pour ces deux causes.

Les principaux résultats du Tableau 1 de l'annexe sont accompagnés de leur intervalle d'incertitude afin que l'utilisateur dispose de la fourchette plausible dans laquelle se trouvent les estimations de chaque mesure pour chaque pays. Dans le cas des pays dont la projection des données d'état civil a été effectuée par régression sur des séries chronologiques appliquée aux paramètres du modèle logistique des tables de mortalité, on a tenu compte de l'incertitude sur les coefficients de régression en procédant à 1000 tirages des paramètres et en utilisant les estimations fournies par la régression et la matrice de variance-covariance des estimateurs. Pour chacun des tirages, on a calculé une nouvelle table de mortalité. Lorsque des sources supplémentaires d'information fournissaient une fourchette plausible pour le taux de mortalité des moins de cinq ans et le taux de mortalité des adultes, des restrictions ont été imposées aux 1000 tirages de manière que chaque table de mortalité produise des estimations qui se situent à l'intérieur de ces limites. Les 1000 tables de mortalité produites par ces tirages multiples traduisent une partie de l'incertitude qui entache les tendances projetées de la mortalité, et notamment l'évaluation quantitative imprécise des modifications systématiques survenues dans les paramètres logistiques au cours de la période de temps couverte par les données d'état civil disponibles.

Dans le cas des Etats Membres pour lesquels on disposait d'un enregistrement complet des décès en 2004 et pour lesquels l'on n'a pas utilisé de projection, l'incertitude relative aux tables de mortalité découle de l'incertitude sur le comptage des événements, dont rend approximativement compte la distribution de Poisson, et qui concerne les taux de décès estimatifs par âge tirés de l'observation d'un nombre fini de décès au cours d'une période fixe d'une année.

Dans le cas des pays ne disposant pas de séries chronologiques de données relatives à la mortalité par âge et par sexe, on a procédé comme suit. On a tout d'abord obtenu des estimations ponctuelles et des fourchettes pays par pays pour le taux de mortalité des moins de cinq ans et des adultes de sexe masculin et féminin (5). Dans le modèle

logistique modifié de tables de mortalité (4), les valeurs de ces deux paramètres peuvent être utilisées pour déterminer une série de tables de mortalité différentes de la table type de mortalité mondiale. A l'aide des méthodes de simulation de Monte Carlo, 1000 tables de mortalité ont été générées de manière aléatoire en tirant des échantillons des distributions normales autour de ces valeurs avec une variance définie en fonction de la marge d'incertitude. Dans les pays où l'incertitude sur le taux de mortalité des moins de cinq ans et des adultes était très importante en raison de la rareté des informations fournies par les enquêtes ou la surveillance, l'échantillonnage a porté sur de larges distributions, mais des restrictions ont été apportées aux résultats en se basant sur les valeurs maximales et minimales plausibles des estimations ponctuelles.

Pour 55 pays, principalement situés en Afrique subsaharienne, les estimations des tables de mortalité ont été obtenues en élaborant des tables de mortalité contrefactuelles qui ne prenaient pas en compte l'impact de l'épidémie de VIH/SIDA sur la mortalité, puis en combinant ces tables avec les estimations exogènes des taux de surmortalité attribuable au VIH/SIDA. Les estimations ont été obtenues par des méthodes de rétrocalcul mises au point dans le cadre d'un effort concerté de l'OMS et du Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) afin d'obtenir des estimations épidémiologiques du VIH/SIDA au niveau des pays. Dans les pays où le nombre de décès par suite de conflits armés était important, l'estimation de la marge d'incertitude correspondante a également été prise en compte dans l'analyse relative à l'incertitude des tables de mortalité.

TABLEAU 2 DE L'ANNEXE

Le Tableau 2 de l'annexe (qui correspond au Tableau 5 de l'annexe du rapport précédent) donne un ensemble d'indicateurs utiles aux décideurs portant sur les principaux agrégats de dépenses de santé. Ces indicateurs comportent les dépenses totales de santé ventilées en dépenses publiques générales de santé et dépenses privées pour la santé. Un certain nombre de composantes des dépenses publiques de santé (dépenses de sécurité sociale au titre de la santé) et des dépenses privées de santé (assurance-maladie, système de prépaiement et dépenses directes) sont également données. L'estimation des dépenses publiques générales de santé est également présentée en proportion du total des dépenses publiques générales (DPG). Des données sur les ressources financières extérieures qui sont des flux extérieurs au pays spécialement destinés à la santé et considérés comme des sources de financement figurent également dans cette annexe. Ces ressources représentent l'ensemble des fonds extérieurs qui servent à financer les dépenses publiques générales de santé ainsi que les dépenses privées au titre de la santé.

Toutes ces données représentent les meilleures estimations dont l'OMS disposait fin 2005 pour chacun de ses 192 Etats Membres. Les mises à jour ultérieures, les données concernant d'autres années et un certain nombre d'autres informations détaillées peuvent être obtenues en consultant le site Internet de l'OMS relatif aux comptes nationaux de la santé (CNS) à l'adresse suivante : <http://www.who.int/nha/en/>.

Au cours de la dernière décennie, un nombre croissant de pays ont publié des données plus complètes sur leurs dépenses de santé : une centaine d'entre eux ont rendu compte de façon complète de leurs comptes nationaux de la santé (pour une année ou plus) ou communiqué le montant de leurs dépenses de santé à l'Organisation pour la Coopération et le Développement économiques (OCDE), données qui sont publiées dans Eco-Santé OCDE. L'OMS, quant à elle, publie des données tirées de sources et de rapports nationaux et internationaux. Ces données sont rassemblées, triangulées et harmonisées dans le cadre des comptes nationaux de la santé, en s'appuyant sur des classifications internationales et les procédures habituelles applicables aux comptes nationaux. Des techniques normalisées d'estimation comptable et d'extrapolation ont été appliquées pour obtenir des séries chronologiques appropriées. Comme les années précédentes, des projets de modèles sont adressés aux ministères de la santé pour

qu'ils les commentent et nous aident, le cas échéant, à obtenir les informations supplémentaires dont nous avons besoin. Leurs réponses et celles d'autres organismes publics, comme les bureaux ou instituts de statistique, ont constitué une précieuse source d'informations en retour qui a permis d'améliorer les indicateurs de dépenses de santé figurant dans le présent rapport. Le personnel de l'OMS, tant au Siège que dans les bureaux régionaux et de pays, a facilité ce processus. Les consultations et les discussions qui ont lieu régulièrement depuis des années ont permis d'établir d'importants circuits de communication avec les ministères de la santé et d'autres organismes ou encore avec des experts et des réseaux nationaux et internationaux, et elles ont également contribué à développer les moyens nationaux dans ce domaine.

Mesure des dépenses de santé

Les comptes de la santé (CS) représentent la synthèse des flux de financement et de dépenses enregistrés pendant le fonctionnement d'un système de santé. Ils offrent la possibilité de suivre toutes les transactions depuis l'origine du financement jusqu'à la distribution des prestations en fonction des caractéristiques géographiques, démographiques, socio-économiques et épidémiologiques. Les comptes nationaux de la santé se rattachent également aux comptes macroéconomiques et macrosociaux dont ils empruntent la méthodologie.

Il existe une contribution méthodologique importante à la préparation des comptes de la santé, le *Guide pour l'élaboration des comptes nationaux de la santé avec des applications spéciales pour les pays à faible et moyen revenus* (9). Ce guide s'appuie lui-même sur les principes énoncés dans le *Système des comptes pour la santé* (10) de l'OCDE dont les méthodes sont conformes aux principes de base du *Système de comptabilité nationale* de l'Organisation des Nations Unies (communément désigné sous le sigle SNA93) (11).

L'OMS publie depuis 2002 une série quinquennale mobile d'indicateurs qu'elle met à jour chaque année en fonction des meilleures estimations dont elle dispose. Une cohérence interne est assurée entre les années prises en compte pour chaque série quinquennale. Comme l'établissement des comptes de la santé est une discipline en cours d'élaboration – non seulement sur le plan méthodologique, mais aussi en ce qui concerne sa mise en œuvre par les pays –, un certain nombre d'Etats Membres ont modifié leurs estimations antérieures afin d'améliorer la mesure de leurs dépenses. On peut distinguer cinq catégories de facteurs, qui expliquent l'amélioration des estimations : 1) de nouveaux rapports sur les comptes nationaux de la santé, lorsque ceux-ci constituent les premiers rapports des pays dans ce domaine ; 2) de meilleurs rapports sur les comptes nationaux de la santé contenant un rapport complémentaire avec des estimations améliorées par rapport aux documents antérieurs ; 3) l'utilisation de meilleures sources de données qui permettent d'obtenir de nouvelles informations telles que par exemple des données de sécurité sociale ou les résultats publiés de nouvelles enquêtes sur les dépenses des ménages ; 4) de meilleures sources d'information, soit parce que les gouvernements fournissent effectivement de meilleures données, soit parce qu'on a repéré les cas de double comptabilisation ; et (5) la mise à jour des macrodonnées. La prudence s'impose lorsqu'on compare les estimations nouvellement publiées avec les séries antérieures de données ou lorsqu'on s'efforce d'élaborer une série plus longue que la série pluriannuelle actuelle (en ce qui concerne les séries plus longues rapprochées, prière de se reporter au site Internet).

Définitions

Le total des dépenses de santé a été défini comme la somme des dépenses publiques générales de santé (DPGS) et des dépenses privées pour la santé (DPS). Les dépenses publiques générales de santé représentent la somme des dépenses effectuées par les pouvoirs publics en vue de l'achat de services de santé et de biens, notamment par le ministère de la santé et les organismes de sécurité sociale. Les dépenses de santé

privées sont définies comme la somme des dépenses totales effectuées par des entités privées : notamment les caisses privées d'assurance-maladie, les institutions à but non lucratif et les ménages qui effectuent des versements complémentaires à ces institutions ou qui doivent financer unilatéralement les produits de santé dont ils ont besoin. L'assiette du revenu de ces entités peut avoir une multiplicité de sources, notamment d'origine extérieure, d'où la nécessité de prendre en considération les attributs essentiels des comptes de la santé, à savoir la complétude, la cohérence, la normalisation et la communication des données en temps voulu, lorsqu'on procède aux estimations. Les chiffres sont donnés au départ en millions d'unités de la monnaie nationale (millions d'UMC) aux prix courants.

Les dépenses publiques générales de santé (DPGS) comprennent les dotations destinées à maintenir, à restaurer ou à améliorer l'état de santé de la population. Elles sont effectuées, en liquide ou en nature, par les agents de financement suivants :

- autorités centrales/fédérales (ministère de la santé ou autre ministère), statales/provinciales/régionales ou locales/municipales ;
- organismes financés par des fonds extrabudgétaires, notamment le système de sécurité sociale ;
- sources de financement directes des soins de santé par des organismes paratatiques ou des entreprises publiques (qui se comportent comme des entreprises privées mais sont placées sous l'autorité des pouvoirs publics).

Dans les trois cas, le financement se fait à partir de fonds nationaux ou en utilisant des ressources extérieures (principalement des subventions attribuées par le truchement des pouvoirs publics ou des prêts attribués par la voie du budget national).

Les dépenses publiques générales de santé comprennent à la fois les dépenses de fonctionnement et d'investissement (y compris les transferts de capitaux) engagées au cours de l'année. La classification des fonctions de l'Etat, préconisée par l'ONU, le Fonds monétaire international (FMI), l'OCDE et d'autres institutions, permet de délimiter les dépenses publiques. Il arrive souvent que les données contenues dans les publications se limitent à celles communiquées par les ministères de la santé. Or, les dépenses de santé devraient inclure tout ce qui est principalement destiné à l'amélioration de la santé, quelle que soit l'entité chargée de l'exécution. On s'est donc attaché à obtenir des données sur les dépenses de santé auprès d'autres ministères ainsi que des forces armées, des administrations pénitentiaires, des écoles, des universités et autres sources pour être certain de prendre en compte la totalité des ressources consacrées à la santé. Par ailleurs, toutes les dépenses au titre de la santé comprennent la consommation finale, les subventions aux producteurs et les versements aux ménages (principalement les remboursements de factures médicales ou pharmaceutiques).

Les chiffres des dépenses de sécurité sociale pour la santé comprennent les sommes affectées à l'achat de biens et de services par les régimes d'assurance obligatoire gérés par l'Etat. L'une des principales difficultés en matière de comptabilité consiste à éviter la double comptabilisation et à ne pas prendre en compte des prestations en espèces pour congé maladie ou perte d'emploi pouvant figurer dans les estimations, car ce type de prestation doit être classé parmi les indemnités au titre de la garantie de ressources. Les systèmes de sécurité sociale obligatoire gérés par l'Etat qui ne s'appliquent qu'à des groupes particuliers de la population, comme par exemple les employés du secteur public, sont également pris en compte.

Les dépenses de santé privées ont été définies comme la somme des dépenses correspondant aux entités et rubriques suivantes :

- Systèmes de prépaiement et de répartition des risques : dépenses des régimes d'assurance privée et des régimes d'assurance sociale privée (pour lesquels l'Etat n'a aucun contrôle sur les taux de cotisation et les prestataires participants mais donne quelques orientations générales), des régimes d'assurance privée avec ou sans but lucratif (mutuelles), des réseaux de santé et autres agents économiques qui gèrent

des systèmes de prestations médicales et paramédicales prépayés (y compris les coûts d'exploitation de ces systèmes).

- Dépenses de santé des entreprises : dépenses d'entreprises publiques et privées concernant les soins médicaux et des services destinés à améliorer la santé autres que les cotisations à un régime de sécurité sociale ou autres systèmes de prépaiement.
- Institutions sans but lucratif axées principalement sur les services aux ménages : ressources utilisées pour acheter des biens et services de santé par des entités dont le statut interdit que ceux-ci soient une source de revenu, de profit ou autres avantages financiers pour les unités qui les créent, les gèrent ou les financent. Ces ressources englobent des fonds provenant de sources internes ou externes.
- Dépenses directes des ménages : honoraires et autres versements en espèces reçus par des praticiens de la santé et des fournisseurs de produits pharmaceutiques, d'appareillages thérapeutiques et autres biens et services ayant principalement pour but de contribuer à restaurer ou à promouvoir la santé d'individus ou de groupes de population. Elles comprennent, d'une part, les sommes versées par les ménages à des services publics, à des institutions sans but lucratif ou à des organisations non gouvernementales et, d'autre part, les participations aux coûts, franchises, tickets modérateurs et rémunérations à l'acte non remboursables. Ne sont pas compris les versements effectués par des entreprises qui offrent des prestations médicales et paramédicales, imposés ou non par la loi, à leurs employés, et les dépenses encourues pour des traitements à l'étranger. Sont exclus les frais de transport et de nourriture (à l'exception de ceux qui sont payés officiellement aux prestataires) ainsi que les cotisations aux systèmes de prépaiement avec répartition des risques.

Les ressources financières extérieures qui figurent au Tableau 2 sont celles qui entrent dans le système sous la forme de sources de financement, c'est-à-dire que sont prises en compte toutes les ressources extérieures (subventions et prêts), qu'elles passent par le canal de l'administration publique ou d'organismes privés. En revanche, les autres institutions et entités qui sont prises en compte au titre des dépenses de santé publiques ou privées agissent en tant qu'agents de financement. Ces agents de financement sont notamment des entités qui rassemblent les ressources pour la santé issues de diverses sources de financement (par exemple les ménages, l'Etat, les organismes extérieurs, des entreprises et des organisations non gouvernementales) et qui paient directement ou achètent des soins de santé.

Le produit intérieur brut (PIB) est la valeur de tous les biens et services fournis dans un pays par des résidents ou des non-résidents, qu'il soit imputé sur des créances nationales ou étrangères. Cela correspond (avec quelques ajustements) au total des dépenses (de consommation et d'investissement) des agents économiques privés et publics au cours de l'année de référence.

Les dépenses publiques générales (DPG) incluent les dépenses consolidées directes et indirectes (par exemple subventions aux producteurs, versements aux ménages, etc.), y compris les dépenses en capital, de l'Etat à tous les échelons administratifs (autorités centrales/fédérales, provinciales/régionales/statales/districtales et municipales/locales), des organismes de sécurité sociale, d'organismes autonomes, et autres fonds extrabudgétaires.

Sources de données

Le Tableau 2 de l'annexe donne des chiffres actualisés et des chiffres révisés pour 1999–2003. Les estimations concernant d'autres années ainsi que les sources des données et les méthodes utilisées sont disponibles sur Internet à l'adresse suivante : <http://www.who.int/nha>. Parmi les sources nationales figurent des rapports sur les comptes nationaux de la santé, des rapports sur les dépenses publiques, des annuaires statistiques et autres périodiques, des documents budgétaires, des rapports sur les

comptes nationaux, des rapports des banques centrales, des rapports d'organisations non gouvernementales, des études théoriques, des rapports et données fournis par les bureaux ou instituts centraux de statistique, les ministères de la santé, les ministères des finances et du développement économique, les organismes de planification et certaines associations professionnelles et commerciales, des données statistiques figurant sur les sites Internet officiels et des enquêtes auprès des ménages.

Il existe des comptes de la santé particuliers ou des documents et des études exhaustifs sur le financement de la santé (portant sur le secteur privé et le secteur public) pour les pays suivants regroupés par Région OMS :

- Région africaine : Afrique du Sud, Algérie, Burkina Faso, Cameroun, Ethiopie, Guinée, Kenya, Malawi, Maurice, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Togo, Zambie, Zimbabwe.
- Région des Amériques : Argentine, Bahamas, Bolivie, Brésil, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, El Salvador, Equateur, Etats-Unis d'Amérique, Guatemala, Honduras, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay.
- Région de l'Asie du Sud-Est : Bangladesh, Inde, Indonésie, Sri Lanka, Thaïlande.
- Région européenne : Albanie, Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Fédération de Russie, Finlande, France, Géorgie, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Israël, Italie, Kirghizistan, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République tchèque, Roumanie, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie, Suède, Tadjikistan, Turquie.
- Région de la Méditerranée orientale : Bahreïn, Djibouti, Egypte, Jordanie, Liban, Maroc, Oman, République islamique d'Iran, Tunisie, Yémen.
- Région du Pacifique occidental : Australie, Chine, Japon, Malaisie, Mongolie, Nouvelle-Zélande, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, République de Corée, Samoa, Tonga, Viet Nam.

La série *Eco-Santé OCDE* indique les dépenses publiques générales de santé et les dépenses privées au titre de la santé des 30 Etats Membres de cette organisation. En ce qui concerne les DPGS, on dispose depuis quelques années d'un nombre plus élevé de rapports sur les dépenses des pays qui n'appartiennent pas à l'OCDE. On a pu ainsi procéder à une estimation plus complète que dans les précédents Rapports sur la santé dans le monde. La publication du FMI intitulée *Gouvernement finance statistics* (Statistiques financières publiques) indique les dépenses de santé des administrations centrales de plus de 120 pays ainsi que, pour un tiers de ces pays, les dépenses de santé des administrations régionales et locales. Les données relatives aux finances publiques, les annuaires statistiques, les rapports sur les finances publiques, les rapports d'organismes de sécurité sociale et les rapports d'avancement sur la mise en œuvre des politiques sanitaires facilitent l'évaluation des dépenses publiques générales de santé des Etats Membres qui ne communiquent pas encore ces informations.

L'essentiel de l'information concernant les dépenses de santé privées est tiré de rapports sur les comptes nationaux de la santé, d'annuaires statistiques et autres périodiques, de données statistiques publiques disponibles sur les sites Internet officiels, de rapports d'organisations non gouvernementales, d'enquêtes sur les dépenses des ménages, d'études théoriques et de rapports et informations émanant de bureaux ou d'instituts centraux de statistique, des ministères de la santé, des compagnies d'assurance, d'associations professionnelles ou commerciales ou de conseils de planification. Pour obtenir les chiffres des années manquantes, on a utilisé les techniques habituelles d'extrapolation et d'estimation.

Des informations sur les ressources extérieures ont été obtenues du Comité d'action pour le développement de l'OCDE (DAC/OCDE). Certains Etats Membres contrôlent effectivement les ressources extérieures de leur système de santé et cette information a été utilisée pour valider ou modifier les ordres de grandeur tirés des données du DAC. Dans la mesure du possible, les données du DAC qu'a utilisées l'OMS concernent des

dépenses effectives pour certains pays (le DAC n'indique que les flux bilatéraux) ; dans le cas contraire, ce sont des engagements de dépenses qui sont indiqués.

En ce qui concerne les variables macroéconomiques, le recours à un certain nombre de références internationales a facilité l'établissement des estimations recherchées, notamment les dernières estimations tirées du *Government finance statistics yearbook* (12), de l'*International financial statistics yearbook* (13) et de l'*International financial statistics yearbook* (14) du FMI ; les *Key indicators de la Banque asiatique de Développement* (15) ; *Eco-Santé OCDE* (16) ; les *statistiques sur le développement international* (17) ; les *National accounts statistics: main aggregates and detailed tables* (18) des Nations Unies ; la Division des Statistiques, la Commission économique pour l'Europe et la Commission économique et sociale pour l'Asie de l'Ouest des Nations Unies ; les *World development indicators* de la Banque mondiale ; un certain nombre de données non publiées émanant du Département de recherche du FMI, du Caribbean Community Secretariat (CARICOM) ; et des statistiques nationales des ministères des finances ou des banques centrales.

La principale source d'information relative au PIB est constituée par les dernières estimations pour l'année en cours tirées des publications de l'OCDE intitulées *Comptes nationaux OCDE* et *Eco-Santé OCDE*, pour ce qui est des pays de l'OCDE ; en ce qui concerne les pays qui n'appartiennent pas à l'OCDE, on a utilisé les *National accounts statistics* de l'ONU ainsi que des données provenant d'autres institutions des Nations Unies. Lorsqu'on ne disposait pas de ces données, on a fait appel à d'autres sources comme indiqué plus haut.

Notes méthodologiques

Aux fins de normalisation, on a corrigé les variations dans les délimitations utilisées par les sources originales. Par exemple, dans certains pays, les dépenses publiques générales de santé et, par conséquent, le total des dépenses de santé (DTS) peuvent inclure des dépenses au titre de l'hygiène de l'environnement, de la formation du personnel sanitaire et de la recherche en santé, alors que, dans d'autres, ces dépenses sont considérées comme des postes pour mémoire. Dans les tableaux du présent rapport, ce sont les principes définis dans le *Guide pour l'élaboration des comptes nationaux de la santé avec des applications spéciales pour les pays à faible et moyen revenus* (9) qui ont été suivis, à savoir que ce sont les dépenses en rapport avec la santé et qu'à ce titre elles ne figurent donc pas dans les dépenses totales de santé. Faute d'éviter de prendre en compte ce type de dépense, on a été quelquefois conduit à publier des rapports DTS/PIB surestimés. Grâce aux nouvelles informations disponibles et aux corrections apportées ultérieurement, on a obtenu des chiffres plus bas qu'auparavant.

Les ressources extérieures qui figurent dans les tableaux de l'annexe sont traitées différemment des ressources correspondant au secteur « *Reste du monde* » selon le système des comptes de la santé de l'OCDE. Selon le système de l'OCDE, les fonds du *Reste du monde* sont classés sous les sources de financement (comme les agents de financement dans les catégories des comptes nationaux de la santé) et ne comportent que les subventions qui passent par le canal de l'administration publique. Dans ces tableaux, les dépenses de santé des institutions paraétatiques sont considérées comme des dépenses publiques alors que, dans d'autres statistiques, elles relèvent du domaine privé.

Dans certains cas, les dépenses classées sous la rubrique finances publiques se limitent à celles du ministère de la santé et n'incluent pas l'ensemble des dépenses de santé, indépendamment de l'entité d'exécution. En pareil cas, on a eu recours, dans la mesure du possible, à d'autres statistiques pour compléter cette source. Les dépenses publiques générales de santé et, par conséquent, les chiffres des dépenses totales au titre de la santé peuvent quelquefois être sous-estimés, lorsqu'il n'a pas été possible d'obtenir des données concernant les administrations locales, les organisations non gouvernementales, les autres ministères et les dépenses au titre des assurances.

Les *Statistiques financières internationales* du FMI indiquent les chiffres des dépenses des administrations centrales qui sont sensiblement égales aux dépenses publiques générales (DPG) dans de nombreux pays en développement où il n'existe pas de système autonome d'imposition locale. Dans la mesure du possible, on a complété les chiffres des dépenses des administrations centrales en leur ajoutant les données relatives aux administrations locales et municipales ainsi que certaines prestations de sécurité sociale au titre de la santé. Pour vérifier les dépenses publiques générales, on a consulté plusieurs audits des finances publiques, budgets exécutés, plans budgétaires, annuaires statistiques, sites Internet, rapports de la Banque mondiale et des banques régionales de développement, ou encore études théoriques.

Ces statistiques ne donnent pas toujours des séries chronologiques continues pour tous les pays, ce qui conduit à examiner de plus près les publications nationales correspondantes de manière à trianguler et à compléter les données. Par ailleurs, les séries chronologiques précédentes sont actualisées lorsque les révisions portant sur les critères de référence ou des changements de méthodologie pour évaluer des postes particuliers, notamment les dépenses directes, sont entreprises en vue d'une reconstitution exhaustive des comptes de la santé. Des changements dans les ratios sont à prévoir lorsque les estimations du PIB sont effectuées d'après le *Système de comptabilité nationale SNA93* actuel plutôt que d'après la version de 1968 (SNA68).

On a procédé à plusieurs contrôles de qualité pour apprécier la validité des données. Les données sont triangulées avec d'autres données d'origine différente et avec les macrodonnées fournies par le pays afin d'obtenir les meilleures estimations possibles. Par exemple, l'ensemble des données relatives aux dépenses publiques de santé ont été comparées aux dépenses publiques générales, et les dépenses directes ont été comparées aux dépenses totales ou aux dépenses de consommation privées des ménages. Par ailleurs, les dépenses estimatives pour la santé ont été comparées aux données sur les dépenses d'hospitalisation, aux dépenses pharmaceutiques et à d'autres informations (y compris les coûts d'administration des programmes) pour s'assurer que les dépenses dont les détails ont été rassemblés constituaient l'essentiel des dépenses de santé publiques et privées. Eu égard à la description d'un système, les estimations obtenues sont donc jugées plausibles.

TABLEAU 3 DE L'ANNEXE

Le Tableau 3 de l'annexe (qui correspond au Tableau 6 de l'annexe du rapport précédent) présente, par habitant, les dépenses de santé totales et les dépenses publiques générales de santé. La méthodologie et les sources utilisées pour déterminer le total des dépenses de santé et les dépenses publiques générales de santé sont passées en revue dans les notes relatives au Tableau 2 de l'annexe. Les ratios par habitant sont obtenus en divisant les chiffres des dépenses par l'effectif de la population. Ces chiffres par habitant sont exprimés en dollar US au taux de change annuel moyen (nombre annuel moyen ou nombre en fin d'année d'unités contre lequel une monnaie s'échange dans le système bancaire), ou en dollars internationaux obtenus en divisant les valeurs par habitant exprimées en unité de la monnaie locale par une estimation de leur parité de pouvoir d'achat vis-à-vis du dollar US, c'est-à-dire un taux ou une mesure qui gomme les effets des différences de coût de la vie entre les pays.

Eco-Santé OCDE est la principale source des estimations concernant l'effectif de la population des 30 pays Membres de l'OCDE ainsi que les autres dépenses de santé et variables socio-économiques. Toutes les estimations portant sur l'effectif et la structure des populations des pays autres que ceux de l'OCDE sont basées sur des évaluations démographiques établies par la Division de la Population de l'ONU (1). Les estimations concernent la population effective et non la population légale de chacun des Etats Membres.

Les taux de change ont été pour la plupart tirés des *Statistiques financières internationales* du FMI. En ce qui concerne les autres pays, on a utilisé des données commu-

niquées par l'ONU, la Banque mondiale et la Banque asiatique de Développement. Ce sont les taux de change officiels qui ont été appliqués la plupart du temps, mais on a également utilisé quelquefois les taux de change du marché. Par ailleurs, il est arrivé que la modification complète du taux de change d'une devise au cours d'une année particulière conduise à la révision de toute la série de données.

Pour les pays Membres de l'OCDE, on a utilisé les parités de pouvoir d'achat de l'OCDE pour le calcul des dollars internationaux. En ce qui concerne les pays d'Europe et d'Asie centrale Membres de la CEE-ONU mais non Membres de l'OCDE, on a utilisé les parités de pouvoir d'achat de la CEE-ONU. Pour les pays non européens et non Membres de l'OCDE, l'OMS a procédé à une estimation en dollars internationaux en utilisant des méthodes analogues à celles de la Banque mondiale.

TABLEAU 4 DE L'ANNEXE

Les ressources humaines pour la santé sont définies comme l'effectif de tous les individus qui sont engagés dans la promotion, la protection et l'amélioration de la santé de la population (19). Toutefois, aux fins du présent rapport, nous ne nous intéressons qu'aux activités rémunérées et divisons le personnel sanitaire en deux principales catégories : les « prestataires de services de santé » et le « personnel sanitaire administratif et d'appui » (voir chapitre 1).

Les indicateurs nécessaires à la description des caractéristiques du personnel sanitaire et au suivi de son évolution au cours du temps sont souvent tirés d'une multitude de sources et couvrent de nombreux domaines (par exemple la profession, le niveau de formation et le secteur d'activité). Les données utilisées dans le Tableau 4 de l'annexe proviennent de quatre sources principales : les enquêtes auprès d'entreprises et de divers établissements, les enquêtes sur les ménages et la main-d'œuvre, le recensement de la population et des logements, ainsi que les registres professionnels et administratifs. Compte tenu de la diversité de ces sources, il est nécessaire d'harmoniser les données pour disposer d'estimations comparables concernant le personnel sanitaire de chaque Etat Membre. Pour cela, on s'est appuyé sur divers systèmes normalisés de classification, principalement la Classification internationale type des professions (CITP), mais également la Classification internationale type de l'éducation (CITE) ainsi que la Classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité économique (CITI).

L'harmonisation des données présente un certain nombre de difficultés dues à la diversité des définitions et des systèmes de classification, qui n'ont pas pu être surmontées en utilisant la CITP. Par exemple, un grand nombre de ministères de la santé ont leur propre système national de classification qui leur permet de prendre en compte certains types d'agents particuliers à leur pays. Les agents de santé communautaires et les accoucheuses traditionnelles ne sont pas pris en considération par le système de la Classification internationale type des professions, alors même que ces personnels représentent parfois jusqu'à un tiers des effectifs sanitaires et constituent un élément important de l'infrastructure de distribution des services sanitaires. C'est pourquoi, aux fins du présent rapport, nous avons considéré les agents de santé communautaires et les accoucheuses traditionnelles comme un groupe à part, la plupart des autres catégories de personnel présentes dans les pays étant répertoriées dans la classification CITP commune.

Les catégories professionnelles suivantes sont utilisées dans le Tableau 4 de l'annexe :

- Médecins – y compris les généralistes et les spécialistes.
- Personnels infirmiers – y compris les personnels infirmiers qualifiés (sages-femmes comprises), les infirmières auxiliaires et les infirmières à formation courte, ainsi que les autres personnels infirmiers tels que les infirmières dentaires et les infirmières de soins de santé primaires.

- Sages-femmes – y compris les sages-femmes auxiliaires et les sages-femmes à formation courte. Cette catégorie n'inclut pas les accoucheuses traditionnelles, qui sont considérées comme des agents de santé communautaires. Malgré les nombreux efforts qui ont été faits en matière de classification, il convient d'utiliser les informations relatives aux infirmières et aux sages-femmes avec prudence, car les données disponibles pour certains pays ne font pas de distinction nette entre ces deux groupes.
- Dentistes – y compris les dentistes, les assistants et les techniciens dentaires.
- Pharmaciens – y compris les pharmaciens, les pharmaciens assistants, les préparateurs en pharmacie et les techniciens divers.
- Personnel de laboratoire – y compris les scientifiques, les assistants, les techniciens de laboratoire et les techniciens en radiologie.
- Professionnels de l'environnement et de la santé publique – y compris les fonctionnaires des services de l'environnement et de la santé publique, les spécialistes de l'assainissement, les hygiénistes, les techniciens de l'environnement et de la santé publique, les fonctionnaires sanitaires de district, les techniciens du paludisme, les inspecteurs des viandes, le personnel cadre de la santé publique et les professions assimilées.
- Agents de santé communautaires – y compris les tradipraticiens, les guérisseurs religieux, les agents d'éducation pour la santé assistants ou communautaires, les fonctionnaires de la santé communautaire, les agents de santé familiale, les visiteuses médicales (« lady health visitors »), les agents de vulgarisation sanitaire, les sages-femmes communautaires et les accoucheuses traditionnelles.
- Autres agents sanitaires – y compris un grand nombre de professions telles que les cliniciens, les diététiciens et les nutritionnistes, les assistants médicaux, les ergothérapeutes, les opérateurs de matériel médical et dentaire, les optométristes et les opticiens, les physiothérapeutes, les podologues, les ingénieurs prothésistes et orthésistes, les psychologues, les inhalothérapeutes, les thérapeutes respiratoires, les orthophonistes, les stagiaires et les internes.
- Personnel sanitaire administratif et d'appui – y compris les administrateurs et gestionnaires, les statisticiens, les enseignants, les juristes, les comptables, les secrétaires médicales, les jardiniers, les informaticiens, les ambulanciers, les nettoyeurs et les buandiers, les ingénieurs et les techniciens du bâtiment, le personnel administratif qualifié et le personnel général d'appui.

Indépendamment des problèmes relevant de l'harmonisation des différentes catégories de personnel sanitaire s'est posé également celui de la triangulation des données émanant de diverses sources. D'une façon générale, lorsqu'on disposait de données issues de plus d'une source, on a considéré que le recensement constituait la référence de choix dans la mesure où il fournit des renseignements à la fois sur les « prestataires de services de santé » et sur le « personnel sanitaire administratif et d'appui ». Toutefois, il n'y avait guère de recensements récents utilisant des codes CITP suffisamment détaillés qui soient à la fois disponibles et accessibles. En ce qui concerne les données actuelles, il y a au total 12 pays qui entrent dans cette catégorie : Australie, Bolivie, Brésil, Costa Rica, Honduras, Mexique, Mongolie, Nouvelle-Zélande, Panama, Paraguay, Thaïlande et Turkménistan. En outre, pour trois autres, à savoir l'Estonie, les Etats-Unis et le Royaume-Uni, les données indiquées au Tableau 4 de l'annexe sont tirées d'enquêtes représentatives sur la main-d'œuvre ou les ménages : rassemblées dans le cadre de l'étude sur les revenus (ou l'emploi) effectuée au Luxembourg (<http://www.lisproject.org/>). Ces enquêtes sont aussi détaillées que les recensements en ce qui concerne les catégories professionnelles indiquées et elles reposent également sur le système de classification de la CIP (dans le cas de l'Estonie) ; lorsque cela n'était pas le cas, nous nous sommes arrangés pour les faire coïncider avec les codes CIP correspondants (comme dans le cas des enquêtes concernant les Etats-Unis et le Royaume-Uni).

Pour l'ensemble des pays de la Région africaine ainsi que pour un grand nombre de pays des Régions de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale, les données qui figurent au Tableau 4 de l'annexe ont été obtenues grâce à une enquête spéciale élaborée par l'OMS et mise en œuvre par ses bureaux régionaux et ses bureaux dans les pays. Dans la mesure du possible, on s'est efforcé, dans cette enquête, d'obtenir des informations à la fois sur les « prestataires de services de santé » et le « personnel sanitaire administratif et d'appui » et d'utiliser le système CIP, tout en conservant parfois certaines classifications propres aux pays, pour un certain nombre de professions (23). On trouvera ci-après la liste des pays dans lesquels cette enquête a été effectuée.

Afrique du Sud, Algérie, Arabie saoudite, Bahreïn, Bangladesh, Bénin, Bhoutan, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Djibouti, Egypte, Erythrée, Ethiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Inde, Indonésie, Iraq, Jordanie, Kenya, Lesotho, Liban, Libéria, Madagascar, Malawi, Maldives, Mali, Maroc, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Myanmar, Namibie, Népal, Niger, Nigéria, Oman, Ouganda, Pakistan, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République démocratique populaire de Corée, République islamique d'Iran, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Soudan, Sri Lanka, Swaziland, Tchad, Timor-Leste, Togo, Tunisie, Yémen, Zambie, Zimbabwe.

Dans le cas des pays suivants, les données proviennent de sources diverses, à savoir les dossiers des ministères de la santé, des listes établies par les commissions de la fonction publique et autres sources administratives :

Argentine, Belize, Brunéi, Cambodge, Chili, Chine, Colombie, Cuba, Equateur, El Salvador, Fidji, Finlande, Iles Cook, Jamaïque, Malaisie, Nicaragua, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, République dominicaine, Tonga, Tuvalu, Uruguay, Venezuela, Viet Nam.

En ce qui concerne les autres pays, les données nécessaires sont tirées d'*Eco-Santé OCDE*, de la *Base de données européennes de la santé pour tous* (<http://data.euro.who.int/hfad/index.php>) ou de la version précédente de la *Global database on the health workforce* de l'OMS. Ces données sont les moins détaillées de toutes, elles ne contiennent d'informations que sur quatre à cinq professions et sont presque toujours muettes au sujet du personnel sanitaire administratif et d'appui.

Les pays pour lesquels les données ont été tirées de ces sources sont les suivants :

Afghanistan, Allemagne, Albanie, Andorre, Angola, Antigua-et-Barbuda, Arménie, Autriche, Azerbaïdjan, Bahamas, Barbade, Bélarus, Belgique, Bosnie-Herzégovine, Canada, Chypre, Croatie, Danemark, Dominique, Emirats arabes unis, Espagne, Ex-République yougoslave de Macédoine, Fédération de Russie, France, Géorgie, Grèce, Grenade, Guatemala, Guyana, Haïti, Hongrie, Iles Marshall, Iles Salomon, Irlande, Islande, Israël, Italie, Japon, Kazakhstan, Kiribati, Kirghizistan, Koweït, Lettonie, Libye, Lituanie, Luxembourg, Malte, Micronésie (Etats fédérés de), Moldova, Monaco, Nauru, Nioué, Norvège, Ouzbékistan, Palaos, Pays-Bas, Pérou, Pologne, Portugal, Qatar, République arabe syrienne, République de Corée, République démocratique populaire lao, République tchèque, Roumanie, Sainte-Lucie, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Marin, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Samoa, Serbie-et-Monténégro, Slovaquie, Slovénie, Somalie, Suriname, Suède, Suisse, Tadjikistan, Trinité-et-Tobago, Turquie, Ukraine, Vanuatu.

On a fait figurer dans le tableau les meilleurs chiffres dont disposait l'OMS en janvier 2006 pour l'ensemble des 192 Etats Membres. Toutes les mises à jour ultérieures pourront être consultées sur le site Internet du *Global atlas for the health workforce* de l'OMS (www.who.int/globalatlas/autologin/hrh_login.asp)

REFERENCES

1. Division de la Population de l'Organisation des Nations Unies. *World population prospects – the 2004 revision*. New York, N. Y., Organisation des Nations Unies, 2005.
2. *WHO mortality database*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.
3. Child Mortality Coordination Group. Tracking progress towards the Millennium Development Goals: reaching consensus on child mortality levels and trends [Suivi des progrès dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement : vers un consensus à propos des chiffres et des tendances concernant la mortalité juvénile]. *Bulletin of the World Health Organization*, 2006, 84:225-232 (résumé en français).
4. Murray C.J.L., Ferguson BD, Lopez AD, Guillot M, Salomon JA, Ahmad O. Modified logit life table system: principles, empirical validation and application. *Population Studies*, 2003, 57:1–18.
5. Lopez AD, Ahmad O, Guillot M, Ferguson B, Salomon J, Murray C.J.L. et al. *Mortalité mondiale en 2000 : tables de mortalité pour 191 pays*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.
6. Mathers CD, Ma Fat D, Inoue M, Rao C, Lopez AD. Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data [Recensement des décès et des causes de décès : une évaluation de l'état des données relatives aux causes de décès dans le monde]. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, 83:171-177 (résumé en français).
7. Hill K, Pande R, Mahy M, Jones G. *Trends in child mortality in the developing world: 1960 to 1996*. New York, N. Y. Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, 1998.
8. Mathers CD, Bernard C, Iburg KM, Inoue M, Ma Fat D, Shibuya K. *Global burden of disease in 2002: data sources, methods and results*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (GPE Discussion Paper No. 54).
9. OMS/Banque mondiale/Agency for International Development des Etats-Unis d'Amérique. *Guide pour l'élaboration des comptes nationaux de la santé avec des applications spéciales pour les pays à faible et à moyen revenus*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005 (<http://www.who.int/nha/docs/French%20PG-Final.pdf>, consulté le 20 février 2006).
10. *Systèmes des comptes pour la santé*. Paris, Organisation de coopération et de développement économiques, 2000 (<http://www1.oecd.org/publications/e-book/8100062e.pdf>, consulté le 20 février 2006).

11. Organisation de Coopération et de Développement économiques/Fond monétaire international/Banque mondiale/Organisation des Nations Unies/Eurostat. *Système de comptabilité nationale 1993*. New York, N. Y., Organisation des Nations Unies, 1994.
12. *Government finance statistics yearbook, 2004*. Washington, D. C., Fond monétaire international, 2004.
13. *International financial statistics yearbook, 2005*. Washington, D. C., Fond monétaire international, 2005.
14. *International Financial Statistics*, novembre 2005.
15. *ADB Key indicators 2003*. Manille, Banque asiatique de Développement, 2004.
16. *Eco-santé OCDE 2004*. Paris, Organisation de Coopération et de Développement économiques, 2004.
17. *Statistiques sur le développement international Edition 2004*. Paris, Organisation de Coopération et de Développement économiques, Comité d'aide au développement, 2004.
18. *National accounts statistics: main aggregates and detailed tables, 2001*. New York, N. Y., Organisation des Nations Unies, 2004.
19. *Rapport sur la santé dans le monde 2000 – Pour un système de santé plus performant*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000.
20. Diallo K, Zurn P, Gupta N, Dal Poz M. Monitoring and evaluation of human resources for health: an international perspective. *Human Resources for Health*, 2003, 1:3.
21. Gupta N, Zurn P, Diallo K, Dal Poz MR. Uses of population census data for monitoring geographical imbalance in the health workforce: snapshots from three developing countries. *International Journal for Equity in Health*, 2003, 2:11.
22. Hoffmann E, Dal Poz MR, Diallo K, Zurn P, Wiskow C. *Defining the scope of human resources in health, as basis for requesting national statistics*. Genève, Organisation internationale du Travail, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (note technique non publiée ; disponible sur l'Internet à l'adresse suivante : <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).
23. Dal Poz MR, Kinfu Y, Dräger S, Kunjumen T, Diallo K. *Counting health workers: definitions, data, methods and global results*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006 (document de base pour le *Rapport sur la santé dans le monde 2006* ; disponible sur l'Internet à l'adresse suivante : <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).

Tableau 1 de l'annexe Indicateurs de base pour l'ensemble des Etats Membres

L'OMS a calculé ces chiffres de manière à les rendre comparables.^a

Ils ne correspondent pas nécessairement aux statistiques officielles des Etats Membres, qui peuvent utiliser d'autres méthodes tout aussi rigoureuses.

Etats Membres	ESTIMATIONS RELATIVES A LA POPULATION								ESPERANCE DE VIE A LA NAISSANCE (ANNEES)			PROBABILITE DE DECES (POUR 1000)		
	Population totale (000)	Taux d'accroissement annuel (%)	Rapport de dépendance économique (pour 100)		Pourcentage de la population âgée de 60 ans et plus		Taux de fécondité global		Pour les deux sexes			Avant l'âge de 5 ans (taux de mortalité des moins de 5 ans ^b)		
			1994	2004	1994	2004	1994	2004	1994	2004	2004	Intervalle d'incertitude	2004	Intervalle d'incertitude
1 Afghanistan	28 574	3,9	96	97	4,6	4,4	8,0	7,4	42	30 – 53	257	179 – 333		
2 Afrique du Sud	47 208	1,4	65	58	5,2	6,6	3,2	2,8	48	45 – 51	67	57 – 78		
3 Albanie	3 112	-0,2	61	56	8,9	11,8	2,7	2,2	72	71 – 72	19	15 – 22		
4 Algérie	32 358	1,6	79	54	5,7	6,4	3,7	2,5	71	69 – 72	40	33 – 47		
5 Allemagne	82 645	0,2	46	49	20,6	24,8	1,3	1,3	79	79 – 79	5	5 – 5		
6 Andorre	67	0,7	46	44	20,5	21,3	1,3	1,3	80	78 – 83	7	4 – 9		
7 Angola	15 490	2,6	100	96	4,1	4,0	7,0	6,7	40	33 – 46	260	230 – 288		
8 Antigua-et-Barbuda	81	1,7	62	55	9,1	10,5	2,5	2,3	72	71 – 74	12	6 – 18		
9 Arabie saoudite	23 950	2,8	78	68	3,4	4,5	5,4	3,9	71	67 – 74	27	20 – 34		
10 Argentine	38 372	1,1	63	58	13,1	13,8	2,8	2,3	75	74 – 75	18	17 – 20		
11 Arménie	3 026	-0,8	60	51	12,0	14,7	2,2	1,3	68	67 – 69	32	26 – 39		
12 Australie	19 942	1,2	50	48	15,4	17,0	1,8	1,7	81	81 – 81	5	5 – 6		
13 Autriche	8 171	0,2	49	47	19,7	22,3	1,4	1,4	79	79 – 80	5	4 – 6		
14 Azerbaïdjan	8 355	0,8	64	51	7,9	9,3	2,7	1,8	65	64 – 67	90	73 – 106		
15 Bahamas	319	1,5	57	53	7,0	9,1	2,5	2,3	73	72 – 74	13	10 – 16		
16 Bahreïn	716	2,4	50	44	3,9	4,3	3,2	2,4	74	72 – 75	11	10 – 12		
17 Bangladesh	139 215	2,0	76	65	5,1	5,6	3,9	3,2	62	61 – 64	77	70 – 84		
18 Barbade	269	0,3	53	42	14,3	13,1	1,6	1,5	75	74 – 76	12	9 – 16		
19 Bélarus	9 811	-0,5	53	44	17,8	18,8	1,5	1,2	68	68 – 69	10	9 – 11		
20 Belgique	10 400	0,3	51	52	21,2	22,2	1,6	1,7	78	78 – 79	5	4 – 5		
21 Belize	264	2,4	88	71	5,9	5,9	4,2	3,1	68	67 – 70	39	29 – 48		
22 Bénin	8 177	3,2	98	89	4,3	4,3	6,5	5,7	53	46 – 58	152	137 – 167		
23 Bhoutan	2 116	2,2	89	77	6,3	6,9	5,4	4,2	63	56 – 69	80	64 – 96		
24 Bolivie	9 009	2,1	81	75	6,2	6,7	4,7	3,8	65	58 – 71	69	62 – 75		
25 Bosnie-Herzégovine	3 909	1,0	43	44	11,8	18,9	1,5	1,3	73	72 – 75	15	12 – 19		
26 Botswana	1 769	1,1	82	70	3,9	5,0	3,9	3,1	40	36 – 44	116	99 – 133		
27 Brésil	183 913	1,5	61	52	7,1	8,7	2,5	2,3	70	70 – 71	34	29 – 39		
28 Brunéï Darussalam	366	2,4	56	49	4,2	4,6	3,0	2,4	77	76 – 78	9	7 – 10		
29 Bulgarie	7 780	-0,7	50	45	21,0	22,3	1,4	1,2	72	72 – 73	15	14 – 16		
30 Burkina Faso	12 822	3,0	104	101	4,9	4,3	7,1	6,6	48	41 – 53	192	173 – 211		
31 Burundi	7 282	1,8	100	93	4,5	4,2	6,8	6,8	45	38 – 51	190	150 – 230		
32 Cambodge	13 798	2,2	98	70	4,7	5,5	5,1	4,0	54	47 – 60	141	127 – 155		
33 Cameroun	16 038	2,1	93	83	5,5	5,6	5,5	4,5	50	44 – 56	149	137 – 162		
34 Canada	31 958	1,0	48	45	16,0	17,5	1,7	1,5	80	80 – 80	6	5 – 6		
35 Cap-Vert	495	2,4	105	80	6,4	5,7	4,7	3,6	70	65 – 73	36	29 – 44		
36 Chili	16 124	1,3	57	50	9,4	11,3	2,5	2,0	77	77 – 77	9	8 – 10		
37 Chine	1 315 409	0,8	48	42	9,2	10,8	1,9	1,7	72	71 – 73	31	29 – 33		
38 Chypre	826	1,4	57	48	14,7	16,5	2,2	1,6	79	78 – 80	5	4 – 6		
39 Colombie	44 915	1,7	64	57	6,5	7,4	2,9	2,6	73	72 – 73	21	19 – 22		
40 Comores	777	2,8	93	81	4,0	4,3	5,7	4,7	64	57 – 71	70	56 – 85		
41 Congo	3 883	3,2	97	100	4,8	4,5	6,3	6,3	54	48 – 61	108	81 – 134		
42 Costa Rica	4 253	2,3	66	53	7,2	8,1	2,8	2,2	77	77 – 78	13	12 – 14		
43 Côte d'Ivoire	17 872	2,2	94	83	4,5	5,2	6,1	4,9	44	37 – 50	194	155 – 235		
44 Croatie	4 540	-0,3	47	49	19,2	21,9	1,5	1,3	75	75 – 76	7	6 – 8		
45 Cuba	11 245	0,4	45	43	12,0	14,9	1,6	1,6	78	77 – 78	7	6 – 8		

	ESPERANCE DE VIE A LA NAISSANCE (ANNEES)						PROBABILITE DE DECES (POUR 1000)							
							Avant l'âge de 5 ans (taux de mortalité des moins de 5 ans ^a)				Entre l'âge de 15 et 60 ans (taux de mortalité des adultes)			
	Hommes			Femmes			Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	2004	Intervalle d'incertitude		2004	Intervalle d'incertitude		2004	Intervalle d'incertitude	2004	Intervalle d'incertitude	2004	Intervalle d'incertitude	2004	Intervalle d'incertitude
1	42	31 - 52	42	29 - 55	258	183 - 338	256	176 - 328	509	311 - 760	448	212 - 716		
2	47	44 - 50	49	46 - 53	72	62 - 83	62	52 - 74	667	602 - 733	598	519 - 669		
3	69	68 - 69	74	73 - 75	19	15 - 22	18	15 - 22	171	158 - 185	96	82 - 111		
4	69	68 - 71	72	70 - 73	41	33 - 48	39	32 - 46	153	138 - 167	124	109 - 140		
5	76	76 - 76	82	82 - 82	5	5 - 6	5	4 - 5	112	111 - 113	58	57 - 58		
6	77	74 - 80	83	81 - 85	7	4 - 10	6	4 - 9	108	73 - 143	46	34 - 67		
7	38	32 - 44	42	34 - 49	276	246 - 305	243	215 - 270	591	458 - 754	504	324 - 697		
8	70	69 - 71	75	74 - 76	14	6 - 20	10	6 - 16	191	168 - 212	120	107 - 134		
9	68	64 - 73	74	70 - 76	29	22 - 37	24	18 - 31	196	117 - 296	120	77 - 183		
10	71	71 - 71	78	78 - 79	20	19 - 22	16	15 - 18	173	168 - 179	90	87 - 94		
11	65	64 - 66	72	71 - 73	34	27 - 41	30	25 - 36	248	215 - 286	111	94 - 130		
12	78	78 - 79	83	83 - 83	6	5 - 7	5	4 - 5	86	83 - 88	50	48 - 52		
13	76	76 - 77	82	82 - 82	5	5 - 6	5	4 - 6	114	111 - 117	55	53 - 57		
14	63	62 - 64	68	67 - 69	94	75 - 112	85	70 - 99	205	178 - 233	113	97 - 134		
15	70	69 - 71	76	75 - 77	14	11 - 17	12	9 - 14	256	238 - 274	145	135 - 155		
16	73	71 - 74	75	73 - 76	11	10 - 12	11	10 - 12	112	98 - 127	82	67 - 97		
17	62	60 - 63	63	61 - 64	81	74 - 89	73	66 - 79	251	223 - 282	258	233 - 283		
18	71	70 - 72	78	78 - 79	12	9 - 15	13	9 - 16	191	173 - 211	105	94 - 116		
19	63	62 - 63	74	74 - 75	11	10 - 12	9	7 - 10	377	358 - 396	135	124 - 147		
20	75	75 - 76	81	81 - 82	5	5 - 6	4	4 - 5	122	119 - 125	65	63 - 67		
21	65	63 - 68	72	71 - 73	44	34 - 56	33	25 - 40	243	204 - 290	135	122 - 151		
22	52	46 - 58	53	46 - 59	152	137 - 166	153	137 - 167	388	252 - 551	350	224 - 528		
23	62	56 - 68	65	57 - 71	80	63 - 95	80	64 - 96	255	114 - 418	196	92 - 365		
24	63	56 - 70	66	59 - 72	70	63 - 76	68	62 - 74	248	106 - 426	184	87 - 346		
25	70	68 - 71	77	76 - 78	17	13 - 21	14	10 - 17	188	160 - 216	88	76 - 101		
26	40	37 - 43	40	36 - 44	123	106 - 141	109	92 - 125	786	717 - 839	770	698 - 826		
27	67	67 - 67	74	73 - 74	38	32 - 43	31	26 - 35	237	228 - 246	127	118 - 135		
28	76	74 - 77	78	78 - 79	10	8 - 11	8	6 - 9	107	89 - 125	81	70 - 93		
29	69	69 - 69	76	76 - 76	17	15 - 18	13	12 - 14	217	213 - 220	92	90 - 95		
30	47	41 - 52	48	40 - 55	193	175 - 213	191	171 - 209	472	351 - 631	410	256 - 600		
31	42	36 - 49	47	39 - 54	196	154 - 237	184	146 - 223	593	450 - 737	457	317 - 616		
32	51	45 - 56	58	50 - 64	154	138 - 169	127	115 - 140	430	293 - 580	276	154 - 466		
33	50	45 - 55	51	44 - 57	156	143 - 170	143	130 - 155	444	316 - 582	432	305 - 586		
34	78	78 - 78	83	82 - 83	6	6 - 6	5	5 - 6	91	89 - 93	57	55 - 58		
35	67	62 - 71	71	68 - 75	38	30 - 45	35	28 - 42	209	127 - 322	139	85 - 212		
36	74	73 - 74	81	80 - 81	10	9 - 11	9	8 - 9	133	125 - 144	66	63 - 69		
37	70	70 - 71	74	73 - 74	27	25 - 29	36	33 - 39	158	148 - 167	99	90 - 108		
38	77	76 - 78	82	80 - 83	5	4 - 6	5	4 - 7	94	84 - 104	47	38 - 56		
39	68	68 - 69	77	77 - 78	24	21 - 26	17	16 - 19	226	216 - 237	93	86 - 100		
40	62	55 - 69	67	59 - 73	76	61 - 92	64	51 - 77	254	109 - 433	182	87 - 352		
41	53	47 - 60	55	48 - 62	113	85 - 140	103	78 - 127	442	297 - 586	390	259 - 524		
42	75	75 - 76	80	79 - 80	14	13 - 15	11	10 - 13	124	119 - 128	71	68 - 75		
43	41	35 - 47	47	41 - 53	225	181 - 271	162	128 - 196	585	462 - 733	500	376 - 634		
44	72	72 - 72	79	79 - 79	8	7 - 9	7	5 - 8	160	156 - 164	66	63 - 69		
45	75	75 - 76	80	79 - 80	8	7 - 9	7	6 - 8	131	123 - 139	85	81 - 89		

Tableau 1 de l'annexe Indicateurs de base pour l'ensemble des Etats Membres

L'OMS a calculé ces chiffres de manière à les rendre comparables.^a

Ils ne correspondent pas nécessairement aux statistiques officielles des Etats Membres, qui peuvent utiliser d'autres méthodes tout aussi rigoureuses.

Etats Membres	ESTIMATIONS RELATIVES A LA POPULATION								ESPERANCE DE VIE A LA NAISSANCE (ANNEES)		PROBABILITE DE DECES (POUR 1000)	
	Population totale (000)	Taux d'accroissement annuel (%)	Rapport de dépendance économique (pour 100)		Pourcentage de la population âgée de 60 ans et plus		Taux de fécondité global		Pour les deux sexes		Avant l'âge de 5 ans (taux de mortalité des moins de 5 ans ^b)	
			1994	2004	1994	2004	1994	2004	1994	2004	2004	Intervalle d'incertitude
46 Danemark	5 414	0,4	48	51	20,0	20,7	1,8	1,8	78	77 – 78	5	4 – 6
47 Djibouti	779	2,7	86	81	4,1	4,6	6,0	4,9	56	49 – 62	126	106 – 144
48 Dominique	79	0,5	62	55	9,1	10,5	2,2	2,0	74	73 – 75	14	11 – 17
49 Egypte	72 642	1,9	77	63	6,4	7,1	3,8	3,2	68	67 – 68	36	33 – 40
50 El Salvador	6 762	2,0	74	66	6,8	7,5	3,4	2,8	71	70 – 72	28	24 – 32
51 Emirats arabes unis	4 284	6,4	42	31	1,9	1,7	3,6	2,5	77	77 – 78	8	6 – 9
52 Equateur	13 040	1,5	70	63	6,5	8,1	3,3	2,7	72	72 – 73	26	22 – 30
53 Erythrée	4 232	3,3	93	89	4,0	3,9	6,1	5,4	60	53 – 67	82	74 – 91
54 Espagne	42 646	0,7	46	44	20,5	21,3	1,2	1,3	80	80 – 80	5	4 – 5
55 Estonie	1 335	-1,0	52	47	18,9	21,5	1,5	1,4	72	71 – 73	8	6 – 11
56 Etats-Unis d'Amérique	295 410	1,0	53	50	16,3	16,5	2,0	2,0	78	77 – 78	8	7 – 8
57 Ethiopie	75 600	2,6	95	91	4,4	4,6	6,6	5,7	50	43 – 56	166	137 – 196
58 Ex-République yougoslave de Macédoine	2 030	0,4	50	45	13,0	15,3	1,9	1,5	72	72 – 73	14	13 – 15
59 Fédération de Russie	143 899	-0,3	50	41	16,5	17,3	1,4	1,3	65	64 – 68	16	14 – 17
60 Fidji	841	1,0	65	56	5,0	6,2	3,3	2,9	69	67 – 70	20	18 – 22
61 Finlande	5 235	0,3	50	50	18,8	20,9	1,8	1,7	79	79 – 79	4	4 – 5
62 France	60 257	0,4	53	53	20,3	20,9	1,7	1,9	80	79 – 80	5	4 – 5
63 Gabon	1 362	2,3	92	81	7,2	6,2	5,0	3,9	57	51 – 64	91	81 – 102
64 Gambie	1 478	3,2	84	79	5,2	5,9	5,5	4,6	57	50 – 63	122	105 – 140
65 Géorgie	4 518	-1,3	53	50	15,9	18,0	1,8	1,4	74	71 – 75	45	40 – 49
66 Ghana	21 664	2,3	89	76	5,0	5,6	5,3	4,2	57	50 – 63	112	97 – 128
67 Grèce	11 098	0,5	47	48	21,1	22,9	1,3	1,2	79	79 – 79	5	4 – 6
68 Grenade	102	0,3	62	55	9,1	10,5	2,6	2,4	68	67 – 69	21	16 – 27
69 Guatemala	12 295	2,3	95	91	5,6	6,1	5,3	4,5	68	67 – 69	45	40 – 50
70 Guinée	9 202	2,4	89	90	5,4	5,6	6,4	5,8	53	47 – 59	155	140 – 170
71 Guinée-Bissau	1 540	2,9	96	102	5,3	4,8	7,1	7,1	47	40 – 53	203	183 – 223
72 Guinée équatoriale	492	2,4	89	93	6,3	6,0	5,9	5,9	43	37 – 50	204	177 – 232
73 Guyana	750	0,3	64	53	6,9	7,3	2,5	2,2	63	59 – 67	64	35 – 94
74 Haïti	8 407	1,4	90	72	5,8	6,0	4,6	3,9	55	48 – 61	117	100 – 134
75 Honduras	7 048	2,6	89	77	4,7	5,5	4,7	3,6	67	64 – 71	41	37 – 45
76 Hongrie	10 124	-0,2	48	45	19,3	20,5	1,6	1,3	73	72 – 73	8	7 – 9
77 Iles Cook	18	-0,9	71	65	6,4	7,5	3,1	2,6	72	71 – 73	21	19 – 22
78 Iles Marshall	60	1,7	69	60	5,8	6,5	5,0	4,4	62	60 – 64	59	43 – 74
79 Iles Salomon	466	2,8	88	77	4,2	4,1	5,0	4,2	68	64 – 72	56	48 – 64
80 Inde	1 087 124	1,7	68	60	7,0	7,8	3,7	3,0	62	62 – 63	85	77 – 94
81 Indonésie	220 077	1,3	61	52	6,8	8,2	2,8	2,3	67	66 – 68	38	35 – 42
82 Iran (République islamique d')	68 803	1,2	90	52	6,1	6,4	3,7	2,1	70	69 – 71	38	30 – 46
83 Iraq	28 057	3,0	88	79	4,6	4,5	5,6	4,7	55	50 – 61	125	75 – 177
84 Irlande	4 080	1,3	57	45	15,2	15,0	1,9	1,9	78	77 – 79	6	5 – 7
85 Islande	292	1,0	55	51	15,0	15,6	2,2	2,0	81	80 – 81	3	3 – 3
86 Israël	6 601	2,4	65	61	13,0	13,1	2,9	2,8	80	80 – 80	6	5 – 6
87 Italie	58 033	0,1	46	51	22,1	25,3	1,2	1,3	81	80 – 81	5	4 – 5
88 Jamahiriya arabe libyenne	5 740	2,0	75	52	4,7	6,3	3,8	2,9	72	68 – 75	20	17 – 23
89 Jamaïque	2 639	0,7	71	65	9,7	10,1	2,8	2,4	72	71 – 74	20	16 – 24
90 Japon	127 923	0,2	44	50	19,9	25,6	1,5	1,3	82	82 – 82	4	4 – 4

	ESPERANCE DE VIE A LA NAISSANCE (ANNEES)						PROBABILITE DE DECES (POUR 1000)					
					Avant l'âge de 5 ans (taux de mortalité des moins de 5 ans ^a)			Entre l'âge de 15 et 60 ans (taux de mortalité des adultes)				
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	2004	Intervalle d'incertitude	2004	Intervalle d'incertitude	2004	Intervalle d'incertitude	2004	Intervalle d'incertitude	2004	Intervalle d'incertitude	2004	Intervalle d'incertitude
46	75	75 – 76	80	80 – 80	5	5 – 7	5	4 – 6	117	110 – 125	72	68 – 75
47	54	48 – 60	57	50 – 63	131	111 – 150	120	101 – 137	373	237 – 521	312	193 – 468
48	72	71 – 73	76	75 – 77	13	11 – 14	15	11 – 20	204	187 – 221	122	103 – 143
49	66	65 – 66	70	69 – 70	36	32 – 40	36	33 – 40	239	229 – 250	158	150 – 165
50	68	67 – 69	74	73 – 75	30	25 – 34	26	22 – 30	244	211 – 278	138	127 – 152
51	76	76 – 77	79	79 – 80	8	7 – 10	7	6 – 8	89	79 – 99	67	60 – 73
52	70	69 – 70	75	75 – 76	29	24 – 33	24	20 – 28	210	197 – 223	128	119 – 137
53	58	52 – 65	62	55 – 68	89	79 – 98	75	67 – 83	345	196 – 498	281	170 – 427
54	77	76 – 77	83	83 – 84	5	4 – 5	4	4 – 4	113	107 – 120	45	44 – 47
55	66	66 – 67	78	77 – 78	10	8 – 11	6	4 – 9	301	277 – 328	108	97 – 119
56	75	75 – 76	80	80 – 80	8	8 – 9	7	7 – 7	137	130 – 145	81	80 – 83
57	49	42 – 55	51	44 – 58	175	141 – 209	158	131 – 183	451	315 – 620	389	260 – 559
58	69	69 – 70	76	75 – 76	16	15 – 18	12	11 – 13	198	186 – 210	84	78 – 91
59	59	58 – 64	72	71 – 72	18	16 – 19	14	13 – 15	485	– 507	180	168 – 180
60	66	65 – 67	71	70 – 73	21	19 – 23	19	17 – 21	270	244 – 297	169	151 – 187
61	75	75 – 75	82	82 – 82	5	4 – 6	3	3 – 4	137	134 – 141	62	60 – 65
62	76	76 – 76	83	83 – 84	5	4 – 6	4	4 – 5	132	127 – 138	60	58 – 62
63	55	49 – 61	59	53 – 66	102	91 – 114	80	70 – 90	411	270 – 557	344	218 – 482
64	55	49 – 61	59	52 – 65	129	111 – 148	115	99 – 132	344	199 – 499	263	152 – 437
65	70	68 – 72	77	75 – 79	51	46 – 56	38	34 – 42	161	127 – 196	60	48 – 83
66	56	50 – 62	58	51 – 63	113	98 – 131	111	95 – 125	349	208 – 509	319	209 – 477
67	77	76 – 77	82	81 – 82	6	5 – 7	4	4 – 5	110	106 – 115	46	44 – 48
68	66	65 – 67	69	68 – 70	24	18 – 30	19	14 – 24	256	234 – 277	218	200 – 237
69	65	64 – 66	71	70 – 72	45	40 – 49	45	40 – 51	276	238 – 316	152	124 – 179
70	52	47 – 58	55	47 – 61	160	144 – 175	150	135 – 165	364	228 – 523	319	188 – 494
71	45	39 – 51	48	40 – 55	212	191 – 234	194	175 – 213	482	351 – 641	413	264 – 587
72	42	37 – 49	44	38 – 52	213	183 – 244	195	169 – 219	577	436 – 707	522	368 – 665
73	62	59 – 66	64	60 – 68	64	36 – 93	64	34 – 96	291	242 – 354	258	202 – 328
74	53	47 – 60	56	49 – 62	122	104 – 139	112	96 – 128	417	269 – 563	358	242 – 499
75	65	61 – 69	70	67 – 73	42	37 – 46	40	36 – 43	258	180 – 352	159	103 – 229
76	69	68 – 69	77	77 – 77	9	8 – 10	7	7 – 8	249	239 – 260	108	103 – 114
77	70	69 – 71	75	74 – 75	24	23 – 25	17	16 – 18	158	141 – 178	104	95 – 114
78	60	58 – 62	64	62 – 66	66	48 – 82	52	38 – 66	327	297 – 356	275	250 – 295
79	66	62 – 70	70	66 – 73	60	51 – 68	52	44 – 59	193	125 – 265	143	83 – 207
80	61	61 – 62	63	63 – 64	81	74 – 90	89	80 – 98	275	259 – 293	202	186 – 220
81	65	65 – 66	68	67 – 69	41	37 – 45	36	33 – 39	239	222 – 256	200	186 – 216
82	68	66 – 69	72	71 – 73	39	31 – 48	36	29 – 44	190	173 – 207	118	108 – 129
83	51	45 – 57	61	56 – 66	130	82 – 183	120	69 – 170	452	336 – 539	201	173 – 235
84	75	74 – 76	81	80 – 81	7	6 – 8	5	4 – 7	105	95 – 116	60	55 – 66
85	79	78 – 80	83	82 – 83	3	3 – 4	2	2 – 2	79	70 – 89	52	48 – 55
86	78	78 – 78	82	82 – 82	6	5 – 6	6	5 – 6	91	88 – 93	48	46 – 51
87	78	77 – 78	84	83 – 84	5	4 – 6	4	4 – 5	91	88 – 94	47	45 – 49
88	70	66 – 73	75	72 – 77	20	17 – 23	19	16 – 22	186	118 – 276	109	70 – 164
89	70	68 – 72	74	73 – 75	21	16 – 25	19	16 – 23	188	159 – 222	120	104 – 135
90	79	79 – 79	86	86 – 86	4	4 – 4	3	3 – 4	92	92 – 93	45	45 – 46

Tableau 1 de l'annexe Indicateurs de base pour l'ensemble des Etats Membres

L'OMS a calculé ces chiffres de manière à les rendre comparables.^a

Ils ne correspondent pas nécessairement aux statistiques officielles des Etats Membres, qui peuvent utiliser d'autres méthodes tout aussi rigoureuses.

Etats Membres	ESTIMATIONS RELATIVES A LA POPULATION								ESPERANCE DE VIE A LA NAISSANCE (ANNEES)		PROBABILITE DE DECES (POUR 1000)	
	Population totale (000)	Taux d'accroissement annuel (%)	Rapport de dépendance économique (pour 100)		Pourcentage de la population âgée de 60 ans et plus		Taux de fécondité global		Pour les deux sexes		Avant l'âge de 5 ans (taux de mortalité des moins de 5 ans ^b)	
			1994	2004	1994	2004	1994	2004	2004	Intervalle d'incertitude	2004	Intervalle d'incertitude
	2004	1994-2004	1994	2004	1994	2004	1994	2004	2004	Intervalle d'incertitude	2004	Intervalle d'incertitude
91 Jordanie	5 561	3,1	80	69	4,2	5,0	4,9	3,4	71	70 - 72	27	23 - 30
92 Kazakhstan	14 839	-0,8	58	47	9,6	11,4	2,3	1,9	61	60 - 62	73	55 - 92
93 Kenya	33 467	2,4	98	84	4,2	4,1	5,2	5,0	51	45 - 56	120	109 - 131
94 Kirghizistan	5 204	1,4	76	62	8,0	7,7	3,4	2,6	63	63 - 64	68	54 - 82
95 Kiribati	97	2,2	69	60	5,8	6,5	4,6	4,1	65	64 - 66	65	55 - 75
96 Koweït	2 606	4,1	48	36	2,1	3,0	3,0	2,3	77	76 - 79	12	9 - 15
97 Lesotho	1 798	0,7	95	79	6,9	7,4	4,5	3,5	41	38 - 46	82	68 - 95
98 Lettonie	2 318	-0,9	52	47	19,0	22,3	1,5	1,3	71	71 - 72	11	9 - 13
99 Liban	3 540	1,4	64	57	9,5	10,2	2,9	2,3	70	69 - 71	31	28 - 34
100 Libéria	3 241	4,6	97	97	3,9	3,7	6,9	6,8	42	34 - 49	235	191 - 279
101 Lituanie	3 443	-0,6	51	48	17,3	20,5	1,7	1,3	72	72 - 72	10	8 - 11
102 Luxembourg	459	1,4	46	49	18,3	18,3	1,7	1,7	79	78 - 79	6	5 - 7
103 Madagascar	18 113	3,0	92	90	4,8	4,8	6,1	5,3	57	50 - 63	123	108 - 137
104 Malaisie	24 894	2,3	66	59	5,9	6,8	3,5	2,8	72	71 - 72	12	11 - 14
105 Malawi	12 608	2,4	91	101	4,7	4,6	6,7	6,0	41	37 - 46	175	159 - 191
106 Maldives	321	2,8	99	81	5,3	5,1	5,8	4,1	67	66 - 68	46	31 - 58
107 Mali	13 124	2,9	103	104	4,5	4,3	7,3	6,8	46	38 - 52	219	197 - 240
108 Malte	400	0,7	51	46	15,7	18,3	2,0	1,5	79	78 - 79	6	5 - 7
109 Maroc	31 020	1,6	71	57	6,3	6,8	3,4	2,7	71	70 - 72	43	35 - 51
110 Maurice	1 233	1,1	51	46	8,5	9,4	2,2	2,0	72	71 - 72	15	12 - 19
111 Mauritanie	2 980	2,9	89	87	5,4	5,3	6,1	5,7	58	50 - 64	125	107 - 144
112 Mexique	105 699	1,5	69	58	6,2	7,6	3,0	2,3	74	74 - 74	28	27 - 28
113 Micronésie (Etats fédérés de)	110	0,4	89	74	5,6	4,9	4,7	4,3	70	68 - 72	23	16 - 30
114 Monaco	35	1,1	53	53	20,3	20,9	1,7	1,8	82	80 - 83	4	3 - 6
115 Mongolie	2 614	1,0	77	54	5,8	5,7	3,1	2,4	65	64 - 66	52	42 - 64
116 Mozambique	19 424	2,4	92	90	5,0	5,2	6,1	5,4	45	40 - 51	152	133 - 170
117 Myanmar	50 004	1,3	68	54	6,8	7,4	3,6	2,3	59	51 - 66	105	72 - 138
118 Namibie	2 009	2,3	91	84	5,1	5,2	5,5	3,8	54	49 - 58	63	53 - 75
119 Nauru	13	2,5	69	60	5,8	6,5	4,3	3,8	61	56 - 67	30	24 - 36
120 Népal	26 591	2,3	83	76	5,4	5,7	4,8	3,6	61	60 - 62	76	68 - 84
121 Nicaragua	5 376	2,1	93	75	4,4	4,8	4,4	3,2	69	69 - 70	38	32 - 44
122 Niger	13 499	3,5	103	104	3,5	3,3	8,2	7,8	41	32 - 50	259	208 - 309
123 Nigéria	128 709	2,4	96	91	4,7	4,8	6,5	5,7	46	40 - 51	197	176 - 218
124 Nioué	1	-2,1	71	65	6,4	7,5	3,4	2,8	71	68 - 73	36	36 - 36
125 Norvège	4 598	0,6	55	53	20,2	19,8	1,9	1,8	80	79 - 80	4	4 - 5
126 Nouvelle-Zélande	3 989	1,0	53	51	15,4	16,5	2,0	2,0	80	79 - 80	6	5 - 7
127 Oman	2 534	1,8	76	60	3,1	4,0	6,0	3,6	74	70 - 77	13	11 - 14
128 Ouganda	27 821	3,2	109	112	4,1	3,9	7,1	7,1	49	44 - 55	138	124 - 151
129 Ouzbékistan	26 209	1,5	81	63	6,3	6,3	3,6	2,7	66	65 - 67	69	62 - 75
130 Pakistan	154 794	2,3	90	74	5,5	5,8	5,5	4,1	62	60 - 64	101	86 - 116
131 Palaos	20	1,6	69	60	5,8	6,5	1,6	1,4	68	67 - 69	27	20 - 35
132 Panama	3 175	2,0	63	58	7,4	8,6	2,8	2,7	76	75 - 76	24	21 - 26
133 Papouasie-Nouvelle-Guinée	5 772	2,4	79	76	4,0	3,9	4,9	3,9	60	58 - 62	93	75 - 110
134 Paraguay	6 017	2,5	83	71	5,2	5,6	4,4	3,8	72	71 - 73	24	20 - 28
135 Pays-Bas	16 226	0,5	46	48	17,7	18,9	1,6	1,7	79	79 - 79	5	5 - 6

	ESPERANCE DE VIE A LA NAISSANCE (ANNEES)						PROBABILITE DE DECES (POUR 1000)					
					Avant l'âge de 5 ans (taux de mortalité des moins de 5 ans ^{a)})			Entre l'âge de 15 et 60 ans (taux de mortalité des adultes)				
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	2004	Intervalle d'incertitude	2004	Intervalle d'incertitude	2004	Intervalle d'incertitude	2004	Intervalle d'incertitude	2004	Intervalle d'incertitude	2004	Intervalle d'incertitude
91	69	68 – 70	73	73 – 74	28	24 – 31	26	23 – 29	187	169 – 207	119	111 – 128
92	56	55 – 57	67	66 – 68	83	62 – 105	62	46 – 77	424	394 – 451	187	170 – 205
93	51	45 – 56	50	45 – 56	129	118 – 142	110	99 – 120	477	350 – 618	502	389 – 627
94	59	59 – 60	67	67 – 68	72	57 – 87	63	50 – 76	336	316 – 355	162	145 – 178
95	63	62 – 64	67	66 – 69	66	57 – 76	64	53 – 74	297	265 – 330	175	152 – 205
96	76	76 – 77	78	76 – 80	12	10 – 15	11	8 – 15	72	66 – 78	54	44 – 59
97	39	36 – 43	44	40 – 48	87	73 – 101	76	64 – 89	845	772 – 892	728	650 – 795
98	66	66 – 66	76	76 – 77	11	9 – 13	11	9 – 13	300	293 – 307	115	110 – 120
99	68	67 – 69	72	72 – 73	35	32 – 38	26	23 – 29	198	174 – 222	136	121 – 151
100	39	33 – 46	44	35 – 52	249	205 – 296	220	176 – 261	596	451 – 747	477	310 – 656
101	66	66 – 67	78	78 – 78	10	9 – 12	9	7 – 10	304	298 – 310	102	98 – 107
102	76	75 – 76	81	80 – 82	6	5 – 8	5	5 – 6	118	109 – 127	59	52 – 67
103	55	49 – 61	59	51 – 65	128	113 – 143	117	103 – 131	338	198 – 510	270	150 – 444
104	69	68 – 70	74	74 – 75	14	12 – 16	11	10 – 13	200	182 – 220	109	98 – 120
105	41	37 – 46	41	36 – 47	179	161 – 195	172	156 – 187	663	560 – 768	638	526 – 748
106	66	65 – 67	68	67 – 68	47	32 – 60	44	31 – 56	186	159 – 215	140	126 – 156
107	44	37 – 50	47	39 – 53	230	205 – 252	208	187 – 228	490	356 – 670	414	253 – 605
108	76	76 – 77	81	81 – 82	7	6 – 8	5	4 – 6	82	78 – 87	48	44 – 51
109	69	68 – 70	73	72 – 74	47	39 – 56	38	31 – 45	157	146 – 169	102	90 – 113
110	69	68 – 69	75	75 – 75	17	13 – 20	14	11 – 17	217	201 – 234	112	106 – 119
111	55	49 – 62	60	52 – 66	134	115 – 155	115	99 – 132	325	166 – 493	246	128 – 421
112	72	72 – 72	77	77 – 77	31	30 – 31	25	24 – 25	161	160 – 163	94	93 – 94
113	68	67 – 70	71	70 – 73	26	18 – 33	19	14 – 26	202	177 – 228	169	146 – 191
114	78	77 – 80	85	83 – 87	5	4 – 7	3	3 – 6	105	85 – 124	45	32 – 58
115	61	60 – 62	69	68 – 70	60	47 – 72	45	36 – 55	303	277 – 330	185	163 – 210
116	44	39 – 50	46	41 – 52	154	135 – 173	150	131 – 168	627	502 – 739	549	427 – 665
117	56	49 – 63	63	54 – 69	116	82 – 153	93	63 – 122	334	174 – 510	219	110 – 399
118	52	48 – 56	55	51 – 60	70	59 – 81	57	46 – 69	548	467 – 629	489	411 – 568
119	58	52 – 65	65	61 – 70	35	28 – 43	24	19 – 29	448	283 – 596	303	184 – 417
120	61	60 – 62	61	60 – 62	74	66 – 81	79	70 – 87	297	274 – 320	285	264 – 306
121	67	67 – 68	71	71 – 72	41	35 – 47	35	30 – 40	214	199 – 228	151	135 – 168
122	42	33 – 50	41	31 – 50	256	205 – 308	262	211 – 310	506	351 – 714	478	252 – 725
123	45	40 – 51	46	39 – 52	198	179 – 220	195	174 – 215	513	377 – 648	478	338 – 634
124	68	65 – 70	74	71 – 76	50	50 – 50	20	20 – 20	178	139 – 222	138	107 – 178
125	77	77 – 78	82	82 – 82	4	4 – 5	4	4 – 5	93	88 – 99	57	55 – 59
126	77	77 – 78	82	82 – 82	7	6 – 8	6	5 – 7	95	92 – 98	62	59 – 65
127	71	68 – 75	77	74 – 79	13	11 – 15	12	10 – 14	164	106 – 244	92	58 – 137
128	48	43 – 53	51	45 – 57	144	130 – 157	132	119 – 144	525	398 – 654	446	326 – 592
129	63	63 – 64	69	68 – 70	80	72 – 88	57	51 – 62	223	209 – 237	141	125 – 157
130	62	60 – 63	63	61 – 65	102	86 – 117	100	85 – 115	222	199 – 249	198	173 – 223
131	67	66 – 67	70	69 – 71	27	19 – 34	28	20 – 37	224	213 – 234	206	186 – 228
132	73	73 – 74	78	77 – 79	26	24 – 29	22	19 – 24	139	129 – 151	82	75 – 91
133	58	56 – 60	61	59 – 63	98	79 – 116	87	71 – 103	322	293 – 352	265	240 – 293
134	70	69 – 70	74	74 – 75	25	21 – 29	23	19 – 27	176	164 – 188	127	115 – 137
135	77	77 – 77	81	81 – 82	6	5 – 6	5	4 – 5	89	87 – 91	63	62 – 65

Tableau 1 de l'annexe Indicateurs de base pour l'ensemble des Etats Membres

L'OMS a calculé ces chiffres de manière à les rendre comparables.^a

Ils ne correspondent pas nécessairement aux statistiques officielles des Etats Membres, qui peuvent utiliser d'autres méthodes tout aussi rigoureuses.

Etats Membres	ESTIMATIONS RELATIVES A LA POPULATION								ESPERANCE DE VIE A LA NAISSANCE (ANNEES)		PROBABILITE DE DECES (POUR 1000)	
	Population totale (000)	Taux d'accroissement annuel (%)	Rapport de dépendance économique (pour 100)		Pourcentage de la population âgée de 60 ans et plus		Taux de fécondité global		Pour les deux sexes		Avant l'âge de 5 ans (taux de mortalité des moins de 5 ans ^b)	
			1994	2004	1994	2004	1994	2004	2004	Intervalle d'incertitude	2004	Intervalle d'incertitude
136 Pérou	27 562	1,6	69	61	6,4	7,6	3,5	2,8	71	70 – 72	29	25 – 33
137 Philippines	81 617	2,0	75	65	5,1	6,0	4,0	3,1	68	68 – 69	34	29 – 39
138 Pologne	38 559	0,0	52	42	15,6	16,7	1,8	1,2	75	75 – 75	8	7 – 8
139 Portugal	10 441	0,4	49	49	20,1	22,1	1,5	1,5	78	77 – 78	5	5 – 6
140 Qatar	777	4,2	39	31	2,2	2,6	3,9	2,9	76	74 – 78	12	9 – 15
141 République arabe syrienne	18 582	2,6	93	68	4,3	4,7	4,4	3,3	72	71 – 73	16	15 – 18
142 République centrafricaine	3 986	1,8	89	89	6,1	6,1	5,5	4,9	41	35 – 47	193	162 – 224
143 République de Corée	47 645	0,7	42	39	8,9	13,3	1,7	1,2	77	77 – 76	6	5 – 6
144 République démocratique du Congo	55 853	2,5	99	100	4,4	4,3	6,7	6,7	44	38 – 51	205	176 – 235
145 République démocratique populaire lao	5 792	2,4	91	81	5,6	5,3	5,7	4,7	59	57 – 62	83	69 – 98
146 République de Moldova	4 218	-0,3	56	41	13,0	13,7	1,9	1,2	67	67 – 68	28	21 – 35
147 République dominicaine	8 768	1,5	70	59	5,2	6,1	3,1	2,7	67	66 – 68	32	29 – 35
148 République populaire démocratique de Corée	22 384	0,8	47	47	7,9	10,9	2,2	2,0	66	58 – 74	55	30 – 81
149 République tchèque	10 229	-0,1	48	41	18,0	19,6	1,5	1,2	76	76 – 76	5	4 – 5
150 République-Unie de Tanzanie	37 627	2,3	92	86	4,5	5,0	5,8	4,9	48	46 – 51	126	116 – 136
151 Roumanie	21 790	-0,5	49	44	17,1	19,2	1,4	1,3	72	72 – 72	20	19 – 21
152 Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	59 479	0,3	54	52	20,9	21,0	1,8	1,7	79	79 – 79	6	5 – 6
153 Rwanda	8 882	4,9	110	87	3,5	3,9	6,7	5,6	46	39 – 51	203	183 – 223
154 Sainte-Lucie	159	0,9	75	58	9,4	9,8	3,0	2,2	74	73 – 75	14	13 – 17
155 Saint-Kitts-et-Nevis	42	0,5	62	55	9,1	10,5	2,6	2,4	71	70 – 71	21	18 – 25
156 Saint-Marin	28	0,9	46	51	22,1	25,3	1,2	1,2	82	80 – 83	4	4 – 4
157 Saint-Vincent-et-les-Grenadines	118	0,5	78	57	8,6	8,9	2,7	2,2	69	68 – 70	22	18 – 27
158 Samoa	184	1,0	77	83	6,3	6,5	4,7	4,3	68	67 – 69	30	24 – 36
159 Sao Tomé-et-Principe	153	2,0	101	79	6,5	5,8	4,8	3,9	59	51 – 65	118	89 – 148
160 Sénégal	11 386	2,5	98	86	4,8	4,8	6,0	4,9	55	49 – 61	137	120 – 154
161 Serbie-et-Monténégro	10 510	0,0	50	48	16,8	18,4	1,9	1,6	73	72 – 73	15	13 – 16
162 Seychelles	80	0,7	51	46	8,5	9,4	2,4	2,1	72	71 – 73	14	10 – 17
163 Sierra Leone	5 336	2,6	83	86	5,6	5,5	6,5	6,5	39	29 – 46	283	241 – 327
164 Singapour	4 273	2,4	39	40	9,1	11,8	1,7	1,3	80	79 – 80	3	3 – 4
165 Slovaquie	5 401	0,1	51	41	15,1	16,0	1,7	1,2	74	74 – 75	8	7 – 11
166 Slovaquie	1 967	0,0	45	42	17,6	20,2	1,3	1,2	77	77 – 77	4	4 – 5
167 Somalie	7 964	2,3	87	88	4,3	4,2	6,7	6,3	44	37 – 51	225	203 – 247
168 Soudan	35 523	2,2	83	76	5,0	5,6	5,2	4,3	58	51 – 64	91	82 – 101
169 Sri Lanka	20 570	1,0	56	46	8,7	10,5	2,3	1,9	71	70 – 73	14	12 – 16
170 Suède	9 008	0,2	57	54	22,1	23,0	1,9	1,7	81	80 – 81	4	3 – 4
171 Suisse	7 240	0,4	47	48	19,2	21,4	1,5	1,4	81	81 – 81	5	4 – 6
172 Suriname	446	0,8	65	58	7,7	8,9	2,7	2,6	67	66 – 69	39	34 – 44
173 Swaziland	1 034	1,0	97	82	4,3	5,3	5,1	3,8	37	34 – 42	156	137 – 176
174 Tadjikistan	6 430	1,2	91	77	5,9	5,2	4,7	3,7	63	61 – 66	118	84 – 147
175 Tchad	9 448	3,3	98	101	5,1	4,7	6,7	6,7	46	39 – 52	200	168 – 231

	ESPERANCE DE VIE A LA NAISSANCE (ANNEES)				PROBABILITE DE DECES (POUR 1000)							
					Avant l'âge de 5 ans (taux de mortalité des moins de 5 ans ^a)				Entre l'âge de 15 et 60 ans (taux de mortalité des adultes)			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	2004	Intervalle d'incertitude	2004	Intervalle d'incertitude	2004	Intervalle d'incertitude	2004	Intervalle d'incertitude	2004	Intervalle d'incertitude	2004	Intervalle d'incertitude
136	69	68 – 70	73	72 – 74	31	27 – 35	27	23 – 31	184	164 – 208	134	118 – 152
137	65	64 – 65	72	71 – 72	40	34 – 46	28	24 – 32	269	257 – 281	149	137 – 159
138	71	71 – 71	79	79 – 79	8	8 – 9	7	6 – 8	198	193 – 203	79	76 – 82
139	74	74 – 75	81	81 – 81	6	4 – 7	5	5 – 6	144	137 – 152	61	59 – 63
140	76	75 – 78	75	74 – 77	12	10 – 15	11	9 – 15	75	66 – 85	70	56 – 85
141	70	69 – 71	74	74 – 75	19	17 – 20	14	13 – 15	186	171 – 201	125	115 – 134
142	40	35 – 46	41	35 – 48	201	169 – 233	185	155 – 214	667	530 – 781	624	490 – 745
143	73	73 – 74	80	79 – 80	5	4 – 5	7	6 – 7	151	146 – 156	55	54 – 58
144	42	36 – 47	47	39 – 54	217	186 – 249	192	165 – 221	576	436 – 713	446	286 – 607
145	58	56 – 61	60	58 – 62	88	72 – 103	78	65 – 93	331	275 – 386	300	267 – 335
146	64	63 – 64	71	71 – 71	32	24 – 40	24	18 – 30	300	287 – 313	150	141 – 159
147	64	63 – 65	70	69 – 71	34	31 – 38	30	27 – 33	280	246 – 312	169	144 – 194
148	65	57 – 72	68	59 – 75	56	31 – 82	54	29 – 81	231	87 – 402	168	68 – 341
149	73	72 – 73	79	79 – 79	5	4 – 6	4	4 – 5	161	158 – 163	69	67 – 71
150	47	45 – 49	49	47 – 52	134	124 – 145	117	107 – 126	551	509 – 597	524	470 – 576
151	68	68 – 68	76	75 – 76	22	21 – 23	18	17 – 18	232	229 – 234	100	99 – 102
152	76	76 – 77	81	81 – 81	6	6 – 7	5	5 – 6	102	99 – 104	63	61 – 64
153	44	38 – 49	47	40 – 53	211	190 – 230	195	176 – 215	518	399 – 672	435	289 – 608
154	71	71 – 72	77	76 – 78	15	13 – 18	13	12 – 15	209	194 – 224	116	102 – 132
155	69	68 – 70	72	71 – 73	21	17 – 24	22	19 – 25	197	182 – 213	145	120 – 175
156	79	76 – 79	84	82 – 86	4	4 – 8	3	3 – 3	66	54 – 86	34	27 – 37
157	66	65 – 67	73	72 – 74	26	23 – 29	19	14 – 25	301	266 – 338	174	155 – 191
158	66	64 – 67	70	69 – 71	42	36 – 49	17	13 – 21	235	218 – 252	203	187 – 219
159	57	49 – 64	60	52 – 67	122	92 – 152	114	86 – 143	301	155 – 498	236	118 – 419
160	54	48 – 60	57	50 – 63	141	125 – 159	132	116 – 148	358	215 – 529	288	164 – 464
161	70	70 – 70	75	75 – 76	17	15 – 19	13	11 – 14	191	183 – 200	98	94 – 102
162	67	67 – 68	78	76 – 79	14	11 – 18	13	10 – 17	232	209 – 254	83	66 – 105
163	37	29 – 44	40	30 – 48	296	250 – 340	269	232 – 313	579	428 – 778	497	284 – 745
164	77	76 – 79	82	81 – 82	4	4 – 4	3	3 – 3	92	80 – 106	51	48 – 56
165	70	70 – 71	78	78 – 79	9	7 – 11	8	6 – 10	203	193 – 214	76	72 – 81
166	73	72 – 73	81	81 – 81	5	4 – 6	4	4 – 4	158	150 – 167	67	64 – 71
167	43	36 – 50	45	37 – 52	222	199 – 243	228	207 – 251	524	372 – 658	428	254 – 622
168	56	49 – 62	60	53 – 67	98	89 – 108	84	75 – 93	390	255 – 538	304	187 – 450
169	68	66 – 70	75	74 – 76	16	14 – 19	12	10 – 13	232	183 – 278	119	104 – 133
170	78	78 – 78	83	83 – 83	4	3 – 4	3	3 – 4	82	80 – 84	51	49 – 52
171	78	78 – 79	83	83 – 84	5	5 – 6	5	4 – 5	87	83 – 91	49	48 – 51
172	65	63 – 66	70	69 – 72	42	37 – 48	36	32 – 41	261	224 – 301	159	135 – 183
173	36	33 – 40	39	35 – 43	163	141 – 184	150	132 – 168	823	744 – 882	741	656 – 816
174	62	60 – 64	64	62 – 67	120	84 – 147	115	85 – 147	166	130 – 219	139	121 – 174
175	45	38 – 51	48	40 – 54	212	177 – 245	188	158 – 217	497	370 – 669	422	286 – 601

Tableau 1 de l'annexe Indicateurs de base pour l'ensemble des Etats Membres

L'OMS a calculé ces chiffres de manière à les rendre comparables.^a

Ils ne correspondent pas nécessairement aux statistiques officielles des Etats Membres, qui peuvent utiliser d'autres méthodes tout aussi rigoureuses.

Etats Membres	ESTIMATIONS RELATIVES A LA POPULATION								ESPERANCE DE VIE A LA NAISSANCE (ANNEES)		PROBABILITE DE DECES (POUR 1000)	
	Population totale (000)	Taux d'accroissement annuel (%)	Rapport de dépendance économique (pour 100)		Pourcentage de la population âgée de 60 ans et plus		Taux de fécondité global		Pour les deux sexes		Avant l'âge de 5 ans (taux de mortalité des moins de 5 ans ^b)	
			1994	2004	1994	2004	1994	2004	1994	2004	2004	Intervalle d'incertitude
	2004	1994–2004	1994	2004	1994	2004	1994	2004	2004	Intervalle d'incertitude	2004	Intervalle d'incertitude
176 Thaïlande	63 694	1,0	50	45	7,3	10,2	2,0	1,9	70	70 – 71	21	18 – 24
177 Timor-Leste	887	0,5	78	80	3,7	5,0	4,6	7,8	63	56 – 69	80	69 – 92
178 Togo	5 988	3,2	95	88	4,7	4,8	6,1	5,2	54	48 – 59	140	122 – 157
179 Tonga	102	0,6	81	73	7,5	8,7	4,4	3,4	71	70 – 71	25	20 – 29
180 Trinité-et-Tobago	1 301	0,4	60	41	8,8	10,5	1,9	1,6	70	69 – 71	20	17 – 23
181 Tunisie	9 995	1,2	68	49	7,9	8,6	2,8	1,9	72	71 – 73	25	23 – 28
182 Turkménistan	4 766	1,5	79	60	6,2	6,3	3,7	2,7	60	59 – 61	103	92 – 113
183 Turquie	72 220	1,6	61	54	7,2	7,9	2,8	2,4	71	70 – 72	32	29 – 35
184 Tuvalu	10	0,6	71	65	6,4	7,5	4,4	3,7	61	58 – 64	51	37 – 64
185 Ukraine	46 989	-1,0	52	45	18,3	21,0	1,5	1,1	67	67 – 68	18	16 – 20
186 Uruguay	3 439	0,7	60	60	16,9	17,4	2,5	2,3	75	75 – 76	14	13 – 15
187 Vanuatu	207	2,1	89	78	5,2	5,1	4,8	4,0	68	65 – 72	40	29 – 51
188 Venezuela (République bolivarienne du)	26 282	2,0	68	58	6,1	7,4	3,1	2,7	75	74 – 75	19	17 – 20
189 Viet Nam	83 123	1,5	74	56	7,4	7,5	3,0	2,3	71	70 – 72	23	20 – 26
190 Yémen	20 329	3,4	111	96	3,8	3,7	7,4	6,0	59	52 – 65	111	97 – 125
191 Zambie	11 479	2,1	98	96	4,3	4,6	6,3	5,5	40	36 – 45	182	162 – 204
192 Zimbabwe	12 936	1,1	92	79	4,6	5,4	4,5	3,4	36	33 – 39	129	115 – 146

^a Les sources et les méthodes sont indiquées dans les notes explicatives.^b Le taux de mortalité des moins de cinq ans représente la probabilité (exprimée pour 1000 naissances vivantes) qu'un enfant né au cours d'une année donnée décède avant d'atteindre l'âge de cinq ans, si l'on utilise les taux de mortalité par âge actuels.

	ESPERANCE DE VIE A LA NAISSANCE (ANNEES)						PROBABILITE DE DECES (POUR 1000)						
							Avant l'âge de 5 ans (taux de mortalité des moins de 5 ans ^{b)})			Entre l'âge de 15 et 60 ans (taux de mortalité des adultes)			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes		Hommes		Femmes		
	2004	Intervalle d'incertitude	2004	Intervalle d'incertitude	2004	Intervalle d'incertitude	2004	Intervalle d'incertitude	2004	Intervalle d'incertitude	2004	Intervalle d'incertitude	
	176	67	67 – 68	73	73 – 74	23	19 – 26	20	17 – 23	265	243 – 287	154	135 – 174
	177	61	54 – 67	66	58 – 72	91	78 – 104	69	60 – 79	267	123 – 430	184	84 – 357
	178	52	46 – 58	56	49 – 61	151	134 – 171	128	111 – 143	401	264 – 551	327	213 – 485
	179	71	70 – 72	70	70 – 71	32	26 – 36	17	14 – 21	140	135 – 144	194	187 – 201
	180	67	66 – 68	73	73 – 74	24	20 – 28	15	13 – 18	257	229 – 287	156	140 – 173
	181	70	69 – 71	74	73 – 75	29	26 – 31	22	20 – 24	166	153 – 178	110	99 – 124
	182	56	55 – 56	65	64 – 66	117	105 – 128	88	79 – 97	350	327 – 374	166	145 – 188
	183	69	68 – 70	73	72 – 74	33	29 – 36	31	28 – 34	180	168 – 193	112	98 – 125
	184	61	57 – 64	62	59 – 65	50	36 – 62	52	38 – 65	325	237 – 433	277	213 – 387
	185	62	62 – 62	73	73 – 74	21	19 – 23	15	14 – 17	386	370 – 402	144	130 – 158
	186	71	71 – 72	79	79 – 80	16	14 – 18	12	11 – 13	172	163 – 183	87	83 – 90
	187	67	63 – 71	69	66 – 73	40	29 – 51	40	29 – 50	212	144 – 280	170	115 – 227
	188	72	71 – 73	78	77 – 78	20	18 – 22	17	15 – 19	185	171 – 198	97	90 – 104
	189	69	68 – 69	74	73 – 74	24	21 – 27	22	19 – 25	197	182 – 212	122	111 – 134
	190	57	51 – 63	61	54 – 67	118	103 – 132	104	91 – 117	298	152 – 474	225	110 – 403
	191	40	36 – 45	40	35 – 45	190	169 – 213	173	153 – 194	683	578 – 777	656	545 – 766
	192	37	35 – 40	34	30 – 38	136	125 – 148	121	105 – 142	857	802 – 904	849	791 – 902

Tableau 2 de l'annexe Sélection d'indicateurs des ratios de dépenses de santé, 1999-2003

L'OMS a calculé ces chiffres de manière à les rendre comparables.^a

Ils ne correspondent pas nécessairement aux statistiques officielles des Etats Membres, qui peuvent utiliser d'autres méthodes.

Etats Membres	Total des dépenses de santé en % du PIB					Dépenses publiques générales de santé en % du total des dépenses de santé ^b					Dépenses privées de santé en % du total des dépenses de santé ^b					Dépenses publiques générales de santé en % du total des dépenses publiques				
	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003
Afghanistan	3,2	2,8	3,2	6,7	6,5	1,5	1,5	1,9	41,1	39,5	98,5	98,5	98,1	58,9	60,5	1,6	1,6	1,6	7,4	7,3
Afrique du Sud	8,7	8,1	8,4	8,4	8,4	41,1	42,4	41,2	40,6	38,6	58,9	57,6	58,8	59,4	61,4	10,7	10,9	11,2	11,6	10,2
Albanie	6,9	6,5	6,6	6,8	6,5	45,2	42,4	42,2	41,7	41,7	54,8	57,6	57,8	58,3	58,3	8,9	8,6	8,8	9	9,2
Algérie	3,7	3,5	3,8	4,2	4,1	71,9	73,3	77,4	78,9	80,8	28,1	26,7	22,6	21,1	19,2	9	9	9,5	9,6	10
Allemagne	10,6	10,6	10,8	10,9	11,1	78,5	78,6	78,4	78,6	78,2	21,5	21,4	21,6	21,4	21,8	17,1	18,2	17,4	17,6	17,6
Andorre	7,3	7,5	7	7,2	7,1	67,2	65,4	68,8	68,8	68,6	32,8	34,6	31,3	31,2	31,4	31,8	30,6	28,9	30,6	33,7
Angola	3,2	2,5	3,3	2,4	2,8	45,3	82,2	84,6	80,9	84,2	54,7	17,8	15,4	19,1	15,8	2,4	3,4	5,5	4,1	5,3
Antigua-et-Barbuda	4,5	4,5	4,6	5,4	4,5	72,2	72	70,8	72,4	70,6	27,8	28	29,2	27,6	29,4	11,8	12,1	10,8	12,1	10,8
Arabie saoudite	4,3	4,2	4,7	4,5	4	76,1	76,8	78,6	78,2	75,9	23,9	23,2	21,4	21,8	24,1	10,7	9,8	9,9	10,6	9,4
Argentine	9,1	8,9	9,5	8,6	8,9	56,5	55,4	53,6	52,1	48,6	43,5	44,6	46,4	47,9	51,4	15	14,7	14,3	15,2	14,7
Arménie	6	6,3	6,5	5,8	6	22,9	15,2	20,5	20	20,2	77,1	84,8	79,5	80	79,8	5,1	3,9	5,7	5,3	5,4
Australie	8,7	9	9,2	9,3	9,5	69,5	68,9	67,8	68,1	67,5	30,5	31,1	32,2	31,9	32,5	16,9	16,8	16,9	17,7	17,7
Autriche	7,6	7,5	7,4	7,5	7,5	67,7	68,1	67	67,8	67,6	32,3	31,9	33	32,2	32,4	9,7	10	9,8	10	10
Azerbaïdjan	4,7	4,1	3,9	3,7	3,6	21	21,3	22,3	21,5	23,8	79	78,7	77,7	78,5	76,2	4,2	4,2	4,3	2,9	2,8
Bahamas	6,6	6,5	6,5	6,5	6,4	46,8	47,2	47,5	48,6	47,5	53,2	52,8	52,5	51,4	52,5	14,4	14,3	13,6	14,6	13,9
Bahreïn	4,7	3,9	4,2	4,2	4,1	69,2	67	67,6	67,8	69,2	30,8	33	32,4	32,2	30,8	11,2	10	10,1	8,7	8,8
Bangladesh	3,2	3,2	3,2	3,3	3,4	27,2	25,6	25,8	29,6	31,3	72,8	74,4	74,2	70,4	68,7	4,7	4,3	4,7	5,4	5,8
Barbade	6,1	6,2	6,7	6,9	6,9	65,4	65,8	67,6	68,4	69,4	34,6	34,2	32,4	31,6	30,6	12	12	12,2	12,3	11,1
Bélarus	6,1	6,1	6,6	6,4	5,5	81	80,1	75,5	73,9	71,2	19	19,9	24,5	26,1	28,8	10,4	10,7	10,7	10,1	8,3
Belgique	8,5	8,5	8,7	8,9	9,4	69,4	69,3	70,8	70,3	67,2	30,6	30,7	29,2	29,7	32,8	11,8	12,1	12,5	12,5	12,4
Belize	4,8	4,5	4,8	4,6	4,5	48,6	48	45,1	47,4	49,3	51,4	52	54,9	52,6	50,7	5,5	5,3	5	5,3	5
Bénin	4,8	4,7	5	4,7	4,4	43,8	44,5	46,9	43,5	43,1	56,2	55,5	53,1	56,5	56,9	11,1	10	9,8	8	9,8
Bhoutan	4,5	4,2	5,2	3,6	3,1	88,5	87,7	89,8	85,2	83,5	11,5	12,3	10,2	14,8	16,5	8,7	7,2	11,2	8,3	7,6
Bolivie	6,2	6,1	6,4	6,6	6,7	58,1	60,1	59,3	62,8	64	41,9	39,9	40,7	37,2	36	10,5	9,9	10,4	11,6	11,9
Bosnie-Herzégovine	10,7	9,7	9,1	9	9,5	56,7	52	48,8	49,2	50,7	43,3	48	51,2	50,8	49,3	8,9	7,8	7,9	8,6	11,4
Botswana	5,2	5,4	4,8	5,1	5,6	54,3	57,2	50,4	54	58,2	45,7	42,8	49,6	46	41,8	6,7	7,4	6	6,4	7,5
Brésil	7,8	7,6	7,8	7,7	7,6	42,8	41	42,9	44,8	45,3	57,2	59	57,1	55,2	54,7	9,3	8,5	9,2	9,7	10,3
Brunéi Darussalam	3,7	3,4	3,5	3,5	3,5	73,1	83,5	77	78,5	80	26,9	16,5	23	21,5	20	4,7	5,1	4,5	4,7	5,2
Bulgarie	6	6,2	7,2	7,9	7,5	65,4	59,2	56,1	56,6	54,5	34,6	40,8	43,9	43,4	45,5	9,8	8,6	9,6	11,3	10,1
Burkina Faso	5,4	5,2	5	5,4	5,6	44	42,4	39,5	44,2	46,8	56	57,6	60,5	55,8	53,2	10	9,4	10,5	12,8	12,7
Burundi	3	3,1	3,1	3,1	3,1	19,9	17,9	21,6	21	23,3	80,1	82,1	78,4	79	76,7	2,8	2	2,2	2	2
Cambodge	10,8	11	10,8	10,9	10,9	10,1	14,2	14,9	17,1	19,3	89,9	85,8	85,1	82,9	80,7	7,5	10,4	9,3	9,9	11,8
Cameroun	4,9	4,4	4,5	4,6	4,2	24,4	28	27,6	27,6	28,9	75,6	72	72,4	72,4	71,1	7,2	9,6	8	8,4	8
Canada	9	8,9	9,4	9,6	9,9	70,3	70,3	70,1	69,7	69,9	29,7	29,7	29,9	30,3	30,1	14,6	15,1	15,5	16,1	16,7
Cap-Vert	4,5	4,6	5	5	4,6	73,9	73,5	75,8	75,1	73,2	26,1	26,5	24,2	24,9	26,8	9	9,6	12,4	11,1	11,1
Chili	7,1	6,1	6,2	6,2	6,1	39	46,4	48,1	48	48,8	61	53,6	51,9	52	51,2	10	10,7	11,6	11,8	12,7
Chine ^c	4,9	5,1	5,2	5,5	5,6	40,9	38,3	35,6	35,8	36,2	59,1	61,7	64,4	64,2	63,8	12,5	11,1	9,5	9,4	9,7
Chypre ^d	5,7	5,8	5,9	6,1	6,4	42,7	41,6	42,3	44,9	49,1	57,3	58,4	57,7	55,1	50,9	6,5	6,4	6,4	6,8	7
Colombie	9,3	7,7	7,7	7,5	7,6	76,3	80,9	80,2	82,2	84,1	23,7	19,1	19,8	17,8	15,9	23,2	21,4	18,6	19	20,5
Comores	3,2	2,7	2,3	2,9	2,7	60,8	54,9	47,7	58	54,1	39,2	45,1	52,3	42	45,9	10,5	9,5	5	6,4	6,4
Congo	2,4	1,8	2	1,9	2	63,8	66,5	67	66,9	64,2	36,2	33,5	33	33,1	35,8	4,9	4,8	4,2	3,7	4,3
Costa Rica	6	6,3	6,8	7,2	7,3	78	79	78,5	79,6	78,8	22	21	21,5	20,4	21,2	21	21,7	21,4	22,2	22,8
Côte d'Ivoire ^d	5,1	4,7	3,9	3,8	3,6	17,4	19,8	18,3	31,6	27,6	82,6	80,2	81,7	68,4	72,4	4,5	5,2	4,3	6,2	5
Croatie	8,7	9,3	8,4	7,8	7,8	86,3	86,8	85,8	82,8	83,6	13,7	13,2	14,2	17,2	16,4	13,7	14,9	14,2	13,2	13,8
Cuba	6,9	7	7,1	7,2	7,3	85,5	85,8	86	86,5	86,8	14,5	14,2	14	13,5	13,2	11,1	10,8	11,4	11,2	11,2
Danemark	8,5	8,4	8,6	8,8	9	82,2	82,4	82,7	82,9	83	17,8	17,6	17,3	17,1	17	12,5	12,6	13	13,2	13,5
Djibouti	5,1	5,4	5,3	5,5	5,7	65,2	65,7	64,7	65	66,9	34,8	34,3	35,3	35	33,1	10,2	10,7	11,6	10,8	10,5
Dominique	6,2	6,2	5,9	6,3	6,3	74,3	73,6	71,3	71,3	71,3	25,7	26,4	28,7	28,7	28,7	12,8	9,5	11,3	11,9	11,6
Egypte	5	5,2	5,4	5,9	5,8	33,9	36,5	39,9	42,7	42,6	66,1	63,5	60,1	57,3	57,4	5,6	6,3	7,1	8,4	8,2
El Salvador	8	8	7,7	8	8,1	43,5	45,1	42,4	44,7	46,1	56,5	54,9	57,6	55,3	53,9	25,1	25	21,2	22,8	22
Emirats arabes unis	3,8	3,2	3,7	3,4	3,3	77,5	76,6	78,3	75	74,7	22,5	23,4	21,7	25	25,3	7,9	7,6	7,7	7,8	8
Equateur	4,7	4,1	4,8	5	5,1	39,4	31,2	33,5	38,4	38,6	60,6	68,8	66,5	61,6	61,4	9,8	6,4	8,5	9,7	8,7
Erythrée	3,8	4,5	4,6	4,5	4,4	70,3	66,9	59,2	50,9	45,5	29,7	33,1	40,8	49,1	54,5	2,9	4,4	4,6	3,9	4
Espagne ^d	7,5	7,4	7,5	7,6	7,7	72	71,6	71,2	71,3	71,3	28	28,4	28,8	28,7	28,7	13,4	13,3	13,4	13,4	13,7
Estonie	6	5,5	5,1	5	5,3	81	77,5	78,6	77,1	77,1	19	22,5	21,4	22,9	22,9	11,4	11,1	10,7	10,6	11,2
Etats-Unis d'Amérique	13,1	13,3	14	14,7	15,2	43,8	44	44,8	44,8	44,6	56,2	56	55,2	55,2	55,4	16,7	17,1	17,7	18,2	18,5
Ethiopie	5,4	5,7	5,8	6	5,9	53	54,6	53,2	56,9	58,4	47	45,4	46,8	43,1	41,6	8,9	9,3	10,5	9,9	9,6
Ex-République yougoslave de Macédoine	6,3	6	6,1	6,8	7,1	85,2	84,6	83,1	84,7	84,5	14,8	15,4	16,9	15,3	15,5	15,1	15	12,3	14	17,1
Fédération de Russie	5,6	5,8	5,7	5,9	5,6	57,8	56,1	58,8	59,4	59	42,2	43,9	41,2	40,6	41	8,8	9,4	9,6	9,6	9,3
Fidji	3,7	3,9	3,8	4,1	3,7	65,2	65,2	66,4	66,4	61,3	34,8	34,8	33,6	33,6	38,7	7,3	8,1	7,9	8,3	7,8

Etats Membres	Dépenses de santé financées par des ressources extérieures en % des dépenses totales de santé					Dépenses de sécurité sociale pour la santé en % des dépenses publiques générales de santé					Paiements directs en % des dépenses privées de santé					Assurances privées par prépaiement en % des dépenses privées de santé				
	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003
Afghanistan	3	3,2	4,2	46,8	45,6	0	0	0	0	0	98,2	98	97,3	75,9	76,5	0	0	0	0	0
Afrique du Sud	0,1	0,4	0,4	0,4	0,5	3,5	3,3	3,1	3,8	4,6	17,1	18,9	17,8	16,8	17,1	77,4	75,6	76,7	77,7	77,7
Albanie	6,8	8,6	4,9	3,7	3,4	19,2	16,7	18,1	20,3	25,1	99,7	99,8	99,8	99,8	99,8	0	0	0	0	0
Algérie	0,1	0,1	0,1	0	0	40,8	35,5	33,3	29,1	28,4	97	96,7	96	95,7	95,3	2,9	3,1	3,8	4,1	4,4
Allemagne	0	0	0	0	0	87,2	87,3	87,1	87,2	87,4	50,8	49,6	49,7	48,2	47,9	38	38,7	38,6	39,9	40,2
Andorre	0	0	0	0	0	87,5	88,1	86,2	88	89,2	77,9	77,5	70	70,6	71,1	19,9	20,3	26,7	26,5	26,3
Angola	5,7	17,5	16,7	8,3	6,7	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
Antigua-et-Barbuda	3,8	3,8	3,4	1	2,2	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Arabie saoudite	0	0	0	0	0	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	32,5	30,3	30,7	30,3	28,6	39	40,8	40,1	40,4	41,6
Argentine	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	58,7	59,3	58,5	57,9	56,8	64	63,3	62,4	60,3	55,6	31,9	32,6	31,1	32,7	38,2
Arménie	19	13	21,9	22,2	17,2	0	0	0	0	0	82,2	91	79,6	79,4	80,6	n/d	n/d	0,1	0,1	n/d
Australie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	62,5	65,2	65,9	67,6	67,8	21,8	21,9	23,7	23,3	23,9
Autriche	0	0	0	0	0	63,5	64	65,4	65,5	65,8	62,9	63,8	58,9	59,8	59,2	22,9	23	22,9	23,6	23,5
Azerbaïdjan	1	2,1	4,1	1,9	1,9	0	0	0	0	0	96,3	96	96,1	96,2	96,8	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Bahamas	0	0	0,2	0,2	0,2	1,8	1,8	1,7	1,6	1,7	40,3	40,3	40,3	40,3	40,5	58,6	58,6	58,6	58,6	58,4
Bahréïn	0	0	0	0	0	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	72,1	68,7	65,8	62,4	61,2	22,7	25,4	24,2	24,1	22
Bangladesh	12,2	12,9	13,3	12,9	12,4	0	0	0	0	0	88,8	86,5	86	85,9	85,8	0	0	0	0,1	0,1
Barbade	4,2	4	4,4	4,2	2,7	0	0	0	0	0	77,2	77,3	76,9	77,2	77,2	22,8	22,7	23,1	22,8	22,8
Bélarus	0,1	0,1	0,2	0,1	n/d	3,8	4,1	3,7	3,9	6,1	70,2	70,4	74,7	79,7	80,5	0,6	0,3	0,1	0,2	0,2
Belgique	0	0	0	0	0	87,3	87,6	87,4	88,8	88,4	80,9	80,2	79,5	80,5	66,6	6,6	6,4	6,7	6,6	6
Belize	3,1	2,9	8,5	8	7,3	0	0	12,5	21,6	22,8	100	100	100	100	100	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Bénin	14,6	16,8	12,2	8,5	11,5	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	91	91	90,6	90,3	90,3	8,4	8,4	8,7	9	9
Bhoutan	32,5	31,2	45,7	23,9	18,6	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
Bolivie	5,7	6	7,1	7,4	7,3	60,9	62	65,2	65	65	83,8	81,6	77,9	78,9	79,3	5,5	8,1	12	10,8	10,6
Bosnie-Herzégovine	3,9	5,2	3	1,8	1,5	79	78	79	83,5	77,5	100	100	100	100	100	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Botswana	2,2	1,8	2,9	3,4	2,9	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	30,3	31,3	31,5	29,7	28,8	22,7	20,6	20	19,6	21,8
Brésil	0,5	0,5	0,5	0,5	0,3	0	0	0	0	0	67,1	64,9	64,1	64,2	64,2	32,9	35,1	35,9	35,8	35,8
Brunéï Darussalam	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
Bulgarie	0,5	2	1,5	1,3	1	9,9	13	35,8	40,6	51,6	99	99	99,2	98,4	98,4	0	0	0,1	0,9	0,9
Burkina Faso	10,2	9,9	10,1	7	7,4	0,3	0,8	1,2	0,7	1	98,1	98,1	98,1	98,1	98,1	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9
Burundi	10,7	8	10,6	10,3	14,1	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	100	100	100	100	100	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Cambodge	13,4	18,8	19,7	11,5	18,5	0	0	0	0	0	90,1	85,4	84,6	85,2	86,2	0	0	0	0	0
Cameroun	5,2	6	6,9	2,3	3,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	94,2	93,3	93,4	93,6	98,3	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Canada	0	0	0	0	0	1,9	2	2	2	2,1	55	53,6	51,1	50,4	49,6	37,9	39	41,6	42,1	42,3
Cap-Vert	8,4	13,5	15,1	15,2	10	36,9	36,1	35,1	33,6	35,5	99,7	99,6	99,5	99,8	99,7	0,3	0,4	0,5	0,2	0,3
Chili	0,1	0,1	0,1	0	0	77,2	31,1	31,6	32,2	32,1	60,6	47,1	48	47,3	46,2	39,4	52,9	52	52,7	53,8
Chine ^c	0,3	0,2	0,2	0,1	0,1	54,2	57,2	55,1	54,8	53,4	94,5	95,6	93,1	90	87,6	1,7	1	1,9	3,3	5,8
Chypre ^e	0	0	2,8	2,6	2,3	9,5	10,9	11,9	12,5	10,7	95,3	95,3	95,6	95,7	96	4,7	4,7	4,4	4,3	4
Colombie	0,3	0,3	0,2	0	0	63,2	60,2	66,3	63,9	66	72,4	59	59,1	55,9	47,2	27,6	41	40,9	44,1	52,8
Comores	47,6	35,9	26,2	43	40,5	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
Congo	2,8	2,4	2,5	2,4	2,2	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Costa Rica	1	1	1,9	1,6	2,7	90,7	89,6	87,5	88,4	88,6	97,5	97,4	97,8	97,8	88,7	2,5	2,6	2,2	2,2	2,1
Côte d'Ivoire ^d	2,7	2,9	3,5	3,7	3,4	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	94	93,4	92,1	90,3	90,5	6	6,6	7,9	9,7	9,5
Croatie	0,9	1	1	1	0,6	97,5	97,6	97,7	97,9	96,1	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
Cuba	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0	0	0	0	0	76	75,6	75,2	75,2	75,2	0	0	0	0	0
Danemark	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	90,4	91	92	92,8	92,5	9,6	9	8	7,2	7,5
Djibouti	22,2	26,4	31,2	31,6	31,5	11,6	12,1	12	13,3	12,9	100	100	100	100	100	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Dominique	2,1	1,2	0,9	0,5	0,4	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Egypte	1,3	1,1	1,3	0,8	0,9	32,8	32,7	30,2	24,7	27,1	93,7	93,8	93,7	93,9	93,2	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3
El Salvador	1,5	0,9	0,8	0,7	1	44	44,2	36,3	44,5	44,1	90,2	95,6	93,6	93,9	93,5	9,6	4,2	6,4	6,1	6,3
Emirats arabes unis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	70,5	68,7	69,4	70,6	70,4	19	21	20,2	18,8	19,1
Equateur	3,2	4,1	1,8	1	0,9	31,7	28	32,2	32	31,9	84,2	85,3	87,6	88,4	88,1	5,4	4,8	3	2,3	2,2
Erythrée	20,2	30,6	24,1	22,5	19,6	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
Espagne ^e	0	0	0	0	0	41,1	41,4	41,7	7,3	7	83,3	83,1	83,1	82,6	82	13,4	13,7	13,9	14,3	14,9
Estonie	3,6	0,9	0	0	0,1	82,1	86	86,1	86	84,9	74,4	88,5	88,9	87,6	88,3	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Etats-Unis d'Amérique	0	0	0	0	0	33,1	33,7	32,5	30,5	28,4	27	26,5	25,8	24,9	24,3	61,4	62,7	64,1	65,3	65,9
Ethiopie	22,6	19,3	23,4	21,7	26	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	79,7	79,1	79,8	79,3	78,7	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5
Ex-République yougoslave de Macédoine	3,7	2,7	2,5	1,8	1,7	97,4	97,4	97,1	97,4	97,8	100	100	100	100	100	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Fédération de Russie	0,8	0,2	0,2	0,2	0,2	39,4	40,6	40,7	41,7	43,7	67,8	71,1	71,9	70,8	71,1	6,3	6,9	6,2	6,9	6,6
Fidji	11,1	10,9	10,3	5,7	13,4	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0

Tableau 2 de l'annexe Sélection d'indicateurs des ratios de dépenses de santé, 1999-2003

L'OMS a calculé ces chiffres de manière à les rendre comparables.^a

Ils ne correspondent pas nécessairement aux statistiques officielles des Etats Membres, qui peuvent utiliser d'autres méthodes.

Etats Membres	Total des dépenses de santé en % du PIB					Dépenses publiques générales de santé en % du total des dépenses de santé ^b					Dépenses privées de santé en % du total des dépenses de santé ^b					Dépenses publiques générales de santé en % du total des dépenses publiques				
	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003
Finlande	6,9	6,6	6,9	7,2	7,4	75,3	75,1	75,9	76,3	76,5	24,7	24,9	24,1	23,7	23,5	10	10,2	10,7	11	11,2
France	9,3	9,3	9,4	9,7	10,1	76	75,8	75,9	76,1	76,3	24	24,2	24,1	23,9	23,7	13,3	13,5	13,7	13,8	14,2
Gabon	4,5	4,2	4,2	4,4	4,4	68,4	73,1	73	69,8	66,6	31,6	26,9	27	30,2	33,4	10,9	13,9	9,9	10,7	12,8
Gambie	7	7,9	7,8	7,5	8,1	32,3	40,5	40,1	40,9	40	67,7	59,5	59,9	59,1	60	10	14,4	9,4	12	13,9
Géorgie	2,9	4,3	4,4	4,5	4	35,4	28,4	30	28,8	23,9	64,6	71,6	70	71,2	76,1	4,8	6,4	6,6	6,6	4,7
Ghana	5,5	5,4	4,8	4,7	4,5	35,3	35,3	28,8	30,5	31,8	64,7	64,7	71,2	69,5	68,2	7,8	6,8	4,2	5,4	5
Grèce	9,6	9,9	10,2	9,8	9,9	53,4	52,6	54,2	51,6	51,3	46,6	47,4	45,8	48,4	48,7	10,4	10	10,9	10,1	10,1
Grenade	5,5	7,2	7,6	7,1	6,7	73,3	74	77,9	72,9	73,6	26,7	26	22,1	27,1	26,4	14,7	13,2	15,1	10,7	12,4
Guatemala	4,7	5,5	5,4	5,2	5,4	48,3	39,8	38,1	36,9	39,7	51,7	60,2	61,9	63,1	60,3	17	16,2	15,4	14,1	15,3
Guinée	4,7	4,8	4,8	5,2	5,4	13,4	13,5	18,3	14,7	16,6	86,6	86,5	81,7	85,3	83,4	3,9	3,9	4,7	4,2	4,9
Guinée-Bissau	4,8	4,1	4,3	6,2	5,6	29,7	23,7	21,3	40,8	45,8	70,3	76,3	78,7	59,2	54,2	4,6	2,2	2,1	6,6	6,9
Guinée équatoriale	2,8	2	1,7	1,8	1,5	60,8	67,6	70,2	72,2	67,5	39,2	32,4	29,8	27,8	32,5	9,9	11	10,1	8,8	7
Guyana	4,3	5,5	5,3	5	4,8	82,8	84,5	82,6	83,1	82,6	17,2	15,5	17,4	16,9	17,4	8	10,8	12,3	12,2	11,6
Haïti	6,8	6,8	7,1	7,5	7,5	36,3	36	37,7	39,4	38,1	63,7	64	62,3	60,6	61,9	18,5	20,7	23,8	23,8	23,8
Honduras	5,7	6,4	6,5	6,9	7,1	50,8	55,9	54,7	55,3	56,5	49,2	44,1	45,3	44,7	43,5	12,2	15,1	14,1	15,6	16,8
Hongrie	7,4	7,1	7,4	7,8	8,4	72,4	70,7	69	70,2	72,4	27,6	29,3	31	29,8	27,6	10,7	10,6	10,5	10,4	12,1
Iles Cook	3,6	4	3,8	3,6	3,8	87,1	88	87,7	87	87,9	12,9	12	12,3	13	12,1	7,7	8,2	8,6	8,6	9,6
Iles Marshall	15,9	14,7	12,4	12	13,1	97,2	96,9	96,3	96,3	96,7	2,8	3,1	3,7	3,7	3,3	17,9	13,7	12,1	11,5	14,4
Iles Salomon	4,7	5,1	5,1	4,9	4,8	93	93	93,5	93,2	93,4	7	7	6,5	6,8	6,6	11,1	11,4	11,5	13,2	9,4
Inde	5,1	5	5	4,9	4,8	24,6	24,6	24,2	23,7	24,8	75,4	75,4	75,8	76,3	75,2	4,5	4,3	4,2	3,9	3,9
Indonésie	2,6	2,5	3,1	3,2	3,1	30,4	28,1	35,6	34,5	35,9	69,6	71,9	64,4	65,5	64,1	3,8	3,5	4,7	5,1	5,1
Iran (République islamique d')	6,2	5,8	6,3	5,8	6,5	41,1	43,2	44,5	37,7	47,3	58,9	56,8	55,5	62,3	52,7	10,9	11,7	11,5	8	10,3
Iraq ⁱ	1,9	1,7	1,6	1,6	2,7	39,6	29,1	27,1	16,8	51,8	60,4	70,9	72,9	83,2	48,2	1,2	1,3	1,2	0,7	4,2
Irlande	6,2	6,2	6,8	7	7,3	73,7	73,9	75,3	77,5	78,9	26,3	26,1	24,7	22,5	21,1	13,4	14,6	15,4	16,3	17,2
Islande	9,4	9,3	9,3	10	10,5	83,6	82,6	82,7	83,2	83,5	16,4	17,4	17,3	16,8	16,5	18,1	17,8	17,5	18,2	18,3
Israël	8,6	8,6	9,2	9,3	8,9	69,5	67,9	67,7	67,2	68,2	30,5	32,1	32,3	32,8	31,8	11,3	11,5	11,6	11,4	11,4
Italie	7,7	8,1	8,2	8,4	8,4	72	73,5	75,8	75,4	75,1	28	26,5	24,2	24,6	24,9	11,4	12,6	12,7	13,1	12,8
Jamahiriyah arabe libyenne	3,6	3,2	5,5	5	4,1	50,7	58,1	73,2	65,5	62,9	49,3	41,9	26,8	34,5	37,1	5,5	6	9,2	7,9	5,9
Jamaïque	5,4	6,2	5,4	4,9	5,3	50,3	52,6	45,7	51,1	50,6	49,7	47,4	54,3	48,9	49,4	5,6	6,6	4,3	4,5	4,5
Japon	7,4	7,6	7,8	7,9	7,9	81,1	81,3	81,7	81,5	81	18,9	18,7	18,3	18,5	19	15,9	16,1	16,9	16,8	16,8
Jordanie ^g	8,8	9,2	9,4	9,3	9,4	48	45,2	45,7	46,3	45,2	52	54,8	54,3	53,7	54,8	10,1	9,8	9,8	9,9	8,9
Kazakhstan	4,3	4,1	3,4	3,5	3,5	51,9	50,9	56,4	53,2	57,3	48,1	49,1	43,6	46,8	42,7	8,8	9,3	8,4	9	9
Kenya	4,6	4,3	4,2	4,5	4,3	41,1	46,5	42,8	44	38,7	58,9	53,5	57,2	56	61,3	4,1	11,1	8	9,2	7,2
Kirghizistan	4,9	4,4	4,5	5,1	5,3	48	46,8	43	41,3	40,8	52	53,2	57	58,7	59,2	7,8	8,2	8,7	8,7	9
Kiribati	7,6	10,7	11,5	11,3	13,1	98,9	99,1	99,2	99,1	92,4	1,1	0,9	0,8	0,9	7,6	6,8	9,8	10,5	10,4	7,8
Koweït	3,6	3,1	3,6	3,9	3,5	77,2	78,2	77,7	78,1	77,5	22,8	21,8	22,3	21,9	22,5	6,4	8,8	6,2	6,6	6,1
Lesotho	5,4	5,8	5,6	6,5	5,2	80,9	82,6	82	83,1	79,7	19,1	17,4	18	16,9	20,3	9,1	9,7	10,1	10,9	9,5
Lettonie	6,4	6	6,2	6,3	6,4	59	55	51,2	52,1	51,3	41	45	48,8	47,9	48,7	9,1	8,9	9,1	9,3	9,4
Liban	11,3	11,7	11,7	10,6	10,2	27,5	28,5	30,2	30,1	29,3	72,5	71,5	69,8	69,9	70,7	9,5	7,9	10,2	8,8	8,4
Libéria	6,3	4,8	4,1	3,9	4,7	67,7	57,7	50,3	47,7	56,7	32,3	42,3	49,7	52,3	43,3	18,1	13	12,4	10,5	17,6
Lituanie	6,3	6,5	6,3	6,5	6,6	74,9	69,7	72,6	74,9	76	25,1	30,3	27,4	25,1	24	12,2	14,6	15,2	14,2	14,7
Luxembourg	6,2	6	6,3	7,1	6,8	89,8	90,3	90,8	91,1	90,8	10,2	9,7	9,2	8,9	9,2	13,4	14	14,7	14,8	13,7
Madagascar	2,2	2,1	1,9	2,8	2,7	53,7	53	64,7	63	63,4	46,3	47	35,3	37	36,6	6,9	6,5	7	11,4	9,3
Malaisie	3,2	3,3	3,7	3,7	3,8	51,2	52,4	55,8	55,4	58,2	48,8	47,6	44,2	44,6	41,8	6,5	6,5	6,4	6,6	6,9
Malawi	9,8	8,6	10,5	9,4	9,3	36,9	30,2	45,2	34	35,2	63,1	69,8	54,8	66	64,8	12,2	7,5	11,7	9,1	9,1
Maldives	5,6	5,9	6	5,8	6,2	85,2	86,9	87,5	87,7	89	14,8	13,1	12,5	12,3	11	13,2	13,7	13,8	13,3	13,8
Mali	4	4,7	4,3	4,5	4,8	42,9	49,5	50,1	52,6	57,4	57,1	50,5	49,9	47,4	42,6	6,6	8,5	8,2	9	9,2
Malte	7	8	8	9,1	9,3	75,6	76,5	77,8	79,7	80,1	24,4	23,5	22,2	20,3	19,9	11,9	14,2	13,8	15,3	15,5
Maroc ^h	4,6	4,7	4,9	5	5,1	30,2	30,7	32,4	32,4	33,1	69,8	69,3	67,6	67,6	66,9	4,4	4,2	4,5	5,3	6
Maurice	3,1	3,3	3,5	3,6	3,7	62	58,7	60,5	60,7	60,8	38	41,3	39,5	39,3	39,2	7,2	6,6	9	9,4	9,2
Mauritanie	2,7	2,5	2,9	3,9	4,2	64,2	63,3	67,9	74,2	76,8	35,8	36,7	32,1	25,8	23,2	8,6	6,5	6,8	9,2	14,3
Mexique	5,6	5,6	6	6	6,2	47,8	46,6	44,8	44,9	46,4	52,2	53,4	55,2	55,1	53,6	12,2	11,4	11,9	11,6	11,7
Micronésie (Etats fédérés de)	6,8	6,5	6,5	6,4	6,4	88	86,8	87	88,2	88	12	13,2	13	11,8	12	7,9	8	8,9	8,8	8,8
Monaco	9,3	9,4	9,4	9,2	9,7	69,4	70,7	71,9	73,1	75,9	30,6	29,3	28,1	26,9	24,1	11,6	14	13,6	14,3	17,5
Mongolie	5,4	7	7,3	6,7	6,7	73,3	65,9	66,3	69,8	63,8	26,7	34,1	33,7	30,2	36,2	10,9	10,6	10,6	11,5	10,3
Mozambique	4,7	5,5	4,8	5,1	4,7	63	67,8	66,2	67,6	61,7	37	32,2	33,8	32,4	38,3	12,1	12,9	10,7	11,5	10,9
Myanmar	1,8	2,2	2,1	2,8	2,8	11	13,7	12,5	18,5	19,4	89	86,3	87,5	81,5	80,6	0,8	1,2	1,3	2,3	2,5
Namibie	7	7	6,4	5,9	6,4	73,3	68,9	69,4	68,6	70	26,7	31,1	30,6	31,4	30	13,1	12,3	11,1	11	12,4
Nauru	16	13,8	12,2	12,9	12,3	89,1	88,9	88,7	88,8	88,5	10,9	11,1	11,3	11,2	11,5	9,2	9,2	9,1	9,2	8,8
Népal	5,1	4,9	5,4	5,6	5,3	25,4	24,9	31,4	32,2	27,8	74,6	75,1	68,6	67,8	72,2	7,4	7	8,7	9,5	7,9

Etats Membres	Dépenses de santé financées par des ressources extérieures en % des dépenses totales de santé					Dépenses de sécurité sociale pour la santé en % des dépenses publiques générales de santé					Paiements directs en % des dépenses privées de santé					Assurances privées par prépaiement en % des dépenses privées de santé				
	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003
Finlande	0	0	0	0	0	19,8	20,4	20,8	21,1	21,5	82,2	82	81,8	81,7	81,2	10,8	10,5	10,4	10	10,2
France	0	0	0	0	0	96,7	96,6	96,5	96,6	96,7	43	43,4	43,3	42,5	42,2	52,6	52,2	52,5	53,2	53,5
Gabon	2,4	1	1,6	0,7	0,7	1,7	1,6	1,7	1,7	1,7	100	100	100	100	100	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Gambie	29,8	35,8	30,8	18,5	21,8	0	0	0	0	0	68,1	69,3	69,6	69,2	67	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Géorgie	6,8	8,6	4,4	10,7	5,3	48,8	44	42,8	46,5	59,2	99,5	98,9	96,9	98,2	98,2	0,5	1,1	3,1	1,8	1,8
Ghana	6,4	12,8	20,7	14,4	15,8	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
Grèce	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	35,4	32,3	33,2	36,6	32	69,5	94,7	95,2	95	95,4	4,1	5,3	4,8	5	4,6
Grenade	n/d	n/d	n/d	10,5	10,3	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Guatemala	2,4	3,4	2,5	2,2	3,8	54,8	52,3	51	52	50,5	85,6	89,7	90	90,5	91,9	5,4	4,2	4,2	4,2	3,9
Guinée	5,5	5,8	10,5	6,3	7,3	1,8	1,8	1,5	1,7	1,5	99,4	99,4	99,4	99,5	99,4	0	0	0	0	0
Guinée-Bissau	22,4	16	15,8	35,5	26,8	1,2	2,1	3	1,5	2,2	85,1	83,7	85,2	84,1	80,2	0	0	0	0	0
Guinée équatoriale	9,2	7,7	5,9	3,6	5,5	0	0	0	0	0	91,8	83,9	81,3	80,5	80,5	0	0	0	0	0
Guyana	4,5	2,9	2,2	2,6	3,2	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Haïti	27,3	27,9	23,6	15,6	12,4	0	0	0	0	0	68,9	68,9	71	69,5	69,5	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Honduras	13,1	8,8	6	7,2	9,3	16,6	14,3	14,2	12,9	11,6	85,6	85,4	85,4	85,5	85,8	7,2	7,3	7,2	7,2	7,1
Hongrie	0	0	0	0	0,4	83,8	83,9	83,3	81,3	83,4	90	89,8	89,3	88,2	88,9	0,3	0,6	1	1,3	2,1
Iles Cook	35,9	28,4	25,8	6,8	12,2	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
Iles Marshall	22,7	24,4	47,6	22,9	16,4	32,5	53,9	54,9	51,9	17,4	100	100	100	100	100	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Iles Salomon	7,1	16,5	16,5	40,9	68,5	0	0	0	0	0	50,2	51,6	49,2	49,7	53,1	0	0	0	0	0
Inde	1,2	2,2	2	1,3	1,6	4,4	4,4	4,4	4,4	4,2	96,6	96,4	96,3	96,2	97	0,6	0,7	0,8	0,9	0,9
Indonésie	8,5	7,3	2,8	1,8	1,4	6,8	6,8	8	9,9	9,9	73,6	72,2	75,1	75,3	74,3	5,1	4,7	4,1	5,1	5,4
Iran (République islamique d')	0	0,1	0,3	0,1	0,1	39,2	38	36,6	42,6	30,9	95,3	95	94,7	95	94,8	3,9	4,2	4,5	4,3	4,4
Iraq'	1	0,9	1,5	0,6	3,8	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	100	100	100	100	100	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Irlande	0	0	0	0	0	1,1	1,2	1	0,9	0,8	53	52	48,3	60,1	61,9	30,2	29,2	25,7	24,5	29,6
Islande	0	0	0	0	0	26,8	29,2	28,2	32,5	36,5	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
Israël	3,1	4,3	5,3	4,9	3,4	63,1	60,7	62,7	59,7	61,9	94,8	86	82,9	84,6	89,1	0	0	0	0	0
Italie	0	0	0	0	0	0,1	0,1	0,3	0,1	0,2	86,7	86,2	83,9	83,2	83,3	3,4	3,4	3,7	3,7	3,8
Jamahiriya arabe libyenne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
Jamaïque	2,6	1,8	3,4	4,7	1,2	0	0	0	0	0	69,5	65	66,2	61,8	64,7	25,1	30	28,8	32,5	30,8
Japon	0	0	0	0	0	81,2	80,9	80,5	80,5	80,5	90,6	90,1	89,9	93,3	90,1	1,5	1,7	1,5	1,7	1,7
Jordanie ^a	6,3	5	5,2	3,4	4,2	0,8	0,9	0,7	0,7	0,7	73,5	74,7	74,5	73,9	74	5,3	5,5	7,3	7,4	8,1
Kazakhstan	0,8	0,7	0,7	0,8	1,2	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Kenya	13,3	13,2	17,2	16,4	15,3	16,7	11,7	14,8	9,2	10	79,3	80,1	80,5	80	82,6	7,4	7,1	6,8	6,9	6
Kirghizistan	15,9	16,3	14,3	9,9	17,3	7,1	10,4	9,4	10,6	15,2	100	100	100	100	100	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Kiribati	n/d	1,5	2,8	1,7	0,8	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
Koweït	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	96,4	94,9	95	93,8	91,2	3,6	5,1	5	6,2	8,8
Lesotho	3,6	10,8	16,2	6,4	8,2	0	0	0	0	0	20	20	19,4	18,6	18,2	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Lettonie	0,7	0,5	0,5	0,4	0,4	50,1	57	52	49,6	82,7	100	100	99,4	99,4	94,3	0	0	0,6	0,6	5,7
Liban	0,7	0,2	0,2	0,1	0,1	45,5	45,2	41,8	45,3	46	82,3	80,9	80,8	79,7	79,4	15,4	16,6	16,6	17,6	17,8
Libéria	55,7	43,6	31,2	25,5	32,3	0	0	0	0	0	98,5	98,5	98,5	98,5	98,5	0	0	0	0	0
Lituanie	0	1,7	1,6	1,5	1,3	89,8	88,3	84,3	76,7	74,6	99,6	86,2	97	98,2	96,6	0,1	0,3	0,2	0,5	0,5
Luxembourg	0	0	0	0	0	93,1	82,6	78,9	86	88,1	72	72,6	72,7	78,3	77,3	13,6	11,3	10,2	9,8	10
Madagascar	40,5	43,3	39,1	31,6	22	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	89,7	90,5	87,1	91,6	91,7	10,3	9,5	12,9	8,4	8,3
Malaisie	1	0,8	0	0	0,1	0,6	0,6	0,8	0,8	0,8	75	75,4	73,5	73,6	73,8	12,2	11,9	14,1	14,2	13,7
Malawi	26,1	18,5	31	23	25,1	0	0	0	0	0	42,3	41,7	42	42,5	42,7	1,7	1,6	1,7	1,6	1,6
Maldives	7,7	3,3	1,8	3,4	0,4	21,3	20,5	24,9	23,8	22,9	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
Mali	18,8	24,1	20,8	3,4	13,7	24	21,8	22,9	27,7	26	89,3	88,6	89,1	89,2	89,3	0	0	0	0	0
Malte	0	0	0	0	0	77,9	70	71	62,1	64,1	89,7	90,4	89,6	89,7	89,9	10,3	9,6	10,4	10,3	10,1
Maroc ^b	1,8	1,8	1,7	0,5	1	0	0	0	0	0	76,7	76,6	76,4	76,3	76,1	23,3	23,4	23,6	23,7	23,9
Maurice	1,2	1,1	1,6	1,4	1	6,5	7,8	8,3	8,3	8,7	100	100	100	100	100	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Mauritanie	5,5	5,7	4,9	2,5	4,7	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
Mexique	1,2	1	0,9	0,8	0,4	69,1	67,6	66,3	66	66,9	95,9	95,3	95	94,6	94,2	4,1	4,7	5	5,4	5,8
Micronésie (Etats fédérés de)	11,8	11,7	11,7	11,9	n/d	0	0	0	0	0	35,7	35,7	35,7	40	40	0	0	0	0	0
Monaco	0	0	0	0	0	98	98,1	98,2	98,3	98,6	84,8	81,8	81,8	84,6	85,3	15,2	18,2	18,2	15,4	14,7
Mongolie	18,4	22,5	21,1	12,8	3,2	26,1	24,1	31,5	37,4	37,8	55,7	42,6	41,9	84,6	91,1	0	0	0	0	0
Mozambique	39,6	42,9	47,6	38,3	40,8	0	0	0	0	0	38,5	39	34,3	32	38,8	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5
Myanmar	3,1	1,9	1,9	1	2,2	2,1	2	3,4	1,2	1,3	99,8	99,7	99,7	99,7	99,7	0	0	0	0	0
Namibie	2,4	3,8	4	4,3	5,3	1,2	1,8	2	2	1,9	21,3	18,2	20,1	20,4	19,2	74,7	77,3	75,1	74,9	76
Nauru	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
Népal	8,9	13,1	12,1	8,4	9,9	0	0	0	0	0	92,5	92,2	92,2	92,2	92,2	0	0	0	0	0

Tableau 2 de l'annexe Sélection d'indicateurs des ratios de dépenses de santé, 1999-2003

L'OMS a calculé ces chiffres de manière à les rendre comparables.^a

Ils ne correspondent pas nécessairement aux statistiques officielles des Etats Membres, qui peuvent utiliser d'autres méthodes.

Etats Membres	Total des dépenses de santé en % du PIB					Dépenses publiques générales de santé en % du total des dépenses de santé ^b					Dépenses privées de santé en % du total des dépenses de santé ^b					Dépenses publiques générales de santé en % du total des dépenses publiques				
	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003
Nicaragua	5,8	7,1	7,7	7,9	7,7	54	52,5	48,6	49,4	48,4	46	47,5	51,4	50,6	51,6	11,2	13,1	12,9	15,2	11,7
Niger	4,5	4,4	4,3	4,3	4,7	49,7	52,4	53,1	52,8	53	50,3	47,6	46,9	47,2	47	12,5	12,3	12	11,5	12,4
Nigéria	5,4	4,3	5,3	5	5	29,1	33,5	31,4	25,6	25,5	70,9	66,5	68,6	74,4	74,5	5,4	4,2	3,2	3,1	3,2
Nioué ^c	8	7,7	38,2	10,3	9,7	97	96,8	99,4	98,5	98,4	3	3,2	0,6	1,5	1,6	6,7	6,1	30,6	8,9	9,3
Norvège	9,4	8,5	8,9	9,9	10,3	82,6	82,5	83,6	83,5	83,7	17,4	17,5	16,4	16,5	16,3	16,1	16,4	16,7	17,4	17,6
Nouvelle-Zélande	7,7	7,8	7,9	8,2	8,1	77,5	78	76,4	77,9	78,3	22,5	22	23,6	22,1	21,7	14,9	15,6	16,1	17,3	17,2
Oman	3,6	3,1	3,1	3,3	3,2	83,2	81	82,2	82,8	83	16,8	19	17,8	17,2	17	7,9	7,3	6,8	7,2	7
Ouganda	6,3	6,6	7,3	7,6	7,3	30,6	26,8	27,3	31,1	30,4	69,4	73,2	72,7	68,9	69,6	9,4	9	9,6	10,8	10,7
Ouzbékistan	6	5,7	5,7	5,6	5,5	48,4	45,6	45,4	44,3	43	51,6	54,4	54,6	55,7	57	7	6,6	7,1	6,8	7,6
Pakistan	3,7	2,8	2,6	2,6	2,4	32,6	33	32,3	34,7	27,7	67,4	67	67,7	65,3	72,3	4	3,4	3,4	3,1	2,6
Palaos	9,5	9,9	9,7	9,4	9,7	88,5	89,1	89	87,3	86,7	11,5	10,9	11	12,7	13,3	13,9	14,8	13,3	11,8	15,2
Panama ^c	6,9	7,8	7,7	8	7,6	66,3	68,1	67,1	69	66,4	33,7	31,9	32,9	31	33,6	18,9	21,3	19,8	20,2	16,2
Papouasie-Nouvelle-Guinée	3,5	3,6	3,7	3,5	3,4	89,3	88,3	89,5	89,8	88,9	10,7	11,7	10,5	10,2	11,1	10,3	10,5	11	11,4	10,9
Paraguay	7,2	8,4	8,4	8,3	7,3	44,9	40,2	35,2	33,3	31,5	55,1	59,8	64,8	66,7	68,5	16,7	17,5	15,9	15	14,2
Pays-Bas	8,4	8,3	8,7	9,3	9,8	62,7	63,1	62,8	62,5	62,4	37,3	36,9	37,2	37,5	37,6	11,2	11,5	11,5	12	12,4
Pérou	4,9	4,7	4,6	4,4	4,4	53,1	53	51,8	48,6	48,3	46,9	47	49	51,4	51,7	12,3	12,1	12,1	12,1	10,7
Philippines	3,5	3,4	3,2	3,2	3,2	44,2	47,6	44,2	40	43,7	55,8	52,4	55,8	60	56,3	6,5	7,1	5,9	4,9	5,9
Pologne	5,9	5,7	6	6,6	6,5	71,1	70	71,9	71,2	69,9	28,9	30	28,1	28,8	30,1	8,7	8,9	9,7	10,2	9,8
Portugal	8,7	9,2	9,4	9,3	9,6	67,6	69,5	70,6	70,5	69,7	32,4	30,5	29,4	29,5	30,3	13	14,1	14,3	14,3	14,1
Qatar	3,6	2,8	2,9	3,3	2,7	73,6	75	74,1	73,6	73,9	26,4	25	25,9	26,4	26,1	6,9	6,7	6,8	6,8	6,7
République arabe syrienne	5,5	5,1	5	5	5,1	41	43	45	45,8	48,2	59	57	55	54,2	51,8	7,2	7,3	6,7	6,5	6,3
République centrafricaine	3,6	4	3,9	4	4	38	41,1	38,6	41,2	38,6	62	58,9	61,4	58,8	61,4	6,7	10	11,5	11,2	12,4
République de Corée	4,8	4,7	5,4	5,3	5,6	44,4	46,2	51,9	50,3	49,4	55,6	53,8	48,1	49,7	50,6	9	9,1	11,2	10,7	8,9
République démocratique du Congo	3,2	3,7	3,1	3,3	4	7,7	5,3	6,8	13,1	18,3	92,3	94,7	93,2	86,9	81,7	2,6	2,6	4,7	4,2	5,4
République démocratique populaire lao	2,4	2,5	2,7	2,9	3,2	41,5	38,7	40,5	44,5	38,5	58,5	61,3	59,5	55,5	61,5	6	4,8	5,4	7,6	6,2
République dominicaine	6	6,8	6,9	7,3	7	30,3	32,1	31,9	32,3	33,2	69,7	67,9	68,1	67,7	66,8	10,5	13,1	12	12,4	12,8
République de Moldova	6,8	6,5	6,4	7,1	7,2	45,8	51,3	51,1	57,2	54,5	54,2	48,7	48,9	42,8	45,5	8,5	9,8	11,2	12,9	11,8
République populaire démocratique de Corée	4,8	5,9	5,8	5,8	5,8	89,2	91,4	91,2	91,3	91,2	10,8	8,6	8,8	8,7	8,8	6,8	8,1	7,8	7,5	7,3
République tchèque	6,6	6,6	6,9	7,2	7,5	91,5	91,4	91,4	91,1	90	8,5	8,6	8,6	8,9	10	14,1	14,3	13,9	13,9	12,7
République-Unie de Tanzanie	4,3	4,4	4,5	4,5	4,3	43,4	48,1	48,5	51,6	55,4	56,6	51,9	51,5	48,4	44,6	12,4	12,6	12,8	12,8	12,7
Roumanie	5,4	5,4	5,5	5,9	6,1	62,6	65,5	64,6	63,9	62,9	37,4	34,5	35,4	36,1	37,1	9,6	9,9	10,3	10,5	10,9
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	7,2	7,3	7,5	7,7	8	80,6	80,9	83	83,4	85,7	19,4	19,1	17	16,6	14,3	14,5	14,8	15,3	15,4	15,8
Rwanda	4,6	4,3	4,1	4,2	3,7	47,7	34,6	38,8	47	43,5	52,3	65,4	61,2	53	56,5	9,9	8	7,7	10,2	7,2
Sainte-Lucie	4,6	4,8	5,1	5	5	68,8	69,8	68,9	68,4	68,2	31,2	30,2	31,1	31,6	31,8	10,2	10,7	11,8	10,6	10,3
Saint-Kitts-et-Nevis	5,5	5,6	5,4	5,4	5,3	60,1	63,7	64,2	63,3	63,8	39,9	36,3	35,8	36,7	36,2	10,4	10,4	10,9	9,7	11,4
Saint-Marin	7,3	7,4	7,7	7,7	7,5	77,8	77,4	79,4	79,2	78,7	22,2	22,6	20,6	20,8	21,3	18,2	18	15,2	20,4	21
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	5,7	5,7	5,7	6,2	6,1	60,8	63,9	64,3	66,8	67,5	39,2	36,1	35,7	33,2	32,5	8,5	10,8	10,1	10,7	11
Samoa	6,3	6,2	5,7	5,8	5,4	75,3	75	74,5	78,4	79	24,7	25	25,5	21,6	21	20,3	21,3	22	24,5	20,1
Sao Tomé-et-Principe	10	8,6	10,5	9	8,6	87,3	85,9	85,8	85	83,9	12,7	14,1	14,2	15	16,1	12,5	11,2	10,9	11,3	11,1
Sénégal	4,5	4,4	4,7	5	5,1	36,2	36,4	38,5	39,8	41,8	63,8	63,6	61,5	60,2	58,2	7,8	8,1	8	9,5	9,3
Serbie-et-Monténégro ^c	9,6	7,7	7,3	7,9	9,6	59,5	63,3	67,2	72,9	75,5	40,5	36,7	32,8	27,1	24,5	12,4	13,5	12,4	12,2	16
Seychelles	5,3	5,2	5,1	5,1	5,9	74,8	75	74,7	74,9	73,2	25,2	25	25,3	25,1	26,8	6,9	6,8	8,1	7	10,2
Sierra Leone	3,1	3,8	3,4	3,5	3,5	46,1	55,5	53,7	63,6	58,3	53,9	44,5	46,3	36,4	41,7	6,9	7,6	6,4	7,9	7,9
Singapour	4,1	3,6	4,3	4,3	4,5	38,4	35,4	36,2	32,4	36,1	61,6	64,6	63,8	67,6	63,9	8,2	6,7	7	6,6	7,7
Slovaquie	5,8	5,5	5,6	5,7	5,9	89,6	89,4	89,3	89,1	88,3	10,4	10,6	10,7	10,9	11,7	10,9	9,7	11,4	11,5	13,2

Etats Membres	Dépenses de santé financées par des ressources extérieures en % des dépenses totales de santé					Dépenses de sécurité sociale pour la santé en % des dépenses publiques générales de santé					Paiements directs en % des dépenses privées de santé					Assurances privées par prépaiement en % des dépenses privées de santé				
	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003
Nicaragua	10	8,4	7,7	9,3	11,2	31,5	27	31,3	29,2	26,6	93,8	92	93,1	96	95,7	4,9	7	6	4	4,1
Niger	28,6	46,6	23,1	22,7	32,8	2,6	2,8	2,6	2,4	2,2	88,9	88	88,2	88,8	89,2	6,4	7,4	7,3	7	7,2
Nigéria	13,8	16,2	5,6	6,1	5,3	0	0	0	0	0	94,8	92,7	91,4	90,4	91,2	3,4	5,1	6,5	6,7	6,7
Nioué ^d	n/d	n/d	75,6	5,2	9,2	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
Norvège	0	0	0	0	0	16,5	17,1	17,2	18,2	17,9	95,4	95,5	95,7	95,4	95,4	0	0	0	0	0
Nouvelle-Zélande	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	70,7	69,9	72	72,6	72,1	27,6	28,5	26,5	25,9	26,5
Oman	0	0,1	0	0	0	0	0	0	0	0	59,8	59,6	56,1	57	56,1	26,8	27	29,2	28,7	29,3
Ouganda	27,6	28,3	27,4	29,1	28,5	0	0	0	0	0	61,5	56,7	51,8	51	52,8	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2
Ouzbékistan	0,9	1,7	3,5	4,1	3	0	0	0	0	0	96,8	96,9	97,1	95,3	95,5	0	0	0	0	0
Pakistan	2,2	3,5	3,5	2	2,5	33,7	41,3	42,5	42,1	53,3	98,6	98,1	98	98	98	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Palaos	15,9	15	16,3	10,4	15,8	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
Panama ^a	1,1	1	0,5	1	0,2	51,5	50	53,5	52,3	55,5	81,9	81,3	82,3	81,6	82,2	18,1	18,7	17,7	18,4	17,8
Papouasie-Nouvelle-Guinée	26,2	24,2	25	37,7	28,3	0	0	0	0	0	87	88,8	87,6	87,1	87,2	9,8	8,7	9,9	10,4	10,1
Paraguay	5,2	2,8	1,6	3,2	1,8	48,1	53	47,7	36,2	39,8	85,6	88,6	87	80,2	74,6	13,4	10,9	13,2	10,3	11,7
Pays-Bas	0	0	0	0	0	93,8	93,9	93,8	93,8	93	24,1	24,3	23,4	21,4	20,8	44,5	43	43,6	45,6	45,7
Pérou	1,4	1,2	4,6	4,6	3,2	43,5	42,9	42,9	42,9	42,4	82,6	79,4	79,4	78,9	79	13,6	17,2	17,2	17,8	17,6
Philippines	3,7	3,5	3,7	2,8	3,8	11,4	14,7	18	22,6	21,8	77,6	77,2	78,6	78	78,2	11	11,1	10,1	10,7	10,5
Pologne	0	0	0	0	n/d	83,5	82,6	83,8	86,2	86	100	100	100	88,2	87,8	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Portugal	0	0	0	0	0	7,1	6,5	6,5	6,4	6,5	95,3	95,7	95,6	95,6	95,7	4,3	4,3	4,4	4,4	4,3
Qatar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	88,4	86,7	86,7	88,7	87,5	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
République arabe syrienne	0,1	0,1	0,2	0,3	0,2	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
République centrafricaine	20	20	15,4	13,4	2,9	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	95,1	95,5	95,5	95,5	95,3	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
République de Corée	0	0	0	0	0	78,7	79,6	81,4	81	81,7	85,9	83,5	83,2	84	82,8	3,7	5,3	4,4	3,8	4,1
République démocratique du Congo	6	4,9	6,6	12,7	15,1	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
République démocratique populaire lao	34,5	22,5	10,1	9,5	30	0,2	0,5	0,5	0,6	1	66,3	69,6	70,3	70,6	75,5	12,6	13	12,2	11,8	9,8
République dominicaine	3	2,2	1,5	2	1,5	20,3	22,4	20,5	19,9	17,4	80,4	77,4	73,3	70,6	70,8	9,4	12,8	17,3	20	20,7
République de Moldova	16,1	32,6	8,3	2,8	2,5	0	0	0	0	1,1	99,6	98	96,9	96	96,1	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
République populaire démocratique de Corée	0,2	0,2	0,3	17,3	19,1	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
République tchèque	0	0	0	0	0	89,4	89,4	90,4	87,4	85,4	100	100	100	93,6	83,9	0	0	0	2,5	2,5
République-Unie de Tanzanie	29,3	32,1	34,1	29,6	21,9	0	0	5	3,2	2,6	83,5	83,6	83,8	83,5	81,1	4,5	4,5	4,5	4,7	5,4
Roumanie	3	5,5	7	3,7	3,8	86	89,4	89,5	84,3	85,8	90,1	92	94,6	88,7	90,4	9,9	8	5,4	5,5	4,7
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	55,2	55	62,3	64,8	76,7	16,8	16,8	19	19,7	23,3
Rwanda	43	48,9	38,2	46,9	54,5	5,1	6,8	8,3	9	9,8	41,4	35,6	39,2	43,8	41,7	3,8	5,6	6,5	7,5	7,1
Sainte-Lucie	0,5	0,5	0,6	0,1	0,1	5,2	4,9	4,9	4,8	5	100	100	100	100	100	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Saint-Kitts-et-Nevis	5,7	5,2	5	4,8	5,7	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Saint-Marin	0	0	0	0	0	97,6	94,5	96	95,5	92,6	96,5	96,7	96,7	96,8	96,8	3,5	3,3	3,3	3,2	3,2
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Samoa	14,7	14,5	15,2	18,3	18,9	0,9	2,4	0,7	0,6	1,4	80,5	83,3	81,3	79,3	77,9	0	0	0	0	0
Sao Tomé-et-Principe	59,9	62,5	62,9	74,9	56	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
Sénégal	12,6	14	19,2	10,3	15,4	19	19,2	18,8	16,6	15,8	96,7	96,6	96,5	95,4	95,3	2,1	2,2	2,2	3,3	3,4
Serbie-et-Monténégro ^k	1,1	1,9	1,2	0,5	0,5	96,3	93,8	94,5	94,7	89,8	100	100	100	100	85,3	0	0	0	0	14,7
Seychelles	1,3	0,6	0,4	0,5	2	5,3	5,2	5,1	4,8	3,3	62,5	61,8	62,5	62,5	62,5	0	0	0	0	0
Sierra Leone	8,8	11,8	14,8	5,8	15,5	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
Singapour	0	0	0	0	0	19	23,3	20,9	23,1	21,5	97,4	97,1	97,1	97,1	97,1	0	0	0	0	0
Slovaquie	0,1	0	0	0	0	94,2	94,4	95,1	96,4	93,5	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0

Tableau 2 de l'annexe Sélection d'indicateurs des ratios de dépenses de santé, 1999-2003L'OMS a calculé ces chiffres de manière à les rendre comparables.^a

Ils ne correspondent pas nécessairement aux statistiques officielles des Etats Membres, qui peuvent utiliser d'autres méthodes.

Etats Membres	Total des dépenses de santé en % du PIB					Dépenses publiques générales de santé en % du total des dépenses de santé ^b					Dépenses privées de santé en % du total des dépenses de santé ^b					Dépenses publiques générales de santé en % du total des dépenses publiques				
	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003
Slovénie	7,7	8,6	9	8,9	8,8	75,5	77,7	76,9	76,5	76,3	24,5	22,3	23,1	23,5	23,7	14	13,7	14,2	14	13,8
Somalie	2,7	2,6	2,6	n/d	n/d	45	44,8	44,6	n/d	n/d	55	55,2	55,4	n/d	n/d	4,2	4,2	4,2	n/d	n/d
Soudan	4,3	3,8	4	4	4,3	25,5	34,4	37,1	38,1	43,2	74,5	65,6	62,9	61,9	56,8	9	8,6	9,5	8,8	9,1
Sri Lanka	3,5	3,6	3,6	3,6	3,5	48,4	48,5	46,6	45	45	51,6	51,5	53,4	55	55	6,8	6,5	6,1	6,4	6,5
Suède	8,4	8,4	8,8	9,2	9,4	85,7	84,9	84,9	85,1	85,2	14,3	15,1	15,1	14,9	14,8	12	12,5	13,1	13,4	13,6
Suisse	10,5	10,4	10,9	11,1	11,5	55,3	55,6	57,1	57,9	58,5	44,7	44,4	42,9	42,1	41,5	16,7	17,1	17,9	18,2	19,4
Suriname	7,6	8	7,9	8,1	7,9	51,3	48,8	47,8	46,3	45,8	48,7	51,2	52,2	53,7	54,2	10,7	9,7	10,8	10,4	10,4
Swaziland	6,4	6,1	6	5,9	5,8	59	58,6	57,8	59,3	57,3	41	41,4	42,2	40,7	42,7	11,8	11,6	11,3	10,9	10,9
Tadjikistan	3,8	3,3	3,3	3,3	4,4	27,6	28,2	28,9	27,7	20,8	72,4	71,8	71,1	72,3	79,2	6,3	4,9	5,3	4,8	4,8
Tchad	6,1	6,7	6,8	6,3	6,5	33,6	42	40,9	35,5	39,9	66,4	58	59,1	64,5	60,1	11,9	13,1	13,8	9,4	10,5
Thaïlande	3,5	3,4	3,3	3,4	3,3	54,8	56,1	56,3	60,2	61,6	45,2	43,9	43,7	39,8	38,4	10,5	10,8	10,3	11,8	13,6
Timor-Leste ^c	10	8,4	7,9	7,7	9,6	68,3	75,3	72,6	72,6	75,9	31,7	24,7	27,4	27,4	24,1	8,7	8,1	8,5	8,6	7,7
Togo ^d	5,4	4,6	5,4	4,9	5,6	40	29	25,2	18,7	24,8	60	71	74,8	81,3	75,2	12,4	7,5	8,6	6,9	9,3
Tonga	6,8	6,8	7,3	6,5	6,5	75,4	74,7	75,7	74,2	85,1	24,6	25,3	24,3	25,8	14,9	14,6	13,2	11,9	17,1	21,2
Trinité-et-Tobago	3,8	3,7	3,6	3,9	3,9	43,3	40,3	39,9	37,3	37,8	56,7	59,7	60,1	62,7	62,2	6,4	6,3	5,8	5,7	5,9
Tunisie	5,5	5,6	5,7	5,6	5,4	49,4	48,5	49,6	47,4	45,7	50,6	51,5	50,4	52,6	54,3	7,2	6,9	7,6	6,9	7,2
Turkménistan	3,5	4,5	4	3,6	3,9	69,9	72,6	69	64,3	67,4	30,1	27,4	31	35,7	32,6	12,7	12,7	12,7	12,7	12,7
Turquie	6,4	6,6	7,5	7,2	7,6	61,1	62,9	68,2	69,5	71,6	38,9	37,1	31,8	30,5	28,4	10,3	9,8	10,3	12,1	13,9
Tuvalu ^e	9,3	11,5	7,5	31,6	6,1	88,7	90,8	86,9	96,8	83,3	11,3	9,2	13,1	3,2	16,7	5,9	5	4,2	33,5	6
Ukraine	5,5	5	5	5,4	5,7	53,1	58	61	62,4	65,9	46,9	42	39	37,6	34,1	8,6	8,4	8,9	9,4	10,2
Uruguay	10,6	10,5	10,8	10,3	9,8	34,8	33,4	33,8	31,3	27,2	65,2	66,6	66,2	68,7	72,8	10,6	10,3	9,4	8	6,3
Vanuatu	4,2	3,9	3,8	4,1	3,9	75,4	72,8	74,3	75,2	73,8	24,6	27,2	25,7	24,8	26,2	11,5	10,1	11,1	12	12,9
Venezuela (République bolivarienne du)	6,2	6,2	5,2	5	4,5	51,8	54,4	43,4	46,1	44,3	48,2	45,6	56,6	53,9	55,7	13,1	11,5	7,2	7,8	6,4
Viet Nam	4,9	5,3	5,5	5,1	5,4	32,7	28	29,2	28,1	27,8	67,3	72	70,8	71,9	72,2	6,7	6	6,7	5,1	5,6
Yémen	4,2	4,6	5	4,9	5,5	37,2	42,9	42,8	38,4	40,9	62,8	57,1	57,2	61,6	59,1	5,9	6,4	6,5	5,6	6
Zambie	5,7	5,5	5,8	6	5,4	48,8	50,6	56,5	56,7	51,4	51,2	49,4	43,5	43,3	48,6	9,5	9,1	10,2	10,6	11,8
Zimbabwe	8,1	7,8	9,1	8,4	7,9	48,9	48,3	38,6	37,7	35,9	51,1	51,7	61,4	62,3	64,1	10	7,4	9,3	9,8	9,2

Afghanistan, Gabon, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Iraq, Libéria, Libye, République démocratique populaire de Corée, Sao Tomé-et-Principe, Somalie, Soudan et Turkménistan : les estimations relatives à ces pays doivent être prises avec prudence, car elles proviennent de sources limitées (en majorité de macrodonnées librement accessibles).

Burkina Faso, Chine, Djibouti, Géorgie, Guinée, Inde, Malaisie, Maurice, Mongolie, Nioué, Philippines, Russie, Rwanda, Samoa, Singapour, Sri Lanka, Tonga, Yémen : on a utilisé, comme nouvelles bases pour les estimations, de nouveaux rapports sur les comptes nationaux de la santé, de nouvelles enquêtes ou des consultations avec les pays.

En ce qui concerne les pays de l'OCDE, les données sont actualisées d'après la publication Eco-Santé OCDE. Dans le cas du Japon, les ratios pour 2003 ont été calculés par l'OMS. Les chiffres relatifs aux Etats-Unis d'Amérique ne prennent pas encore en compte les estimations des investissements en équipements et en logiciels médicaux, ni les estimations revues à la hausse qui portent sur les investissements dans les structures médicales.

^aLes sources et les méthodes sont indiquées dans les notes explicatives.

^bDans certains cas, les chiffres ayant été arrondis, la somme des pourcentages des dépenses publiques générales et des dépenses privées au titre de la santé peut ne pas être égale à 100.

^cCes estimations ne prennent pas en compte les dépenses pour les Régions administratives spéciales de Hong Kong et de Macao.

^dCette série de données a été corrigée pour tenir compte du fait que les dépenses de sécurité sociale au titre de la santé ne figurent pas dans les données, car elles n'ont pas pu être confirmées faute d'informations complètes.

^eLes dépenses de santé financées par la sécurité sociale ont augmenté par suite d'une reclassification. (A noter toutefois que cette estimation devrait encore augmenter en raison de modifications dans le système de sécurité sociale.)

^fLes estimations n'incluent pas les dépenses pour l'Iraq du Nord.

^gLes dépenses publiques de santé comportent des contributions versées par l'Office de Secours et de Travaux des Nations Unies pour les Réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient (UNRWA) au bénéfice des réfugiés palestiniens résidant en territoire jordanien.

Etats Membres	Dépenses de santé financées par des ressources extérieures en % des dépenses totales de santé					Dépenses de sécurité sociale pour la santé en % des dépenses publiques générales de santé					Paiements directs en % des dépenses privées de santé					Assurances privées par prépaiement en % des dépenses privées de santé				
	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003
Slovénie	0	0,1	0,1	0,1	0,1	87,5	79,5	78,3	79,7	82,6	39,3	38,6	41,7	40,9	41,1	60,7	61,4	58,3	58,3	58,9
Somalie	6,1	9	9,3	n/d	n/d	0	0	0	n/d	n/d	100	100	100	n/d	n/d	0	0	0	n/d	n/d
Soudan	3,7	2,4	2,8	2,9	2,2	36,8	38,7	45,5	42,1	44,7	96,2	95,9	95,8	95,9	96,3	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Sri Lanka	2,7	2,7	3,1	1,9	2,3	0,2	0,3	0,4	0,3	0,3	86,6	86,4	87,1	88,9	88,9	3	3,9	3,4	3,2	3,2
Suède	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	93,8	91,1	92,2	91,6	92,1	1	1,2	1,5	1,4	2,3
Suisse	0	0	0	0	0	72,1	72,6	70,4	69,1	69,3	74,5	74,1	73,9	74,8	76	23,3	23,6	23,8	22,9	21,6
Suriname	11,4	10,9	13,5	7,3	7	35,3	40,7	35	35,9	35,3	49,5	44	52,7	45,4	51,8	0,7	0,8	0,7	0,7	0,7
Swaziland	10,3	5,5	5,2	5,1	5,5	0	0	0	0	0	40,9	42,4	41,8	41,7	42,4	18,6	18,9	20	20	19,6
Tadjikistan	6,7	18,3	16,9	14,9	14,9	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
Tchad	29,1	36,6	33,8	17	11,8	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	96,7	96,5	96,6	96,5	96,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4
Thaïlande	0	0	0,1	0,2	0,3	29,5	30,2	34,4	30,8	32	76,4	76,8	75,7	76,3	74,8	12,6	12,8	13,6	13,4	14,6
Timor-Leste ^m	47,9	56,4	55	45,8	48,7	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	30,9	30,9	25,6	25,6	25,6	0	0	0	0	0
Togo ⁿ	4,9	7,1	4,8	11,4	2,3	8,1	13,4	11,6	14,4	14,6	87	86,6	87,8	87,7	88	5,1	5,4	4,3	4,3	4,1
Tonga	21,7	23,4	23,9	33,5	30,9	0	0	0	0	0	79	76,5	77,5	80	72,6	5,8	9,3	10,6	6	6
Trinité-et-Tobago	8,5	7,3	7,3	6,6	1,4	0	0	0	0	0	85,8	86,3	86,4	85,8	88,6	7,5	7,2	7,2	7,5	6
Tunisie	0,7	0,7	0,7	0,2	0,4	23,3	26,7	22,3	24,5	23,5	83,8	81,7	82,6	83	83	14,4	16,6	15,7	15,3	15,3
Turkménistan	2	1	0,8	0,5	0,4	6,1	6,1	6,1	6,1	6,1	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
Turquie	0	0	0	0	0	53	55,5	50,5	55	54,6	74,8	74,6	73,4	70,7	69,9	10,9	11,8	12,3	12,3	12,5
Tuvalu ^o	3,5	39,9	95,7	68	70,5	0	0	0	0	0	13	13	13	13	13	0	0	0	0	0
Ukraine	0,2	0,6	0,6	3,1	0,1	0	0	0	0	0	72,5	73	75,4	76,4	78,6	1	1,4	1,7	1,6	1,6
Uruguay	0,1	0,5	0,8	0,6	0,4	52,6	50	47,7	48,3	48,5	26,6	25,9	24,9	25	25	73,4	74,1	75,1	75	75
Vanuatu	23	25,8	18,6	18,3	25,4	0	0	0	0	0	47,8	49,9	46,3	45,8	45,8	0	0	0	0	0
Venezuela (République bolivarienne du)	1	0,4	0,1	0,1	0,1	25	28,5	34,2	31,4	25,2	88,5	87	87,4	87,3	95,5	4	3,7	3,7	4,1	4,5
Viet Nam	3,4	2,7	2,8	3,5	2,6	9,5	10,5	13,7	15,8	16,6	86,5	87,1	83,6	80,8	74,2	3,7	4,1	2,2	2,3	3,1
Yémen	8,2	8,9	9,7	7,3	8,8	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	96,3	96,1	96,6	96,7	95,5	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Zambie	8,9	18,2	13,7	18,3	44,7	0	0	0	0	0	82	81,1	74,9	72,7	68,2	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Zimbabwe	15,7	11,7	5,6	1,4	6,8	0	0	0	0	0	44,9	46,7	50,7	51,7	56,7	39,6	31,1	29	25,9	21

^hLes dépenses qui étaient antérieurement mentionnées comme dépenses de sécurité sociale ont été revues et considérées comme dépenses d'organismes extrabudgétaires.

ⁱLe ratio 2001 des dépenses totales de santé au PIB est élevé, car les nouvelles informations dont nous disposons montrent que l'OMS, la NZAID et l'AusAID ont consacré US \$2 millions à la rénovation d'un hôpital en 2001-2002.

^jSérie de données corrigées pour tenir compte de l'élimination d'une double comptabilisation lors des années précédentes.

^kLes estimations pour 1999 à 2003 ne comportent pas les dépenses concernant les provinces du Kosovo et de Metohia qui sont sous administration des Nations Unies.

^lLes dépenses de sécurité sociale comprennent les dépenses effectuées jusqu'en 2002 par l'Instituto nacional de la Salud dans les Comunidades autónomas. Ces dépenses passent maintenant par les Comunidades autónomas, sauf celles qui concernent les Ciudades autónomas de Ceuta et Melilla, les fonctionnaires ainsi que les traumatismes et les maladies.

^mCe pays a été créé en août 1999.

ⁿLes données relatives à la recherche et au développement ainsi qu'à la formation en santé au Togo ont été corrigées pour les harmoniser avec celles obtenues par les méthodes utilisées dans les rapports de l'OMS.

^oEn 2002, 9,3 millions de dollars tuvaluans supplémentaires en majeure partie d'origine extérieure ont été dépensés pour la construction d'un nouvel hôpital.

La mention « n/d » signifie qu'il devrait y avoir une donnée, mais qu'on n'a pu en obtenir aucune estimation.

Le chiffre zéro signifie que l'on n'a pas connaissance du système auquel se rapporte l'entrée correspondante, ou que l'estimation correspond à une proportion du total inférieure à 0,04 %.

Tableau 3 de l'annexe Sélection d'indicateurs des comptes nationaux de la santé : niveau mesuré des dépenses de santé par habitant pour 1999-2003L'OMS a calculé ces chiffres de manière à les rendre comparables.^a

Ils ne correspondent pas nécessairement aux statistiques officielles des Etats Membres, qui peuvent utiliser d'autres méthodes.

Etats Membres	Total des dépenses de santé par habitant au taux de change moyen (US \$)					Total des dépenses de santé par habitant en dollars internationaux					Dépenses publiques de santé par habitant au taux de change moyen (US \$)					Dépenses publiques de santé par habitant en dollars internationaux				
	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003
Afghanistan	4	3	3	11	11	19	9	9	24	26	<1	<1	<1	4	4	<1	<1	<1	10	10
Afrique du Sud	257	236	216	198	295	595	579	626	649	669	105	100	89	80	114	244	245	258	263	258
Albanie	77	78	88	99	118	289	299	336	360	366	35	33	37	41	49	131	127	142	150	153
Algérie	61	63	68	75	89	137	132	149	174	186	43	46	53	60	71	99	97	115	137	150
Allemagne	2730	2404	2425	2637	3204	2566	2674	2772	2912	3001	2143	1889	1901	2072	2506	2014	2101	2173	2288	2348
Andorre ^b	1359	1287	1296	1549	2039	1749	1895	1936	2219	2453	913	841	891	1066	1399	1176	1239	1331	1527	1683
Angola	15	16	21	18	26	43	34	48	41	49	7	13	18	15	22	20	28	41	33	41
Antigua-et-Barbuda	389	397	425	495	426	423	437	472	555	477	281	286	301	359	300	305	314	334	402	336
Arabie saoudite	329	372	387	373	366	560	578	637	607	578	251	285	304	291	277	426	444	501	474	439
Argentine	706	689	687	233	305	1135	1121	1157	934	1067	399	382	369	121	148	641	621	621	487	518
Arménie	36	39	45	46	55	181	205	241	253	302	8	6	9	9	11	41	31	49	51	61
Australie	1849	1832	1744	1961	2519	2204	2406	2531	2693	2874	1286	1262	1183	1336	1699	1533	1657	1716	1835	1939
Autriche	2029	1812	1776	1923	2358	2051	2170	2162	2240	2306	1374	1235	1189	1305	1595	1388	1479	1448	1520	1560
Azerbaïdjan	27	26	27	28	32	115	112	121	128	140	6	6	6	6	8	24	24	27	27	33
Bahamas	1051	1075	1088	1128	1121	1164	1166	1187	1205	1220	491	507	517	548	533	545	550	564	586	579
Bahreïn	473	463	484	514	555	750	656	739	787	813	328	310	327	349	384	519	440	499	534	562
Bangladesh	12	12	12	13	14	50	54	57	61	68	3	3	3	4	4	14	14	15	18	21
Barbade	574	604	638	674	691	870	918	976	1021	1050	375	398	431	461	479	570	604	659	699	729
Bélarus	73	64	82	94	99	459	501	582	601	570	59	51	62	69	71	372	401	439	444	406
Belgique	2108	1926	1945	2172	2796	2108	2282	2420	2616	2828	1462	1335	1376	1528	1880	1462	1582	1713	1840	1902
Belize	148	155	165	174	174	258	262	295	290	309	72	74	75	82	86	125	126	133	138	152
Bénin	16	15	16	16	20	34	34	38	37	36	7	7	7	7	9	15	15	18	16	16
Bhoutan	11	11	14	10	10	67	66	88	64	59	9	9	12	9	9	60	58	79	54	49
Bolivie	63	61	61	60	61	149	150	161	170	176	37	37	36	37	39	87	90	95	107	113
Bosnie-Herzégovine	134	112	110	126	168	302	286	285	295	327	76	58	54	62	85	171	149	139	145	166
Botswana	138	152	132	144	232	259	294	284	312	375	75	87	67	78	135	141	168	143	169	218
Brésil	243	263	224	199	212	543	558	584	592	597	104	108	96	89	96	232	228	250	265	270
Brunéi Darussalam	480	443	430	428	466	641	609	643	657	681	351	370	331	336	372	469	508	495	516	545
Bulgarie	97	97	123	155	191	342	381	476	561	573	63	58	69	88	104	223	226	267	317	312
Burkina Faso	15	12	12	15	19	55	54	55	62	68	6	5	5	6	9	24	23	22	27	32
Burundi	4	3	3	3	3	14	14	15	15	15	1	1	1	1	1	3	3	3	3	4
Cambodge	29	31	31	33	33	147	162	168	179	188	3	4	5	6	6	15	23	25	31	36
Cameroun	31	29	29	32	37	62	58	62	66	64	8	8	8	9	11	15	16	17	18	19
Canada	1916	2071	2129	2225	2669	2400	2509	2705	2841	2989	1347	1457	1493	1551	1866	1687	1765	1897	1980	2090
Cap-Vert	61	55	61	66	78	148	163	186	193	185	45	41	46	50	57	110	119	141	145	135
Chili	342	299	272	265	282	697	631	665	686	707	133	139	131	127	137	272	293	320	329	345
Chine	39	43	47	54	61	169	192	212	247	278	16	17	17	19	22	69	74	75	88	101
Chypre	700	675	697	794	1038	905	1000	934	1101	1143	299	280	295	356	510	386	415	395	495	561
Colombie	195	152	147	141	138	572	485	498	497	522	148	123	118	116	116	436	392	399	408	439
Comores	11	8	7	10	11	30	25	21	27	25	6	4	3	6	6	18	14	10	16	14
Congo	17	17	16	16	19	25	20	23	22	23	11	11	10	11	12	16	13	15	15	15
Costa Rica	249	258	280	295	305	457	487	532	572	616	194	204	219	235	240	356	385	418	455	486
Côte d'Ivoire	39	30	24	25	28	87	79	65	62	57	7	6	4	8	8	15	16	12	20	16
Croatie	386	380	370	392	494	742	829	801	792	838	333	330	317	325	413	640	719	688	655	701
Cuba	164	176	187	199	211	196	212	226	239	251	140	151	161	172	183	167	182	194	206	218
Danemark	2767	2478	2565	2835	3534	2297	2381	2556	2654	2762	2275	2043	2120	2352	2931	1888	1963	2113	2201	2292
Djibouti	40	41	42	43	47	61	63	64	67	72	26	27	27	28	31	40	42	41	44	48
Dominique	214	216	203	206	212	313	323	302	313	320	159	159	145	147	151	232	237	216	223	228
Egypte	68	71	63	71	55	173	190	208	231	235	23	26	25	30	24	59	69	83	99	100
El Salvador	162	168	167	175	183	343	352	347	366	378	70	76	71	78	84	149	159	147	164	174
Emirats arabes unis	681	704	737	650	661	727	634	713	631	623	528	539	577	487	493	564	485	558	473	465
Equateur ^d	65	54	81	95	109	173	157	193	206	220	26	17	27	37	42	68	49	65	79	85
Erythrée	8	8	8	7	8	47	48	53	51	50	6	5	5	4	4	33	32	31	26	23
Espagne	1133	1038	1083	1211	1541	1459	1529	1618	1735	1853	816	743	771	864	1098	1051	1095	1152	1237	1321
Estonie	243	220	223	263	366	524	531	540	589	682	197	170	176	203	282	424	412	424	454	526

Etats Membres	Total des dépenses de santé par habitant au taux de change moyen (US \$)					Total des dépenses de santé par habitant en dollars internationaux					Dépenses publiques de santé par habitant au taux de change moyen (US \$)					Dépenses publiques de santé par habitant en dollars internationaux				
	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003
Etats-Unis d'Amérique	4335	4588	4934	5324	5711	4335	4588	4934	5324	5711	1897	2017	2212	2387	2548	1897	2017	2212	2387	2548
Ethiopie	5	5	5	5	5	17	19	21	21	20	3	3	3	3	3	9	10	11	12	12
Ex-République yougoslave de Macédoine	115	108	103	127	161	312	320	313	356	389	98	91	86	107	136	266	270	260	302	329
Fédération de Russie	74	102	119	141	167	385	449	476	534	551	43	57	70	84	98	223	252	280	317	325
Fidji	85	80	78	93	104	194	203	205	234	220	56	52	52	62	64	126	133	136	155	135
Finlande	1713	1549	1622	1831	2307	1641	1716	1857	2012	2108	1290	1164	1231	1397	1766	1236	1289	1409	1535	1613
France	2285	2070	2107	2339	2981	2306	2469	2616	2762	2902	1738	1569	1600	1780	2763	1754	1872	1986	2101	2213
Gabon	165	164	148	158	196	250	229	235	244	255	113	120	108	111	130	171	167	171	171	170
Gambie	24	25	23	20	21	76	88	92	84	96	8	10	9	8	8	24	36	37	34	38
Géorgie	17	28	31	33	35	90	143	158	173	174	6	8	9	10	8	32	41	47	50	42
Ghana	22	13	12	14	16	100	102	94	95	98	8	5	4	4	5	35	36	27	29	31
Grèce	1114	1032	1091	1182	1556	1469	1628	1767	1847	1997	595	543	591	610	798	785	856	958	953	1025
Grenade	206	238	296	282	289	333	470	485	464	473	151	176	231	206	212	244	347	378	338	348
Guatemala	79	96	100	104	112	188	228	229	223	235	38	38	38	38	44	91	91	87	83	93
Guinée	20	18	17	19	22	74	76	81	90	95	3	2	3	3	4	10	10	15	13	16
Guinée-Bissau	8	6	6	9	9	45	38	38	49	45	2	2	1	4	4	13	9	8	20	21
Guinée équatoriale	46	54	67	85	96	125	106	152	193	179	28	37	47	61	65	76	72	107	139	121
Guyana	40	52	52	55	53	236	299	306	291	283	33	44	43	45	44	195	253	253	242	233
Haïti	34	31	31	29	26	75	76	79	84	84	12	11	12	12	10	27	27	30	33	32
Honduras	49	60	63	67	72	131	154	161	172	184	25	34	35	37	41	66	86	88	95	104
Hongrie	345	326	375	496	684	819	857	975	1115	1269	250	231	258	348	495	593	606	673	783	919
Iles Cook	154	171	176	203	294	275	354	373	378	425	134	150	154	177	258	240	312	327	329	373
Iles Marshall	301	275	232	229	255	554	507	437	431	477	292	266	233	221	247	538	492	421	415	461
Iles Salomon	44	41	40	31	28	110	103	98	89	87	41	38	37	28	26	103	96	92	83	81
Inde	23	23	23	23	27	69	71	74	75	82	6	6	6	6	7	17	17	18	18	20
Indonésie	17	18	21	26	30	76	80	102	109	113	5	5	7	9	11	23	23	36	38	40
Iran (République islamique d) ^a	53	66	81	116	131	373	364	415	410	498	22	28	36	44	62	153	157	184	155	235
Iraq	14	17	12	11	23	50	49	54	48	64	6	5	3	2	12	20	14	15	8	33
Irlande	1590	1568	1835	2191	2860	1624	1800	2097	2322	2496	1171	1158	1382	1698	2256	1196	1329	1580	1800	1968
Islande	2858	2780	2500	2960	3821	2549	2627	2742	2943	3110	2389	2296	2068	2464	3191	2131	2169	2268	2450	2598
Israël	1492	1637	1682	1520	1514	1717	1869	2028	1968	1911	1037	1111	1139	1021	1032	1193	1268	1373	1322	1303
Italie	1602	1519	1574	1750	2139	1859	2044	2150	2262	2266	1153	1116	1193	1320	1607	1338	1502	1630	1706	1703
Jamahiriya arabe libyenne	211	200	286	182	171	234	220	391	360	327	107	116	209	119	108	119	128	286	235	206
Jamaïque	161	191	169	157	164	196	232	210	192	216	81	100	77	80	83	99	122	96	98	109
Japon	2601	2827	2558	2450	2662	1829	1971	2092	2139	2244	2109	2298	2089	1997	2158	1483	1602	1708	1743	1818
Jordanie	149	156	165	169	177	361	389	415	425	440	71	71	75	78	80	173	176	189	196	199
Kazakhstan	48	50	50	59	73	231	251	243	284	315	25	25	28	31	42	120	128	137	151	180
Kenya	16	18	18	19	20	60	61	62	66	65	7	8	8	8	8	25	28	27	29	25
Kirghizistan	13	12	14	16	20	123	116	126	144	161	6	6	6	7	8	59	54	54	59	66
Kiribati	46	58	59	65	96	137	197	215	211	253	46	57	59	64	89	135	196	213	209	233
Koweït	521	521	525	565	580	583	494	558	588	567	402	408	408	441	449	450	387	434	459	440
Lesotho	28	28	24	25	31	91	100	103	125	106	23	23	20	21	25	74	83	84	104	84
Lettonie	193	195	216	248	301	464	477	549	611	678	114	107	110	129	155	274	263	281	318	348
Liban	578	574	582	566	573	656	700	720	671	730	159	164	176	171	168	181	200	217	202	214
Libéria	10	8	7	7	6	26	23	21	20	17	6	5	3	3	4	18	13	10	10	10
Lituanie	193	212	220	263	351	501	557	591	660	754	145	148	160	197	267	375	388	429	495	573
Luxembourg	2889	2702	2835	3423	4112	2767	2963	3169	3712	3680	2595	2439	2574	3120	3734	2485	2674	2877	3383	3341
Madagascar ^f	5	5	5	7	8	20	20	19	24	24	3	3	3	5	5	11	10	12	15	15
Malaisie	112	130	138	146	163	261	294	329	342	374	58	68	77	81	95	134	154	184	190	218
Malawi	16	13	15	15	13	47	41	48	44	46	6	4	7	5	5	17	12	22	15	16
Maldives	116	127	125	121	136	267	293	306	311	364	99	110	110	106	121	228	255	268	273	324
Mali	11	11	11	12	16	27	32	32	35	39	5	5	5	6	9	11	16	16	18	22
Malte	700	772	766	918	1104	1163	1209	1380	1421	1436	529	591	596	731	884	879	925	1073	1133	1150
Maroc	56	54	57	60	72	167	175	196	205	218	17	17	18	19	24	50	54	64	67	72
Maurice	113	127	132	143	172	281	331	373	398	430	70	74	80	87	105	174	194	226	242	261

Tableau 3 de l'annexe Sélection d'indicateurs des comptes nationaux de la santé : niveau mesuré des dépenses de santé par habitant pour 1999-2003
L'OMS a calculé ces chiffres de manière à les rendre comparables.^a

Ils ne correspondent pas nécessairement aux statistiques officielles des Etats Membres, qui peuvent utiliser d'autres méthodes.

Etats Membres	Total des dépenses de santé par habitant au taux de change moyen (US \$)					Total des dépenses de santé par habitant en dollars internationaux					Dépenses publiques de santé par habitant au taux de change moyen (US \$)					Dépenses publiques de santé par habitant en dollars internationaux				
	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003
Mauritanie	10	9	10	14	17	32	32	38	53	59	7	6	7	10	13	21	20	26	39	46
Mexique	273	323	369	381	372	463	499	545	559	582	130	150	165	171	172	221	232	245	251	270
Micronésie (Etats fédérés de)	138	140	145	143	147	242	260	266	267	270	121	121	126	126	130	213	225	231	236	238
Monaco ^b	3471	3097	3103	3344	4587	3508	3709	3862	3938	4487	2407	2190	2230	2445	3480	2433	2623	2775	2880	3403
Mongolie	20	26	30	29	33	99	130	140	132	140	15	17	20	20	21	72	86	93	92	90
Mozambique	11	12	10	11	12	34	40	39	45	45	7	8	6	7	7	21	27	26	30	28
Myanmar ^d	134	183	228	315	394	21	28	30	44	51	15	25	29	58	77	2	4	4	8	10
Namibie	127	126	107	95	145	328	340	323	318	359	93	87	75	65	101	240	235	224	218	252
Nauru	700	645	584	654	798	951	820	742	776	763	624	573	518	580	706	848	729	658	689	675
Népal	11	11	12	12	12	55	56	64	67	64	3	3	4	4	3	14	14	20	21	18
Nicaragua	45	57	62	61	60	142	180	203	208	208	24	30	30	30	29	77	94	98	103	101
Niger	8	6	6	7	9	27	25	26	27	30	4	3	3	4	5	14	13	14	15	16
Nigéria	17	18	19	19	22	48	39	50	49	51	5	6	6	5	6	14	13	16	12	13
Nioué	440	367	1710	506	655	103	102	529	154	153	427	355	1700	499	644	100	98	526	151	150
Norvège	3325	3156	3333	4143	4976	2816	3083	3286	3617	3809	2745	2604	2785	3458	4167	2325	2543	2745	3019	3189
Nouvelle-Zélande	1155	1054	1056	1255	1618	1527	1600	1698	1844	1893	895	823	807	978	1267	1183	1248	1298	1437	1483
Oman	232	254	248	265	278	378	352	376	411	419	193	206	204	219	231	315	285	309	340	348
Ouganda	16	16	17	18	18	55	60	70	75	75	5	4	5	5	5	17	16	19	23	23
Ouzbékistan	42	32	26	21	21	143	142	149	155	159	20	14	12	10	9	69	65	68	69	68
Pakistan	16	14	12	13	13	66	51	49	50	48	5	5	4	5	4	22	17	16	18	13
Palaos ^h	567	593	598	586	607	696	740	770	761	798	502	528	533	511	526	616	659	685	664	691
Panama	271	306	303	322	315	450	524	527	559	555	180	208	203	222	209	298	357	354	386	368
Papouasie-Nouvelle-Guinée	25	26	24	22	23	127	129	138	133	132	23	23	21	20	20	113	114	124	119	118
Paraguay	105	119	102	80	75	298	345	351	336	301	47	48	36	27	24	134	139	124	112	95
Pays-Bas	2102	1916	2067	2411	3088	2124	2270	2517	2777	2987	1318	1209	1298	1506	1926	1332	1432	1581	1735	1863
Pérou	98	96	93	93	98	227	227	223	225	233	52	51	48	45	47	120	120	113	109	112
Philippines	36	34	30	29	31	166	171	162	157	174	16	16	13	12	14	73	82	72	63	76
Pologne	249	246	292	328	354	564	587	646	732	745	177	172	210	234	248	401	411	464	521	521
Portugal	985	951	995	1092	1348	1424	1595	1688	1754	1791	665	661	702	770	940	962	1108	1192	1237	1249
Qatar	773	816	808	871	862	834	690	745	868	685	569	612	599	640	637	614	518	552	639	506
République arabe syrienne ⁱ	59	59	57	58	59	113	106	107	108	116	24	26	26	26	28	46	46	48	50	56
République centrafricaine	10	10	10	11	12	44	50	49	51	47	4	4	4	4	5	17	20	19	21	18
République de Corée	463	513	550	607	705	729	771	932	975	1074	206	237	286	305	348	324	356	484	490	531
République démocratique du Congo	8	10	4	3	4	12	13	10	11	14	1	1	<1	<1	1	1	1	1	1	3
République démocratique populaire lao	7	8	9	10	11	35	38	42	49	56	3	3	3	4	4	14	15	17	22	22
République de Moldova	19	20	22	28	34	123	122	132	160	177	9	10	11	16	18	56	63	67	92	96
République dominicaine	129	162	179	186	132	248	301	323	356	335	39	52	57	60	44	75	97	103	115	111
République populaire démocratique de Corée ^c	22	28	29	<1	<1	54	67	70	72	74	20	25	26	<1	<1	48	62	64	66	68
République tchèque	379	358	408	517	667	920	962	1065	1186	1302	347	327	373	471	600	842	879	973	1080	1172
République-Unie de Tanzanie	11	12	12	12	12	23	25	27	28	29	5	6	6	6	7	10	12	13	15	16
Roumanie	87	91	101	124	159	368	386	429	491	540	54	59	65	79	100	231	253	277	314	340
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	1755	1756	1837	2031	2428	1700	1840	2044	2231	2389	1415	1420	1524	1693	2081	1370	1488	1696	1860	2047
Rwanda	11	10	8	9	7	33	32	31	35	32	5	3	3	4	3	16	11	12	17	14
Sainte-Lucie	201	212	214	216	221	266	280	285	285	294	138	148	148	148	150	183	195	196	195	200
Saint-Kitts-et-Nevis	415	453	456	466	467	606	649	652	669	670	249	289	293	295	298	364	413	419	424	427

Etats Membres	Total des dépenses de santé par habitant au taux de change moyen (US \$)					Total des dépenses de santé par habitant en dollars internationaux					Dépenses publiques de santé par habitant au taux de change moyen (US \$)					Dépenses publiques de santé par habitant en dollars internationaux				
	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003
Saint-Marin ^a	2322	2103	2304	2473	2957	2695	2830	3147	3197	3133	1807	1627	1829	1958	2328	2097	2190	2498	2531	2467
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	164	164	169	191	194	311	318	329	371	384	100	105	109	127	131	189	203	212	248	259
Samoa	84	83	78	84	94	198	209	208	215	209	63	62	58	66	74	149	157	155	169	165
Sao Tomé-et-Principe	34	29	35	31	34	94	84	107	95	93	30	25	30	26	29	82	72	92	81	78
Sénégal	21	18	20	23	29	44	45	51	55	58	8	7	8	9	12	16	16	19	22	24
Serbie-et-Monténégro	76	53	80	118	181	290	253	257	294	373	45	34	54	86	136	172	160	173	214	282
Seychelles	431	405	403	456	522	548	555	535	554	599	322	304	301	342	382	410	417	400	415	439
Sierra Leone	5	5	6	7	7	19	24	25	32	34	2	3	3	4	4	9	13	13	21	20
Singapour	847	820	888	894	964	961	925	1079	1101	1156	325	290	321	290	348	369	328	390	357	417
Slovaquie	218	208	216	256	360	577	597	641	716	777	196	186	193	228	318	517	533	573	638	687
Slovénie	831	823	889	982	1218	1211	1421	1571	1616	1669	628	640	683	751	930	915	1105	1208	1237	1274
Somalie	9	8	8	n/d	n/d	18	18	18	n/d	n/d	4	4	4	n/d	n/d	8	8	8	n/d	n/d
Soudan	13	13	15	17	21	42	40	44	47	54	3	5	6	7	9	11	14	16	18	23
Sri Lanka	28	29	28	30	31	104	113	114	120	121	14	14	13	13	14	50	55	53	54	55
Suède	2396	2280	2173	2495	3149	2119	2273	2404	2596	2704	2054	1936	1845	2123	2684	1816	1929	2040	2210	2305
Suisse	3881	3572	3774	4220	5035	3016	3177	3357	3658	3776	2148	1986	2156	2444	2945	1669	1767	1917	2118	2209
Suriname	157	163	138	175	182	246	261	287	304	309	80	80	66	81	83	126	127	137	141	142
Swaziland	87	83	73	68	107	305	302	308	315	324	51	48	42	40	61	180	177	178	187	185
Tadjikistan	7	5	6	6	11	41	39	44	48	71	2	1	2	2	2	11	11	13	13	15
Tchad	11	11	12	12	16	37	40	43	44	51	4	4	5	4	7	12	17	18	16	20
Thaïlande	71	68	62	68	76	217	223	226	242	260	39	38	35	41	47	119	125	127	146	160
Timor-Leste	37	37	41	38	39	101	101	111	108	125	25	28	30	27	30	69	76	80	78	95
Togo	16	11	13	13	16	59	49	58	54	62	7	3	3	2	4	24	14	15	10	15
Tonga	101	97	94	87	102	256	277	309	286	300	76	73	71	65	87	193	207	234	212	255
Trinité-et-Tobago	204	235	245	265	316	354	389	393	459	532	88	95	98	99	120	153	157	157	171	201
Tunisie	122	114	118	120	137	343	367	396	396	409	60	55	59	57	63	169	178	196	187	187
Turkménistan	31	49	59	67	89	171	233	217	195	221	21	36	41	43	60	120	169	150	125	149
Turquie	179	194	158	190	257	395	453	463	470	528	109	122	108	132	184	242	285	316	327	378
Tuvalu	137	165	107	600	142	113	149	99	377	74	121	149	93	581	119	100	135	86	365	62
Ukraine	35	32	39	47	60	197	194	222	255	305	19	18	24	29	40	105	113	135	159	201
Uruguay	668	631	597	373	323	972	962	976	832	824	233	211	202	117	88	338	322	330	260	224
Vanuatu	57	49	46	48	54	121	114	111	112	110	43	36	34	36	40	92	83	83	84	81
Venezuela (République bolivarienne du)	253	299	258	183	146	354	369	320	278	231	131	162	112	84	65	184	201	139	128	102
Viet Nam	18	21	23	22	26	111	129	145	143	164	6	6	7	6	7	36	36	42	40	46
Yémen	18	24	26	27	32	61	68	78	78	89	7	10	11	10	13	22	29	33	30	37
Zambie	17	17	19	20	21	45	46	51	53	51	8	9	11	11	11	22	23	29	30	26
Zimbabwe	36	44	65	132	40	185	168	184	161	132	17	21	25	50	14	91	81	71	61	47

^aLes sources et les méthodes sont indiquées dans les notes explicatives.

^bPour Andorre, Monaco et Saint-Marin, on a utilisé respectivement le taux espagnol, français et italien de change du dollar.

^cLe taux de change est passé de 2,15 won en 2001 à 152 won en 2002.

^dL'Equateur a dollarisé son économie en 2000 et toute la série de données chronologiques le concernant a été recalculée en dollars à partir de 1998.

^eEn 2002, le régime des changes a été modifié, passant d'un taux de change multiple à un taux de change flottant géré. Avant 2002, c'est le taux de change interbancaire du marché qui a été utilisé.

^fL'unité monétaire s'appelle désormais l'ariary. Elle vaut un cinquième du franc utilisé précédemment.

^gC'est le taux de change officiel qui a été utilisé, encore qu'il existe une différence importante entre ce taux et les taux pratiqués sur le marché libre.

^hEn 1966, le dollar des Etats-Unis a remplacé le dollar australien. La série de données est révisée dans le présent rapport.

ⁱDans le cas de la République arabe syrienne, le taux de change utilisé est le taux pratiqué dans les transactions commerciales par la Banque centrale de Syrie.

La mention « n/d » signifie qu'il devrait y avoir une donnée, mais qu'on n'a pu en obtenir aucune estimation.

Tableau 4 de l'annexe Répartition des agents de santé dans les Etats Membres de l'OMS

L'OMS a calculé ces chiffres de manière à les rendre comparables.^a

Ils ne correspondent pas nécessairement aux statistiques officielles des Etats Membres, qui peuvent utiliser d'autres méthodes.

Pays	Médecins			Personnel infirmier			Sages-femmes			Dentistes			Pharmaciens		
	Effectifs	Densité pour 1000	Année	Effectifs	Densité pour 1000	Année	Effectifs	Densité pour 1000	Année	Effectifs	Densité pour 1000	Année	Effectifs	Densité pour 1000	Année
Afghanistan	4104	0,19	2001	4752	0,22	2001				630	0,03	2001	525	0,02	2001
Afrique du Sud	34829	0,77	2004	184459	4,08	2004				5995	0,13	2004	12521	0,28	2004
Albanie	4100	1,31	2002	11473	3,62	2003	1891	0,59	1994	1390	0,45	1998	1300	0,40	1994
Algérie	35368	1,13	2002	68950	2,21	2002	799	0,03	2002	9553	0,31	2002	6333	0,20	2002
Allemagne	277885	3,37	2003	801677	9,72	2003	8559	0,10	2002	64609	0,78	2003	47956	0,58	2003
Andorre	244	3,70	2003	205	3,11	2003	10	0,15	2003	44	0,67	2003	68	1,03	2003
Angola	881	0,08	1997	13135	1,15	1997	492	0,04	1997	2	0,00	1997	24	0,00	1997
Antigua-et-Barbuda	12	0,17	1999	233	3,28	1999				13	0,19	1997			
Arabie saoudite	34261	1,37	2004	74114	2,97	2004				4235	0,17	2004	5485	0,22	2004
Argentine	108800	3,01	1998	29000	0,80	1998				28900	0,80	1998	15300	0,42	1998
Arménie	10983	3,59	2003	13320	4,35	2003	1433	0,47	2003	802	0,26	2003	126	0,04	2003
Australie	47875	2,47	2001	187837	9,71	2001				21296	1,10	2001	13956	0,72	2001
Autriche	27413	3,38	2003	76161	9,38	2003	1671	0,21	2003	4037	0,50	2003	4869	0,60	2003
Azerbaïdjan	29687	3,55	2003	59531	7,11	2003	9803	1,17	2003	2272	0,27	2003	1842	0,22	2003
Bahamas	312	1,05	1998	1323	4,47	1998				21	0,07	1998			
Bahreïn	803	1,09	2004	3153	4,27	2004	396	0,54	2004	342	0,46	2004	460	0,62	2004
Bangladesh	38485	0,26	2004	20334	0,14	2004	26460	0,18	2004	2537	0,02	2004	9411	0,06	2004
Barbade	322	1,21	1999	988	3,70	1999				63	0,24	1999			
Bélarus	45027	4,55	2003	115116	11,63	2003	5182	0,52	2003	4315	0,44	2003	2901	0,29	2003
Belgique	46268	4,49	2002	60142	5,83	2003	6603	0,64	2001	8322	0,81	2002	11775	1,14	2002
Belize	251	1,05	2000	303	1,26	2000				32	0,13	2000			
Bénin	311	0,04	2004	5789	0,84	2004				12	0,00	2004	11	0,00	2004
Bhoutan	118	0,05	2004	330	0,14	2004	185	0,08	2004	58	0,02	2004	79	0,03	2004
Bolivie	10329	1,22	2001	27063	3,19	2001	96	0,01	2001	5997	0,71	2001	4670	0,55	2001
Bosnie-Herzégovine	5576	1,34	2003	17170	4,13	2003	1229	0,30	2003	690	0,17	2003	363	0,09	2003
Botswana	715	0,40	2004	4753	2,65	2004				38	0,02	2004	333	0,19	2004
Brésil	198153	1,15	2000	659111	3,84	2000				190448	1,11	2000	51317	0,30	2000
Brunéi Darussalam	336	1,01	2000	892	2,67	2000	404	1,21	2000	48	0,14	2000	90	0,27	2000
Bulgarie	28128	3,56	2003	29650	3,75	2003	3456	0,44	2003	6475	0,82	2003	1020	0,13	2001
Burkina Faso	789	0,06	2004	5518	0,41	2004	1732	0,13	2004	58	0,00	2004	343	0,03	2004
Burundi	200	0,03	2004	1348	0,19	2004				14	0,00	2004	76	0,01	2004
Cambodge	2047	0,16	2000	8085	0,61	2000	3040	0,23	2000	209	0,02	2000	564	0,04	2000
Cameroun	3124	0,19	2004	26042	1,60	2004				147	0,01	2004	700	0,04	2004
Canada	66583	2,14	2003	309576	9,95	2003				18265	0,59	2003	20765	0,67	2003
Cap-Vert	231	0,49	2004	410	0,87	2004				11	0,02	2004	43	0,09	2004
Chili	17250	1,09	2003	10000	0,63	2003				6750	0,43	2003			
Chine	1364000	1,06	2001	1358000	1,05	2001	42000	0,03	2001	136520	0,11	2001	359000	0,28	2001
Chypre	1864	2,34	2002	2994	3,76	2002				650	0,82	2002	144	0,18	2002
Colombie	58761	1,35	2002	23940	0,55	2002				33951	0,78	2002			
Comores	115	0,15	2004	588	0,74	2004				29	0,04	2004	41	0,05	2004
Congo	756	0,20	2004	3672	0,96	2004				12	0,00	2004	99	0,03	2004
Costa Rica	5204	1,32	2000	3631	0,92	2000	22	0,01	2000	1905	0,48	2000	2101	0,53	2000
Côte d'Ivoire	2081	0,12	2004	10180	0,60	2004				339	0,02	2004	1015	0,06	2004
Croatie	10820	2,44	2003	22372	5,05	2003	1476	0,33	2003	3085	0,70	2003	2348	0,53	2003
Cuba	66567	5,91	2002	83880	7,44	2002				9841	0,87	2002			

	Agents de la santé publique et de l'environnement			Agents de santé communautaires			Techniciens de laboratoire			Autres agents de santé			Personnel sanitaire administratif et d'appui		
	Effectifs	Densité pour 1000	Année	Effectifs	Densité pour 1000	Année	Effectifs	Densité pour 1000	Année	Effectifs	Densité pour 1000	Année	Effectifs	Densité pour 1000	Année
	2529	0,06	2004	9160	0,20	2004	1968	0,04	2004	40526	0,90	2004	28005	0,62	2004
	2534	0,08	2002	1062	0,03	2002	8838	0,28	2002	5088	0,16	2002	60882	1,95	2002
										39073	1,57	2004			
				3812	0,20	2001	8326	0,43	2001	35710	1,85	2001	490942	25,37	2001
	294	0,40	2004	0	0,00	2004	479	0,65	2004	1278	1,73	2004	1433	1,94	2004
	5743	0,04	2004	46202	0,31	2004	3794	0,03	2004	5847	0,04	2004			
	178	0,03	2004	88	0,01	2004	477	0,07	2004	128	0,02	2004	3281	0,47	2004
	71	0,03	2004	464	0,20	2004	136	0,06	2004	121	0,05	2004	1219	0,52	2004
										3939	0,46	2001	9648	1,14	2001
	172	0,10	2004				277	0,15	2004				829	0,46	2004
	167080	0,97	2000				44095	0,26	2000	237100	1,38	2000	839376	4,89	2000
	46	0,00	2004	1291	0,10	2004	424	0,03	2004	975	0,07	2004	325	0,02	2004
				657	0,09	2004	147	0,02	2004	1186	0,17	2004	2087	0,30	2004
	28	0,00	2004				1793	0,11	2004	16	0,00	2004	5902	0,36	2004
	9	0,02	2004	65	0,14	2004	78	0,16	2004	42	0,09	2004	74	0,16	2004
				109000	0,08	2001	203000	0,16	2001	1061000	0,82	2001	1077000	0,83	2001
	17	0,02	2004	41	0,05	2004	63	0,08	2004	9	0,01	2004	272	0,34	2004
	9	0,00	2004	124	0,03	2004	554	0,15	2004	957	0,25	2004	987	0,26	2004
	1266	0,32	2000							7379	1,88	2000	23477	5,98	2000
	155	0,01	2004				1165	0,07	2004	172	0,01	2004	2107	0,12	2004

Tableau 4 de l'annexe Répartition des agents de santé dans les Etats Membres de l'OMS

L'OMS a calculé ces chiffres de manière à les rendre comparables.^a

Ils ne correspondent pas nécessairement aux statistiques officielles des Etats Membres, qui peuvent utiliser d'autres méthodes.

Pays	Médecins			Personnel infirmier			Sages-femmes			Dentistes			Pharmaciens		
	Effectifs	Densité pour 1000	Année	Effectifs	Densité pour 1000	Année	Effectifs	Densité pour 1000	Année	Effectifs	Densité pour 1000	Année	Effectifs	Densité pour 1000	Année
Danemark	15653	2,93	2002	55425	10,36	2002	1200	0,22	2002	4437	0,83	2002	2638	0,49	2002
Djibouti	129	0,18	2004	257	0,36	2004	39	0,05	2004	10	0,01	2004	18	0,03	2004
Dominique	38	0,50	1997	317	4,17	1997				4	0,05	1997			
Egypte	38485	0,54	2003	146761	2,00	2004				9917	0,14	2004	7119	0,10	2004
El Salvador	7938	1,24	2002	5103	0,80	2002				3465	0,54	2002			
Emirats arabes unis	5825	2,02	2001	12045	4,18	2001				954	0,33	2001	1086	0,38	2001
Equateur	18335	1,48	2000	19549	1,57	2000	1037	0,08	2000	2062	0,17	2000			
Erythrée	215	0,05	2004	2505	0,58	2004				16	0,00	2004	107	0,02	2004
Espagne	135300	3,30	2003	315200	7,68	2003	6291	0,15	2001	20005	0,49	2003	35800	0,87	2003
Estonie	6118	4,48	2000	11618	8,50	2000	469	0,34	2000	1747	1,28	2000	580	0,42	2000
Etats-Unis d'Amérique	730801	2,56	2000	2669603	9,37	2000				463663	1,63	2000	249642	0,88	2000
Ethiopie	1936	0,03	2003	14893	0,21	2003	651	0,01	2003	93	0,00	2003	1343	0,02	2003
Ex-République yougoslave de Macédoine	4459	2,19	2001	10553	5,19	2001	1456	0,72	2001	1125	0,55	2001	309	0,15	2001
Fédération de Russie	609043	4,25	2003	1153683	8,05	2003	67403	0,47	2003	45972	0,32	2003	11404	0,08	2003
Fidji	271	0,34	1999	1576	1,96	1999				32	0,04	1999	59	0,07	1999
Finlande	16446	3,16	2002	74450	14,33	2002	3952	0,76	2002	6674	1,28	2002	5829	1,12	2002
France	203487	3,37	2004	437525	7,24	2004	15684	0,26	2003	40904	0,68	2004	63909	1,06	2003
Gabon	395	0,29	2004	6974	5,16	2004				66	0,05	2004	63	0,05	2004
Gambie	156	0,11	2003	1719	1,21	2003	162	0,11	2003	43	0,03	2003	48	0,03	2003
Géorgie	20962	4,09	2003	17807	3,47	2003	1495	0,29	2003	1438	0,28	2003	352	0,07	2003
Ghana	3240	0,15	2004	19707	0,92	2004				393	0,02	2004	1388	0,06	2004
Grèce	47944	4,38	2001	42129	3,86	2000	1916	0,18	2001	12394	1,13	2001	8977	0,82	2000
Grenade	41	0,50	1997	303	3,70	1997				7	0,09	1997			
Guatemala	9965	0,90	1999	44986	4,05	1999				2046	0,18	1999			
Guinée	987	0,11	2004	4757	0,55	2004	64	0,01	2004	60	0,01	2004	530	0,06	2004
Guinée-Bissau	188	0,12	2004	1037	0,67	2004	35	0,02	2004	22	0,01	2004	40	0,03	2004
Guinée équatoriale	153	0,30	2004	228	0,45	2004	43	0,08	2004	15	0,03	2004	130	0,26	2004
Guyana	366	0,48	2000	1738	2,29	2000				30	0,04	2000			
Haïti	1949	0,25	1998	834	0,11	1998				94	0,01	1998			
Honduras	3676	0,57	2000	8333	1,29	2000	195	0,03	2000	1371	0,21	2000	926	0,14	2000
Hongrie	32877	3,33	2003	87381	8,85	2003	2032	0,21	2003	5364	0,54	2003	5125	0,52	2003
Iles Cook	14	0,78	2001	49	2,72	2001	3	0,17	2001	10	0,56	2001	2	0,11	2001
Iles Marshall	24	0,47	2000	152	2,98	2000				4	0,08	2000	2	0,04	2000
Iles Salomon	54	0,13	1999	338	0,80	1999	23	0,05	1999	26	0,06	1999	28	0,07	1999
Inde	645825	0,60	2005	865135	0,80	2004	506924	0,47	2004	61424	0,06	2004	592577	0,56	2003
Indonésie	29499	0,13	2003	135705	0,62	2003	44254	0,20	2003	6896	0,03	2003	7580	0,03	2003
Iran (République islamique d')	31394	0,45	2004	91365	1,31	2004	4897	0,07	2004	6587	0,09	2004	6229	0,09	2004
Iraq	17022	0,66	2004	32304	1,25	2004	1701	0,07	2004	11489	0,44	2004	13775	0,53	2004
Irlande	11141	2,79	2004	60774	15,20	2004	16486	4,27	2001	2237	0,56	2004	3898	0,97	2004
Islande	1056	3,62	2004	3954	13,63	2003	200	0,69	2003	283	1,00	2000	374	1,30	2002
Israël	24577	3,82	2003	40280	6,26	2003	1202	0,19	2003	7510	1,17	2003	4480	0,70	2003
Italie	241000	4,20	2004	312377	5,44	2003	16523	0,29	1982	33000	0,58	2004	66119	1,15	2003
Jamahiriya arabe libyenne	6371	1,29	1997	17779	3,60	1997				693	0,14	1997	1225	0,25	1997
Jamaïque	2253	0,85	2003	4374	1,65	2003				212	0,08	2003			
Japon	251889	1,98	2002	993628	7,79	2002	24511	0,19	2000	90510	0,71	2002	154428	1,21	2002

	Agents de la santé publique et de l'environnement			Agents de santé communautaires			Techniciens de laboratoire			Autres agents de santé			Personnel sanitaire administratif et d'appui		
	Effectifs	Densité pour 1000	Année	Effectifs	Densité pour 1000	Année	Effectifs	Densité pour 1000	Année	Effectifs	Densité pour 1000	Année	Effectifs	Densité pour 1000	Année
				23	0,03	2004	84	0,12	2004	159	0,22	2004	232	0,33	2004
	9531	0,13	2004				20011	0,27	2004	3694	0,05	2004	5167	0,07	2004
	88	0,02	2004				248	0,06	2004	56	0,01	2004	765	0,18	2004
	115	0,08	2000	44	0,03	2000				597	0,44	2000	16057	11,75	2000
							611993	2,15	2000	4177609	14,66	2000	7056080	24,76	2000
	1347	0,02	2003	18652	0,26	2003	2703	0,04	2003	7354	0,10	2003			
	72515	0,50	2000							670768	4,61	2000	435093	2,99	2000
							10119	1,95	2002	19202	3,69	2002			
	150	0,11	2004				276	0,20	2004	1	0,00	2004	144	0,11	2004
	33	0,02	2003	968	0,68	2003	99	0,07	2003	3	0,00	2003	391	0,27	2003
							899	0,04	2004	7132	0,33	2004	19151	0,90	2004
	135	0,02	2004	93	0,01	2004	268	0,03	2004	17	0,00	2004	511	0,06	2004
	13	0,01	2004	4486	2,92	2004	230	0,15	2004	61	0,04	2004	38	0,02	2004
	18	0,04	2004	1275	2,51	2004	75	0,15	2004				74	0,15	2004
	215	0,03	2000							2936	0,45	2000			
	325263	0,38	1991	50393	0,05	2004	15886	0,02	1991	818301	0,76	2005			
	6493	0,03	2003	0	0,00	2003	8882	0,04	2003	21178	0,10	2003	228095	1,04	2003
	10004	0,14	2004	25242	0,36	2004	17618	0,25	2004	84207	1,21	2004	72905	1,04	2004
	2601	0,10	2004	1968	0,08	2004	12103	0,47	2004	20421	0,79	2004	34273	1,33	2004

Tableau 4 de l'annexe Répartition des agents de santé dans les Etats Membres de l'OMS

L'OMS a calculé ces chiffres de manière à les rendre comparables.^a

Ils ne correspondent pas nécessairement aux statistiques officielles des Etats Membres, qui peuvent utiliser d'autres méthodes.

Pays	Médecins			Personnel infirmier			Sages-femmes			Dentistes			Pharmaciens		
	Effectifs	Densité pour 1000	Année	Effectifs	Densité pour 1000	Année	Effectifs	Densité pour 1000	Année	Effectifs	Densité pour 1000	Année	Effectifs	Densité pour 1000	Année
Jordanie	11398	2,03	2004	18196	3,24	2004				7270	1,29	2004	17654	3,14	2004
Kazakhstan	54613	3,54	2003	92773	6,01	2003	8018	0,52	2003	5215	0,34	2003	10390	0,67	2003
Kenya	4506	0,14	2004	37113	1,14	2004				1340	0,04	2004	3094	0,01	2004
Kirghizistan	12902	2,51	2003	31557	6,14	2003	2663	0,52	2003	992	0,19	2003	158	0,03	2003
Kiribati	24	0,30	1998	191	2,36	1998				4	0,05	1998	4	0,05	1998
Koweït	3589	1,53	2001	9197	3,91	2001				673	0,29	2001	722	0,31	2001
Lesotho	89	0,05	2003	1123	0,62	2003				16	0,01	2003	62	0,03	2003
Lettonie	6940	3,01	2003	12150	5,27	2003	482	0,21	2003	1287	0,56	2003			
Liban	11505	3,25	2001	4157	1,18	2001				4283	1,21	2001	3359	0,95	2001
Libéria	103	0,03	2004	613	0,18	2004	422	0,12	2004	13	0,00	2004	35	0,01	2004
Lituanie	13682	3,97	2003	26229	7,62	2003	1132	0,33	2003	2372	0,69	2003	2390	0,69	2003
Luxembourg	1206	2,66	2003	4151	9,16	2003	114	0,25	2003	323	0,71	2003	371	0,82	2003
Madagascar	5201	0,29	2004	5661	0,32	2004				410	0,02	2004	175	0,01	2004
Malaisie	16146	0,70	2000	31129	1,35	2000	7711	0,34	2000	2144	0,09	2000	2333	0,10	2000
Malawi	266	0,02	2004	7264	0,59	2004									
Maldives	302	0,92	2004	886	2,70	2004				14	0,04	2004	241	0,73	2004
Mali	1053	0,08	2004	6538	0,49	2004	573	0,04	2004	84	0,01	2004	351	0,03	2004
Malte	1254	3,18	2003	2298	5,83	2003	125	0,32	2003	167	0,42	2003	800	2,03	2003
Maroc	15991	0,51	2004	24328	0,78	2004				3091	0,10	2004	7366	0,24	2004
Maurice	1303	1,06	2004	4550	3,69	2004	54	0,04	2004	233	0,19	2004	1428	1,16	2004
Mauritanie	313	0,11	2004	1893	0,64	2004				64	0,02	2004	81	0,03	2004
Mexique	195897	1,98	2000	88678	0,90	2000				78281	0,79	2000	3189	0,03	2000
Micronésie (Etats fédérés de)	64	0,60	2000	410	3,83	2000	7	0,07	2000	14	0,13	2000			
Monaco	186	5,81	1995	454	14,19	1995	10	0,31	1995	34	1,06	1995	61	1,91	1995
Mongolie	6732	2,63	2002	8012	3,13	2002	612	0,24	2002	337	0,13	2002	1093	0,43	2002
Mozambique	514	0,03	2004	3954	0,21	2004	2229	0,12	2004	159	0,01	2004	618	0,03	2004
Myanmar	17791	0,36	2004	19254	0,38	2004	30087	0,60	2004	1396	0,03	2004	127	0,00	2004
Namibie	598	0,30	2004	6145	3,06	2004				113	0,06	2004	288	0,14	2004
Nauru	16	1,45	1995	60	5,45	1995									
Népal	5384	0,21	2004	5664	0,22	2004	6161	0,24	2004	359	0,01	2004	358	0,01	2004
Nicaragua	2045	0,37	2003	5862	1,07	2003				243	0,04	2003			
Niger	377	0,03	2004	2716	0,22	2004	21	0,00	2004	15	0,00	2004	20	0,00	2004
Nigéria	34923	0,28	2003	210306	1,70	2003				2482	0,02	2003	6344	0,05	2004
Nioué	3	1,50	1996	11	5,50	1996	2	1,00	1996	2	1,00	1996	1	0,50	1996
Norvège	14200	3,13	2003	67274	14,84	2003	2243	0,49	2003	3733	0,82	2003	1675	0,37	2003
Nouvelle-Zélande	9027	2,37	2001	31128	8,16	2001	2121	0,56	2001	2586	0,68	2001	3495	0,92	2001
Oman	3871	1,32	2004	10273	3,50	2004	16	0,01	2004	544	0,19	2004	1551	0,53	2004
Ouganda	2209	0,08	2004	16221	0,61	2004	3104	0,12	2004	363	0,01	2004	688	0,03	2004
Ouzbékistan	71623	2,74	2003	256183	9,82	2003	21270	0,82	2003	3606	0,14	2003	899	0,03	2003
Pakistan	116298	0,74	2004	71764	0,46	2004				7862	0,05	2004	8102	0,05	2004
Palao	20	1,11	1998	26	1,44	1998	1	0,06	1998	2	0,11	1998	1	0,06	1998
Panama	4431	1,50	2000	4545	1,54	2000				2231	0,76	2000	2526	0,86	2000
Papouasie-Nouvelle-Guinée	275	0,05	2000	2841	0,53	2000				90	0,02	2000			
Paraguay	6355	1,11	2002	9727	1,69	2002	534	0,09	2002	3182	0,55	2002	1868	0,33	2002
Pays-Bas	50854	3,15	2003	221783	13,73	2003	1940	0,12	2003	7759	0,48	2003	3134	0,19	2003

	Agents de la santé publique et de l'environnement			Agents de santé communautaires			Techniciens de laboratoire			Autres agents de santé			Personnel sanitaire administratif et d'appui		
	Effectifs	Densité pour 1000	Année	Effectifs	Densité pour 1000	Année	Effectifs	Densité pour 1000	Année	Effectifs	Densité pour 1000	Année	Effectifs	Densité pour 1000	Année
	1412	0,25	2004	1000	0,18	2004	5630	1,00	2004	6529	1,16	2004	17708	3,15	2004
	6496	0,20	2004				7000	0,22	2004	5610	0,17	2004	1797	0,06	2004
	55	0,03	2003				146	0,08	2003	23	0,01	2003	18	0,01	2003
	150	0,04	2004	142	0,04	2004	218	0,06	2004	540	0,15	2004	518	0,15	2004
	130	0,01	2004	385	0,02	2004	172	0,01	2004	530	0,03	2004	6036	0,34	2004
	26	0,00	2004				46	0,00	2004	707	0,06	2004			
				919	2,80	2004	168	0,51	2004	14	0,04	2004			
	231	0,02	2004	1295	0,01	2004	264	0,02	2004	377	0,03	2004	652	0,05	2004
	737	0,02	2004				1470	0,05	2004	975	0,03	2004	6448	0,21	2004
	238	0,19	2004	236	0,19	2004	324	0,26	2004	134	0,11	2004	2038	1,65	2004
				429	0,14	2004	106	0,04	2004	48	0,02	2004	1056	0,35	2004
										282343	2,85	2000	412319	4,17	2000
	85	0,03	2002							3389	1,32	2002	3758	1,47	2002
	564	0,03	2004				941	0,05	2004	1633	0,09	2004	9517	0,50	2004
	1757	0,04	2004	49531	0,99	2004	2241	0,04	2004	2077	0,04	2004	49661	0,99	2004
	240	0,12	2004				481	0,24	2004	597	0,30	2004	7782	3,87	2004
	172	0,01	2004	16206	0,63	2004	3209	0,12	2004	1892	0,07	2004			
	268	0,02	2004				294	0,02	2004	213	0,02	2004	513	0,04	2004
				115761	0,91	2004	690	0,01	2004	1220	0,01	2004			
							3696	0,97	2001	16863	4,42	2001	30987	8,12	2001
	173	0,06	2004				1049	0,36	2004	1256	0,43	2004	3898	1,33	2004
	1042	0,04	2004				1702	0,06	2004	3617	0,14	2004	6499	0,24	2004
	106	0,00	2004	65999	0,42	2004	9744	0,06	2004	19082	0,12	2004	203337	1,29	2004
	948	0,32	2000							870	0,29	2000	8221	2,79	2000
	133	0,02	2002							2235	0,39	2002	6598	1,15	2002

Tableau 4 de l'annexe Répartition des agents de santé dans les Etats Membres de l'OMS

L'OMS a calculé ces chiffres de manière à les rendre comparables.^a

Ils ne correspondent pas nécessairement aux statistiques officielles des Etats Membres, qui peuvent utiliser d'autres méthodes.

Pays	Médecins			Personnel infirmier			Sages-femmes			Dentistes			Pharmaciens		
	Effectifs	Densité pour 1000	Année	Effectifs	Densité pour 1000	Année	Effectifs	Densité pour 1000	Année	Effectifs	Densité pour 1000	Année	Effectifs	Densité pour 1000	Année
Pérou	29799	1,17	1999	17108	0,67	1999				2809	0,11	1999			
Philippines	44287	0,58	2000	127595	1,69	2000	33963	0,45	2000	8564	0,11	2000	2482	0,03	2000
Pologne	95272	2,47	2003	188898	4,90	2003	21997	0,57	2002	11451	0,30	2003	25397	0,66	2003
Portugal	34440	3,42	2003	43860	4,36	2003	824	0,08	2000	5510	0,55	2003	9543	0,95	2003
Qatar	1310	2,22	2001	2917	4,94	2001				220	0,37	2001	530	0,90	2001
République arabe syrienne	23742	1,40	2001	32938	1,94	2001				12206	0,72	2001	8862	0,52	2001
République centrafricaine	331	0,08	2004	1188	0,30	2004	519	0,13	2004	13	0,00	2004	17	0,00	2004
République de Corée	75045	1,57	2003	83333	1,75	2003	8728	0,19	2000	16033	0,34	2003	50623	1,08	2000
République démocratique du Congo	5827	0,11	2004	28789	0,53	2004				159	0,00	2004	1200	0,02	2004
République démocratique populaire lao	2812	0,59	1996	4931	1,03	1996				196	0,04	1996			
République de Moldova	11246	2,64	2003	25848	6,06	2003	991	0,23	2003	1403	0,33	2003	2061	0,48	2003
République dominicaine	15670	1,88	2000	15352	1,84	2000				7000	0,84	2000	3330	0,40	2000
République populaire démocratique de Corée	74597	3,29	2003	87330	3,85	2003	6084	0,27	2003	8315	0,37	2003	13497	0,60	2003
République tchèque	35960	3,51	2003	99351	9,71	2003	4772	0,47	2003	6737	0,66	2003	5610	0,55	2003
République-Unie de Tanzanie	822	0,02	2002	13292	0,37	2002				267	0,01	2002	365	0,01	2002
Roumanie	42538	1,90	2003	86802	3,89	2003	5571	0,25	2003	4919	0,22	2003	1275	0,06	2003
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	133641	2,30	1997	704332	12,12	1997	36399	0,63	1997	58729	1,01	1997	29726	0,51	1997
Rwanda	401	0,05	2004	3593	0,42	2004	54	0,01	2004	21	0,00	2004	278	0,03	2004
Sainte-Lucie	749	5,17	1999	331	2,28	1999				9	0,06	1999			
Saint-Kitts-et-Nevis	51	1,19	1997	216	5,02	1997				8	0,19	1997			
Saint-Marin	1089	47,35	1990	2196	95,48	1990				8	0,35	1990	23	1,00	1990
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	101	0,87	1997	276	2,38	1997				6	0,05	1997			
Samoa	120	0,70	1999	346	2,02	1999	3	0,02	1999	30	0,18	1999	5	0,03	1999
Sao Tomé-et-Principe	81	0,49	2004	256	1,55	2004	52	0,32	2004	11	0,07	2004	24	0,15	2004
Sénégal	594	0,06	2004	3287	0,32	2004				97	0,01	2004	85	0,01	2004
Serbie-et-Monténégro	21738	2,06	2002	48875	4,64	2002	2864	0,27	2002	3792	0,36	2002	1980	0,19	2002
Seychelles	121	1,51	2004	634	7,93	2004				94	1,17	2004	61	0,76	2004
Sierra Leone	168	0,03	2004	1841	0,36	2004				5	0,00	2004	340	0,07	2004
Singapour	5747	1,40	2001	17398	4,24	2001				1087	0,26	2001	1141	0,28	2001
Slovaquie	17172	3,18	2003	36569	6,77	2003	1456	0,27	2003	2364	0,44	2003	2783	0,52	2003
Slovénie	4475	2,25	2002	14327	7,21	2002	654	0,33	2001	1199	0,60	2002	790	0,40	2002
Somalie	310	0,04	1997	1486	0,19	1997				15	0,00	1997	8	0,00	1997
Soudan	7552	0,22	2004	28704	0,84	2004	2792	0,08	2004	1082	0,03	2004	3558	0,10	2004
Sri Lanka	10479	0,55	2004	30318	1,58	2004	3113	0,16	2004	1245	0,06	2004	1066	0,06	2004
Suède	29122	3,28	2002	90758	10,24	2002	6247	0,70	2002	7270	0,82	2002	5885	0,66	2002

Tableau 4 de l'annexe Répartition des agents de santé dans les Etats Membres de l'OMS

L'OMS a calculé ces chiffres de manière à les rendre comparables.^a

Ils ne correspondent pas nécessairement aux statistiques officielles des Etats Membres, qui peuvent utiliser d'autres méthodes.

Pays	Médecins			Personnel infirmier			Sages-femmes			Dentistes			Pharmaciens		
	Effectifs	Densité pour 1000	Année	Effectifs	Densité pour 1000	Année	Effectifs	Densité pour 1000	Année	Effectifs	Densité pour 1000	Année	Effectifs	Densité pour 1000	Année
Suisse	25921	3,61	2002	77120	10,75	2000	2033	0,28	2000	3598	0,50	2003	4322	0,60	2003
Suriname	191	0,45	2000	688	1,62	2000				4	0,01	2000			
Swaziland	171	0,16	2004	6828	6,30	2004				32	0,03	2004	70	0,06	2004
Tadjikistan	12697	2,03	2003	28586	4,58	2003	3780	0,61	2003	945	0,15	2003	680	0,11	2003
Tchad	345	0,04	2004	2387	0,27	2004	112	0,01	2004	15	0,00	2004	37	0,00	2004
Thaïlande	22435	0,37	2000	171605	2,82	2000	872	0,01	2000	10459	0,17	2000	15480	0,25	2000
Timor-Leste	79	0,10	2004	1468	1,79	2004	327	0,40	2004	45	0,05	2004	14	0,02	2004
Togo	225	0,04	2004	2141	0,43	2004	5	0,00	2004	19	0,00	2004	134	0,03	2004
Tonga	35	0,34	2001	322	3,16	2001	19	0,19	2001	33	0,32	2001	17	0,17	2001
Trinité-et-Tobago	1004	0,79	1997	3653	2,87	1997				107	0,08	1997			
Tunisie	13330	1,34	2004	28537	2,87	2004				2452	0,25	2004	2909	0,29	2004
Turkménistan	20032	4,18	2002	43359	9,04	2002				876	0,18	2002	1626	0,34	2002
Turquie	96000	1,35	2003	121000	1,70	2003				17200	0,24	2003	22500	0,32	2003
Tuvalu	6	0,55	2002	29	2,64	2002	10	0,91	2002	2	0,18	2002	1	0,09	2002
Ukraine	143202	2,95	2003	369755	7,62	2003	24496	0,50	2003	19354	0,40	2003	23576	0,48	2001
Uruguay	12384	3,65	2002	2880	0,85	2002				3936	1,16	2002			
Vanuatu	20	0,11	1997	428	2,35	1997									
Venezuela (République bolivarienne du)	48000	1,94	2001							13680	0,55	2001			
Viet Nam	42327	0,53	2001	44539	0,56	2001	14662	0,19	2001				5977	0,08	2001
Yémen	6739	0,33	2004	13506	0,65	2004	240	0,01	2004	850	0,04	2004	2638	0,13	2004
Zambie	1264	0,12	2004	19014	1,74	2004	2996	0,27	2004	491	0,04	2004	1039	0,01	2004
Zimbabwe	2086	0,16	2004	9357	0,72	2004				310	0,02	2004	883	0,07	2004

^a Les sources et les méthodes sont indiquées dans les notes explicatives.

	Agents de la santé publique et de l'environnement			Agents de santé communautaires			Techniciens de laboratoire			Autres agents de santé			Personnel sanitaire administratif et d'appui		
	Effectifs	Densité pour 1000	Année	Effectifs	Densité pour 1000	Année	Effectifs	Densité pour 1000	Année	Effectifs	Densité pour 1000	Année	Effectifs	Densité pour 1000	Année
	110	0,10	2004	4700	4,34	2004	78	0,07	2004	551	0,51	2004	374	0,35	2004
	230	0,03	2004	268	0,03	2004	317	0,04	2004	153	0,02	2004	1502	0,17	2004
	2151	0,04	2000	3601	0,06	2000				14117	0,23	2000	153563	2,52	2000
	22	0,03	2004	1657	2,02	2004	36	0,04	2004	18	0,02	2004	184	0,22	2004
	289	0,06	2004	475	0,09	2004	528	0,11	2004	397	0,08	2004	1335	0,27	2004
	890	0,09	2004				3936	0,40	2004	10478	1,05	2004	16276	1,64	2004
										7846	1,64	2002			
	792	0,04	2004	6025	0,29	2004	4709	0,23	2004	4580	0,22	2004	10902	0,53	2004
	1027	0,09	2004				1415	0,13	2004	3330	0,30	2004	10853	0,99	2004
	1803	0,14	2004				917	0,07	2004	743	0,06	2004	581	0,04	2004

index

A

- absentéisme 109–110
- Accord général sur le commerce des services (AGCS) 105
- accords de coopération 143, 151
- accouchements
 - densité des professionnels de santé pour un accompagnement qualifié 11–12
 - formation des accoucheuses et mortalité maternelle 24
 - médecins/infirmières qui travaillent dans les pays de l'OCDE 100
 - VIH/SIDA, sécurité du personnel sanitaire 107–108
- accréditation, éducation sanitaire 46
- adapter les compétences aux tâches à accomplir 74–75
- adéquation des effectifs aux besoins 11–12
- Afrique du Sud
 - classifications professionnelles (recensement 2001) 3
 - importance de l'encadrement 85
 - médecins/infirmières qui travaillent dans les pays de l'OCDE 100
 - raisons de l'émigration de la main d'œuvre 99
 - Royaume-Uni, accord bilatéral 104
- Afrique subsaharienne
 - densité des personnels de santé requis pour des accouchements qualifiés 11–12
 - médecins/infirmières migrant dans les pays de l'OCDE 100
 - produits pharmaceutiques 81
 - raisons de l'émigration de la main d'œuvre 99–101
 - secteur privé, effectifs 6
 - VIH/SIDA, sécurité des infirmières/agents de santé 108
 - voir aussi* Afrique
- Afrique
 - âge légal de départ à la retraite 111
 - dépenses de santé et charge de morbidité 9
 - effectifs des personnels de santé en fonction de la densité, xvii, 5
 - pénurie aiguë de personnel de santé, par Région, 13
 - proportion de femmes parmi les personnels de santé 6
 - raisons d'émigrer invoquées par les personnels de santé 99
 - voir aussi* Afrique subsaharienne
- âge
 - de la population, évolution démographique, Europe, Japon, 143
 - des personnels de santé 6
 - légal de départ à la retraite 111
- agents de santé communautaires, priorités de la recherche 140
- agents de santé non professionnels
 - études systématiques Cochrane 138
 - place dans les services locaux 23, 26
 - priorité à la recherche 140
- Allemagne
 - médecins/infirmières formés à l'étranger 98
- Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) 145–147
- alliances avec les parties prenantes xxvi, 149–151
 - Oslo, Consultations 149
- Amérique du Sud *voir* Amérique latine
- Amérique latine
 - formation dans le secteur privé 46
 - Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) 130
 - personnels de santé, effectifs en fonction de la densité xvii, 5
 - proportion de femmes parmi les personnels de santé 6
 - voir aussi* Amérique
- Amérique
 - dépenses de santé et charge de morbidité 9
 - effectifs des personnels de santé en fonction de la densité, xvii, 5
 - pénurie aiguë de personnel de santé, par Région, 13
- Angola
 - autoréglementation, direction 123–124

- médecins/infirmières qui travaillent dans les pays de l'OCDE 100
- Argentine
 - formation des professionnels de la santé dans le secteur privé 46
- Asie du Sud-Est
 - âge légal de la retraite 110
 - établissements de formation en santé publique 45
 - pénurie aiguë de personnels de santé, par Région OMS 13
 - personnels de santé, effectifs en fonction de la densité xvii, 5
 - produits pharmaceutiques 81
 - proportion de femmes parmi les personnels de santé 6
- associations de consommateurs 125
- assurance de la qualité, encadrement et suivi, Ouganda 83
- audit et information en retour (essais contrôlés et randomisés) 138
- Australie
 - médecins/infirmières formés à l'étranger 98
 - autoréglementation 123–124
- B**
 - barrières sectorielles 30
 - bénévoles, place dans les services locaux 23, 26
 - bioéthique, en temps de guerre 35
- C**
 - cadre technique applicable aux ressources humaines 137–142
 - coopération 143
 - outils (THE connection) 141
 - Cameroun
 - médecins/infirmières qui travaillent dans les pays de l'OCDE 100
 - raisons d'émigrer invoquées par les personnels de santé 99
 - campagne de tolérance zéro contre la violence, Royaume-Uni 106
 - Canada
 - médecins/infirmières formés à l'étranger 98
 - Cap-Vert
 - valeurs professionnelles 73
 - cartographie de la disponibilité des services (SAM) 10
 - catastrophes/mesures d'urgence 22–36
 - ententes nouées autour de plans d'urgence 144
 - équipe de préparation et de réaction 29
 - formation pour faire face aux mesures d'urgence 31
 - pénurie de personnels de santé 29
 - planification des ressources humaines 22–31, 144–147
 - recrutement des agents de santé 29
 - situation de conflit ou de postconflit 34–36
 - changement d'activité 108–111
 - Chili
 - formation des professionnels de la santé dans le secteur privé 46
 - classification des agents de santé 3
 - Classification internationale type des professions (CITP) 3
 - par industrie, de toutes branches d'activité économique (CITI) 3
 - codes de bonne conduite et professionnalisme 72–73
 - collaboration 135–153
 - accords de coopération 143
 - agents de santé/patients 27–28
 - alliances des parties prenantes 148–152
 - catalyser l'acquisition des connaissances et l'apprentissage 135–143
 - faire face à la crise des ressources humaines 144–148
 - Colombie
 - équipe à l'origine des réformes sanitaires 127
 - recupérer les fonds investis par les étudiants 57–58
 - communication efficace du risque 30
 - compétences 141
 - fondamentales, soins de longue durée 25
 - concevoir des scénarios et planifier 130–131
 - Congo, République démocratique du
 - formation des professionnels de la santé dans le secteur privé 46
 - connaissances de base 135–142, 150, 151
 - Conseil international des Infirmières (CII), leadership 85
 - Côte d'Ivoire
 - formation des professionnels de la santé dans le secteur privé 46
 - crimes 35
 - Cuba
 - « brigades médicales » 104
- D**
 - décentralisation 128
 - délégation des tâches 23–24
 - densité des effectifs des personnels de santé xvii, 5
 - et taux de mortalité infantile xvi, 68
 - seuil estimé, accompagnement qualifié des accouchements 11
 - dentistes, effectifs 5

départ des agents de santé xxiii, 97–113
 changement d'activité 108–109
 départ à la retraite 110–112
 émigration 98–106
 risques professionnels 105–108
 sorties 99
 dépenses publiques générales de santé (DPGS)
 proportion des salaires versés aux agents de santé 7
 descriptions de poste 72, 74
 distribution géographique des personnels de santé 8–13
 zones rurales/urbaines 9

E

éducation sanitaire
 accréditation, programmes et établissements privés 46
 acquisition de la capacité d'apprentissage
 nécessaire 49
 avenir de la médecine universitaire 43
 encourager et soutenir l'excellence 51
 enseignement 48–49
 établissements de formation
 par Région OMS 44
 fonctions 43–44
 privés 46
 gestion des admissions 47–48
 historique 43
 International Campaign to Revitalize Academic
 Medicine (ICRAM) 43
voir aussi personnels de santé; formation
 élaboration des politiques 142–151
 compétences techniques 142
 politiques de recrutement 55–56
 renforcement des moyens de réglementation 129
 émigration 98–105
 apporter un appui aux pays 104–105
 instruments internationaux 105–106
 conséquences 101
 faciliter le retour au pays 102
 facteurs de départ/d'attraction 99
 flux migratoires non planifiés 149
 professionnels travaillant dans les pays de l'OCDE
 mais formés à l'étranger 98
 stratégies pour gérer 102–103
 adapter l'information aux besoins et à la demande 102
 améliorer la situation locale 103
 politiques de recrutement responsables 104
 employés fantômes 109–110
 encadrement attentif des agents de santé 75, 83
 enseignement basé sur la pratique 49

financement et excellence 51–52
 épidémiologie, programmes d'études adaptés 48
 établissements de formation aux professions de santé
 Asie du Sud–Est 45
 effectifs par Région OMS 44
 évaluation des performances et politiques 55
 fonctions clés 43–44
 infrastructure et technologie 52–53
 privés 46
 recherche et moyens novateurs 52–56
 régionalisation des universités 54
voir aussi éducation sanitaire

Etats-Unis d'Amérique

âge légal de la retraite 111
 déséquilibre entre les compétences et les tâches 73
 instaurer une bonne gestion d'équipe 84
 médecins/infirmières formés à l'étranger 98
 vieillissement des infirmières 110

Ethiopie,

médecins/infirmières qui travaillent dans les
 pays de l'OCDE 100

études systématiques Cochrane 138–140

audit et information en retour 138
 remplacement des médecins par des infirmières 138
 utilisation des agents de santé 138

Europe

âge légal de départ à la retraite 110
 dépenses de santé et charge de morbidité 9
 effectifs des personnels de santé, en fonction
 de la densité xvii, 5
 évolution démographique 143
 proportion de femmes parmi les personnels de santé 6

European Health Management Association 73

F

facultés de médecine dentaire, par Région OMS 44
 FAIMER Fondation pour l'avancement de la
 recherche et de l'enseignement dans le
 domaine médical au niveau international 50
 faire face à la crise des ressources humaines dans
 les pays les plus pauvres 144–146, 149–150
 financement 144–151
 aide internationale au développement sanitaire 147
 coût estimé de la pénurie (par pays et par région) 13–14
 crises dans les pays les plus pauvres 143–144, 150
 dépenses de santé et charge de morbidité 9
 financement public/restrictions 148
 incitations financières/non financières 84
 ligne de conduite mondiale 147

OMD

- investissement annuel nécessaire 146
- modèles de coût 146–147
- proportion des dépenses publiques de santé, rémunération des agents 7
- soutien à long terme de la communauté des donateurs 148

Finlande

- médecins/infirmières formés à l'étranger 98

Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme 145–146

forces agissantes xvii

formation

- accoucheuses traditionnelles et mortalité maternelle 24
- apprentissage permanent 82–83
- cours accélérés en cas de catastrophes/urgences 34
- en cours d'emploi 20–21 ; 51
- avant emploi (PCIME) 53
- et structures administratives 129
- face aux urgences 31
- PCIMAA (prise en charge intégrée des maladies de l'adulte et de l'adolescent) 24
- professionnels formés dans les pays de l'OCDE 98
- programmes de développement du corps professoral 51
- récupération de l'investissement des étudiants (Colombie) 57

France

- médecins/infirmières formés à l'étranger 98

G

gestion des admissions, éducation sanitaire 46–48

Ghana

- assurer un encadrement attentif des agents de santé 75
- employés bénévoles 23, 26
- employés fantômes 109–110
- médecins/infirmières migrant dans les pays de l'OCDE 100
- Systèmes d'information pour la santé (SIS) 136

Global Atlas of the Health workforces 4

grippe aviaire, Turquie, déploiement du personnel sanitaire 33

guerres *voir* situations de conflit

Guinée-Bissau

- médecins/infirmières qui travaillent dans les pays de l'OCDE 100

Guyana

- départ à la retraite 106

H

Health InterNetwork Access to Research Initiative (HINARI) 54

I

incitations 79

- non-financières 84
- salaires/rémunérations 78–80

Inde

- formation dans le secteur privé 46
- rapport Bhore 43

Indonésie

- descriptions de poste 73
- infirmières/accoucheuses
- diriger le changement 85
- établissements de formation, par Région OMS 44
- pays de l'OCDE, personnel formé à l'étranger 98, 100
- ratio par rapport aux médecins xvi, 4
- voir aussi* personnels de santé; formation, enseignement

information

- et communication 80–81
- et situations d'urgence 34
- limites 135–136
- renforcer l'information stratégique 127–128
- Systèmes d'information pour la santé (SIS) 136

initiatives nationales 149–150

- plan décennal (2006–2015) 150–151
- solidarité internationale xxv–xxvi, 150

instaurer la confiance et répondre aux attentes,

- main d'œuvre 122–123

International Campaign to Revitalize Academic Medicine (ICRAM) 43

Interréseau-Santé-Initiative d'accès aux recherches 52

Irlande

- agents de santé en dehors du secteur sanitaire 106
- médecins/infirmières formés à l'étranger 98

J

Japon

- évolution démographique 143

Joint Learning Initiative (JLI) (Initiative conjointe sur l'apprentissage) 11, 148–149

K

Kenya

- infirmières/accoucheuses qui travaillent dans les pays de l'OCDE 100

Kirghizstan

fonds d'assurance—maladie obligatoire, contrôle de l'utilisation des services 84

L

Lady Health Workers (agents de santé féminins)

Pakistan 60

leadership

diriger le changement 85

initiatives nationales 149–150

plan d'action décennal 151–152

réformes sanitaires 127

Lesotho

âge des médecins 111

infirmières/accoucheuses migrant dans les pays de l'OCDE 100

VIH/SIDA, sécurité des infirmières/agents de santé 108

M

malades

favoriser la collaboration avec des agents de santé 27–28

sécurité 28

maladies chroniques xx, 25–29

compétences fondamentales 25

Malawi

dispositif de contrat, performance 85

ententes nouées autour des plans d'urgence 144, 147

infirmières/accoucheuses migrant dans les pays de l'OCDE 100

personnels de santé, problème de main d'œuvre 128

programme d'urgence et ressources humaines 22

VIH/SIDA, sécurité des infirmières/agents de santé 108

Mali

mécanisme de rémunération 78

Maurice

infirmières/accoucheuses migrant dans les pays de l'OCDE 100

médecine fondée sur des bases factuelles 123

médicalisation, accouchement par césarienne 125

Méditerranée orientale, Région de la

âge de la retraite 110

dépenses de santé et charge de morbidité 9

formation dans le secteur privé 46

pénurie aiguë des personnels de santé, par Région OMS 13

personnels de santé, effectifs en fonction de la densité xvii, 5

proportion de femmes parmi les personnels de santé 6

mentorat 127

méthodes de direction 123–127

autoréglementation 123–124

conciliation et commandement 124

coopération, politiques nationales de développement du personnel 125–126

modèle 125

surveillance et action militante 125

Mexico, Sommet sur la recherche en santé,

priorité de l'action 140

micro-innovations 129–130, 141

ministères de la santé, droit de regard sur leur action 126

monde

dépenses de santé 7

pénurie aiguë des personnels de santé xviii

par Région OMS 13

personnels de santé, effectifs en fonction de la densité xvii, 5

mortalité infantile

Viet Nam 68

voir aussi accouchements

mortalité maternelle et formation des accoucheuses 24

mouvement de défense des consommateurs 125

moyens d'agir (et performance) 71, 86–89

voir aussi personnels de santé

Mozambique

aides opératoires 130

médecins/infirmières migrant dans les pays de l'OCDE 100

micro-innovations 129–130

plan en matière de ressources humaines 35

valeurs professionnelles 73

N

Namibie,

médecins/infirmières migrant dans les pays de l'OCDE 100

Nigéria,

médecins/infirmières migrant dans les pays de l'OCDE 100

Nouvelle-Zélande

médecins/infirmières formés à l'étranger 98

O

objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) xix–xx, 11–12, 19–24, 145–146

salaires 15

SIDA, difficultés au niveau du personnel 154

onchocercose, programme de lutte, "projet gigogne" 23

ordinateurs de poche 80

Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) 130

Observatoire des Ressources humaines pour la santé 128
Oslo, Consultations, participation des parties prenantes 149
Ouganda
assurance de la qualité, encadrement et suivi 83, 86
autoréglementation 123–124
décentralisation 128
médecins/infirmières migrant dans les pays de l'OCDE 100
mémoire d'accord 142
raisons de l'émigration de la main d'œuvre 99
outils pour l'évaluation et le développement du personnel sanitaire, THE connection 141

P

Pacifique occidental
âge de la retraite 110
dépenses de santé et charge de morbidité 7, 9
pénurie aiguë des personnels de santé, par Région OMS 13
personnels de santé, effectifs en fonction de la densité xvii, 5
proportion des femmes parmi les personnels de santé 6
Pakistan
Lady Health Workers (agents de santé féminins) 60
PALTEX, programme 52
paludisme, place des bénévoles 23–24
pays de l'OCDE
médecins/infirmières venant de l'Afrique subsaharienne 100
professionnels formés à l'étranger 98
Pays-Bas
concevoir des scénarios et planifier 130–131
perfectionnement professionnel 82–83
audit et information en retour 138
autoréglementation 123–124
Pérou,
formation dans le secteur privé 46
personnels de santé 1–15, 41–64, 67–95
absentéisme et employés fantômes 109–110
agents de santé communautaires 140
agents de santé non professionnels 138
études systématiques Cochrane 138
place dans les services locaux 23, 26
apporter un appui aux pays 104
audit et information en retour (études systématiques Cochrane) 138
catastrophes/mesures d'urgence personnel de première ligne 33
planification des stratégies 22–31
réseau d'action sanitaire en situation d'urgence 32
stratégie déployée 32
changement d'activité 108–111
classification 3
collaboration avec les patients 27–28
confiance et réponse aux attentes 122–123
crises dans les pays les plus pauvres 143–144, 149–150
définition 1–4
densité
effectifs xvii, 5
et probabilité de survie xvi
et taux de mortalité infantile 68
développement
cadre technique applicable aux ressources humaines 137
et outils pour l'évaluation 141
distribution par dépenses de santé/charge de morbidité 9
effectifs
déficit 144
diversité et compétences 41–42
en fonction de la densité xvii, 5
mondiaux des agents de santé 4–6
pénurie xviii, 19–21
talents sous-employés xviii
enseignement,
basé sur la pratique 49
et ressources humaines 57
entrée – activité – sortie, étapes de la vie xx, xxi
évaluation des performances 67–70
formation 43–54
en cours d'emploi 20–21
gestion d'équipe 84–86
limites de l'information 135–136
médecins/infirmières qui travaillent dans les pays de l'OCDE 100
médecins remplacés par des infirmières (études systématiques Cochrane) 138
micro-innovations 129–130
moyens d'agir sur la performance xxi, 71–89
code de bonne conduite 72–73
compétences et tâches à accomplir 74
description de poste 72, 74
encadrement attentif 75, 83
information et communication 80–81
infrastructures et fournitures 81–82
mesure de la productivité 80–81
milieu de travail favorable 82–86
rémunération 75–80

- rendre des comptes et responsabilité 86
 - objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) 11–12, 19–24, 145
 - optimisation des performances 67–86
 - compétences 68–69, 71, 87
 - déterminants 70–71
 - disponibilité 68–69, 71, 86–87
 - et sexe 70
 - évaluation 71
 - productivité 68–69, 71, 80–81, 88
 - réactivité 68, 69, 70, 71, 87–88
 - pénurie aiguë, par Région OMS xviii, 13
 - pérennité 137
 - personnel administratif 4
 - personnel d'appui xvi, 2, 4
 - pratiques ménageant les travailleurs 145
 - recrutement 41–42
 - et catastrophes naturelles 29
 - rémunérations 75–80
 - proportion des dépenses publiques de santé 7
 - renforcer l'information stratégique 127–128
 - résoudre les problèmes, quatre aspects 127–128
 - retraite 110–112
 - risques professionnels 105–107
 - sélection 41–43
 - système et outils de gestion 142
 - pharmaciens
 - effectifs, par Région OMS 44
 - établissements de formation (Ohio) 49
 - Philippines
 - établissements privés, écoles d'infirmières 46
 - exode de cerveaux/apport de cerveaux 101
 - plan d'action
 - décennal (2006–2015) 150, 152
 - priorités nationales 151–152
 - plan de préparation, urgences
 - flambée de SRAS 29
 - organiser la direction et la conduite des opérations 30
 - réparer et préparer 36
 - planification, plan d'action décennal (2006–2015) 151–152
 - poliomyélite 23
 - politique d'habilitation 150
 - milieu de travail favorable 82–86
 - Portugal
 - médecins/infirmières formés à l'étranger 98
 - potentiel d'élaboration
 - outils 127, 129
 - politiques 128
 - prise en charge intégrée des maladies de l'adulte et de l'adolescent (PCIMAA) 24
 - l'enfant (PCIME) 53
 - problème de main d'œuvre, quatre aspects 126
 - produits pharmaceutiques, Afrique et Asie du Sud–Est 81
 - professionnalisme
 - codes de bonne conduite 72–73
 - et pouvoir des employeurs 123
 - programmes d'étude 48–49, 50
 - “projet gigogne” programmes prioritaires 23
 - proportion de femmes parmi les agents de santé xvi, 6
 - psychiatres
 - formation, infrastructure et technologie 52–53
 - pénurie 26–27
- Q**
- quintiles de richesse, définition 20
- R**
- recherche
 - priorités pour les agents de santé communautaires 140
 - repenser le recrutement 55–59
 - Sommet de Mexico, priorités à l'action 140
 - recrutement des agents de santé 41–42
 - amélioration des méthodes 59
 - attrition 59
 - autorecrutement 59
 - avantages du recrutement local 60
 - catastrophes/mesures d'urgences 29
 - cible 109–110
 - « filières » 42–43, 52
 - imperfections du marché du travail 57–58
 - information pour l'élaboration des politiques 55
 - repenser le recrutement 55–59
 - voir aussi* émigration
 - rémunérations/salaires 75–80
 - à l'acte 77
 - différences
 - entre les pays 76
 - entre les secteurs 76
 - entre les sexes 76
 - et performances 78
 - incitations 79–80
 - non financières 84
 - non versement des 77
 - politique salariale à deux vitesses 21
 - proportion des dépenses publiques 7
 - secteur privé vs public 76
 - rendre des comptes, et responsabilité 86

République–Unie de Tanzanie
 médecins/infirmières migrant dans les pays de l'OCDE 100
 programme de hausse accélérée des salaires 77
 valeurs professionnelles 73
 Réseau d'action sanitaire en situation d'urgence 32
 réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie 29, 30
 ressources humaines
 apporter un appui 104
 cadre technique applicable aux 137
 coopération 141–142
 élaboration des politiques 142–151
 compétences techniques 142
 outils (THE connection) 141
 retraite 110–112
 âge légal de la 110
 gérer les départs 112
 planification des successions 111
 politiques, Guyana 106
 risques professionnels 105–107
 violence 105–106
 Royaume–Uni
 accord bilatéral avec l'Afrique du Sud sur les politiques responsables du recrutement 104
 âge légal de la retraite 111
 Campagne de tolérance zéro contre la violence 106–107
 instaurer une bonne gestion d'équipe 84
 médecins/infirmières formés à l'étranger 98

S

secteur privé
 effectifs 5
 établissements de formation 46
 salaires, vs secteur public 7, 76
 sécurité de l'emploi 128
 services de santé mentale 25–26
 composition optimale 26
 services hautement prioritaires 19–24
 sexe
 et âge du personnel en activité 6
 et performance du personnel de santé 70
 et rémunération 76
 simplifier les services 23–24
 SIS, Systèmes d'information pour la santé (Ghana et Thaïlande) 136
 situations de conflit 34–36
 protection des systèmes de santé 35
 traumatismes 25–29
 soins de longue durée, compétences fondamentales 25

solidarité internationale
 plan d'action décennal (2006–2015) xxv, 150–152
 SRAS flambée, équipe de préparation et de réaction 29
 stratégies face aux catastrophes 22–36
 préplanification 34–35
 stratégies nationales pour développer le personnel de santé 121–131
 coopération, ministères et institutions 124
 information stratégique 127–128
 instaurer la confiance et répondre aux attentes 122–123
 investir dans les structures administratives 129–131
 leadership xxiii, 126–127
 méthodes de direction équitables 123–126
 politiques 125–126
 structures administratives
 coopération avec les ministères 126
 investir dans les 129–131
 leadership efficace xxiii, 125
 liens avec la formation 129
 nationales 129
 Suède
 violence et risques professionnels 106
 Suisse
 âge des médecins 111
 surveillance et action militante 125
 Swaziland
 campagne pour la sécurité sur les lieux de travail 106
 infirmières/accoucheuses migrant dans les pays de l'OCDE 100
 synergies, "projet gigogne" 23
 système d'appréciation de la performance Malawi et Zambie 85
 Systèmes d'information pour la santé (SIS) 136
voir aussi personnels de santé

T

technologie, infrastructures 52–53
 Thaïlande
 action face aux épidémies/catastrophes 31
 Association des Médecins ruraux 123
 concevoir des scénarios et planifier 130
 performance et rémunérations 78
 Systèmes d'information pour la santé (SIS) 136
 THE connection, outils pour l'évaluation et le développement des personnels de santé 141
 traumatismes 24–29
 tsunami, action de la Thaïlande 31
 Turquie, grippe aviaire, déploiement des personnels de santé 33

U

University of South Pacific (USP) 54

University of West Indies, (UWI) 54

V

vaccination

Alliance mondiale pour les vaccins et la
vaccination 145–147

établissements de formation 48

et densité des agents de santé 139

Viet Nam

mortalité infantile, densité des agents de santé 68

VIH/SIDA

effectifs peu nombreux 11

politique salariale à deux vitesses 21

pratiques ménageant les travailleurs 145

recrutement et attrition du personnel de
santé 24, 58, 107–108

directives OIT/OMS 108

sécurité des infirmières/personnels de santé 106

violence, risques professionnels 105–106

Z

Zambie

campagne de sécurité sur les lieux de travail 106–107

cartographie de la disponibilité des services (SAM) 10

infirmières/accoucheuses migrant dans les pays
de l'OCDE 100

système d'appréciation de la performance 85

VIH SIDA, sécurité des infirmières/agents
de santé 106, 107–108

Zimbabwe

décentralisation 128

médecins/infirmières migrant dans les pays
de l'OCDE 100

raisons de l'émigration de la main d'œuvre 99