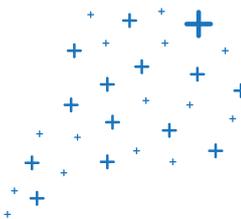


Commission de haut niveau
sur l'Emploi en Santé et
la Croissance économique



RAPPORT FINAL
du
GROUPE D'EXPERTS

Richard Horton (président), Edson C Araujo, Haroon Borhat,
Saskia Bruysten, Claudia Gabriela Jacinto, Barbara McPake, K Srinath Reddy,
Ritva Reinikka, Jean-Olivier Schmidt, Lina Song, Viroj Tangcharoensathien,
Sylvia Trent-Adams, David Weakliam, Alicia Ely Yamin

Rapport final du groupe d'experts de la Commission de haut niveau sur l'Emploi en Santé et la Croissance économique / Richard Horton...[et al].

1. Emploi. 2. Main-d'oeuvre en santé. 3. Développement économique. 4. Couverture maladie universelle. I. Horton, Richard. II. Araujo, Edson C. III. Borat, Haroon. IV. Bruysten, Saskia. V. Jacinto, Claudia Gabriela. VI. McPake, Barbara. VII. Reddy, K Srinath. VIII. Reinikka, Ritva. IX. Schmidt, Jean-Olivier. X. Song, Lina. XI. Tangcharoensathien, Viroj. XII. Trent-Adams, Sylvia. XIII. Weakliam, David. XIV. Yamin, Alicia Ely. XV. Commission de haut niveau sur l'Emploi en Santé et la Croissance économique.

ISBN 978 92 4 251128 4
(Classification NLM : W 76)

© Organisation mondiale de la Santé 2016

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé sont disponibles sur le site Web de l'OMS (www.who.int) ou peuvent être achetées auprès des éditions 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; courriel: 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 éditions de l'OMS via le site Web de l'OMS à l'adresse http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html

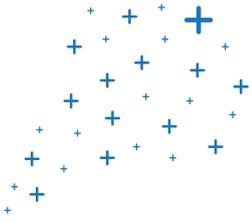
Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs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

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

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

La présente publication exprime les vues collectives du groupe d'experts de la Commission de haut niveau sur l'Emploi en Santé et la Croissance économique et ne représente pas nécessairement les décisions ni les politiques de l'Organisation mondiale de la Santé.

Commission de haut niveau
sur l'Emploi en Santé et
la Croissance économique



RAPPORT FINAL du GROUPE D'EXPERTS

Richard Horton (président), Edson C Araujo, Haroon Borhat,
Saskia Bruysten, Claudia Gabriela Jacinto, Barbara McPake, K Srinath Reddy,
Ritva Reinikka, Jean-Olivier Schmidt, Lina Song, Viroj Tangcharoensathien,
Sylvia Trent-Adams, David Weakliam, Alicia Ely Yamin

Acknowledgements

Le groupe d'experts tient à remercier ses partenaires (l'OIT, l'OCDE et l'OMS) pour leur plein soutien pendant la préparation du présent rapport. Nous remercions également le groupe de contact, l'organe chargé d'assurer la médiation entre la Commission et le groupe d'experts, pour ses conseils et ses orientations. Enfin, nous sommes reconnaissants à tous ceux qui nous ont apporté les éléments et les informations nécessaires à la réalisation de ce rapport.

Table des matières

Remerciements.....	ii
Abréviations.....	iv
Avant-propos	v
Résumé analytique	1
Chapitre 1. Introduction	3
Chapitre 2. Que peuvent faire les pays pour promouvoir l'emploi en santé et la croissance économique ?	9
Chapitre 3. Investir dans le personnel de santé pour favoriser la croissance économique inclusive	17
Chapitre 4. Enjeux et mesures d'appui.....	35
Chapitre 5. Un plan d'action sur cinq ans : conclusions, recommandations et possibilités d'action pour la Commission	47
Références.....	57

FIGURES

Figure 1. Approches reliant l'emploi en santé et la croissance économique	15
Figure 2. Cadre de systèmes intégrés pour la formation des professionnels de santé	21
Figure 3. Trois générations de réformes dans la formation des professionnels de santé	22
Figure 4. Formation des professionnels de santé axée sur les compétences	23
Figure 5. Modèles de formation inter et transprofessionnelle	23
Figure 6. Recommandations de la Commission Frenk/Chen en matière de réforme et de mesures d'appui.....	24
Figure 7. Optimisation du personnel de santé	34
Figure 8. Synthèse du plan d'action quinquennal du groupe d'experts (2016-21), messages clés, recommandations, possibilités d'action et perspective	55

TABLEAUX

Tableau 1. Réserve de main-d'œuvre dans le secteur de la santé (en millions), 2013 et 2030	18
Tableau 2. Estimation des pénuries de personnel de santé liées aux besoins (en millions) dans les pays en dessous du seuil de l'index des ODD par région, 2013 et 2030	19

ENCADRÉS

Encadré 1. Méthodes utilisées par le groupe d'experts	5
Encadré 2. Qu'est-ce que l'emploi en santé ?	8
Encadré 3. Un calendrier d'action sur cinq ans (2016-2021) : messages clés, recommandations et possibilités d'action proposés à la Commission.....	48
Encadré 4. Indicateurs proposés en vue de suivre la progression de la mise en œuvre du plan d'action quinquennal, des recommandations et des possibilités d'action.....	52

ÉTUDES DE CAS

Étude de cas 1. Reconnaître, récompenser et préserver le travail des femmes dans le secteur de la santé	12
Étude de cas 2. Agents de santé communautaire	29
Étude de cas 3. Les agents de santé en situation de crise humanitaire.....	36
Étude de cas 4. Quand les professionnels de santé cherchent asile : mesures d'appui	40
Étude de cas 5. Un enjeu se cache derrière les ressources humaines pour la santé : l'affectation et la mutation de personnel	46

Abréviations

A et M	affectations et mutations	ISP	Internationale des services publics
AEM	Agence européenne des médicaments	MA	mémorandum d'accord
AMS	Assemblée mondiale de la Santé	MCV	maladie cardiovasculaire
ASC	agent de santé communautaire	MG	médecin généraliste
ASHIP	Association of Statutory Health Insurance Physicians (Allemagne)	NGP	Nouvelle gestion publique
BPCO	bronchopneumopathie chronique obstructive	NP	infirmier/infirmière
CARICOM	Communauté des Caraïbes	OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
CE	Communauté européenne	ODD	objectifs de développement durable
CITE	Classification internationale type de l'éducation	OIT	Organisation internationale du Travail
CITI	Classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité économique	OMD	objectifs du Millénaire pour le développement
CITP	Classification internationale type des professions	OMS	Organisation mondiale de la Santé
CPDN	contribution prévue déterminée au niveau national	ONG	organisation non gouvernementale
CSU	couverture sanitaire universelle	PIB	produit intérieur brut
EEE	Espace économique européen	PPA	parité de pouvoir d'achat
EFTP	enseignement et formation techniques et professionnels	PRE	pays à revenu élevé
eHealth	cybersanté	PRFI	pays à revenu faible et intermédiaire
ETP	équivalent plein temps	PRU	Plan de recrutement d'urgence
FDA	Food and Drug Administration (États-Unis)	RHS	ressources humaines pour la santé
FIPC	formation interprofessionnelle aux pratiques collaboratives	RPL	reconnaissance des acquis
FMI	Fonds monétaire international	SM	santé mobile
GCCN	Grameen Caledonian College of Nursing	TDM	tomodensitométrie
IMC	indice de masse corporelle	TEP	tomographie par émission de positons
IRM	imagerie par résonance magnétique	TI	technologie de l'information
		TIC	technologie de l'information et des communications
		UE	Union européenne
		UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
		UNHCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés

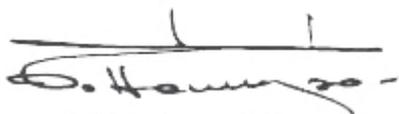
Avant-propos

Ban Ki-Moon, Secrétaire général des Nations Unies, a établi la Commission de haut niveau sur l'Emploi en Santé et la Croissance économique en mars 2016. Sa mission est de proposer des actions intersectorielles destinées à guider et stimuler la création d'emplois dans le secteur des services sociaux et de la santé afin de promouvoir une croissance économique inclusive.

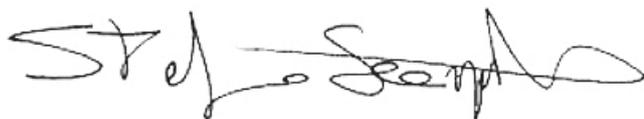
Afin d'aider le travail de la Commission, un groupe d'experts a été convoqué pour examiner de manière critique les données disponibles. Dans un contexte mondial qui affiche de fortes inégalités souvent croissantes et un taux de chômage qui reste élevé, le groupe d'experts considère que des investissements efficaces dans le personnel de santé pourraient générer des améliorations significatives en matière de santé, de bien-être et de sécurité humaine, promouvoir les emplois décents et favoriser une croissance économique inclusive.

La pleine réussite de ces investissements nécessitera en revanche des réformes de fond concernant l'acquisition par le personnel de santé des compétences requises ainsi que leur mise en application en contexte professionnel. Il conviendra par ailleurs de garantir la répartition adéquate des agents de santé d'un pays à l'autre ainsi qu'à l'échelle nationale, en donnant la priorité aux soins primaires et préventifs. Des efforts coordonnés devront en outre être menés par les secteurs publics de la santé, de l'éducation, de la finance, du travail et des affaires étrangères, en concertation avec la société civile, les secteurs public et privé, les syndicats et les associations, les institutions, et les universités.

Nous félicitons le groupe d'experts pour cette synthèse sans précédent et pour son travail de mise en évidence des principaux enjeux. Ce rapport reflète la qualité de leur expertise multidisciplinaire, notamment dans les domaines de l'économie, de l'éducation, de la santé, des droits de l'homme et du travail. Il démontre que l'investissement dans le personnel de santé peut accélérer les progrès vers la réalisation de plusieurs objectifs de développement durable. Le contenu de ce rapport, laissant transparaître l'urgence d'agir, apporte une contribution fiable et précise au travail et aux délibérations de la Commission.



Gilbert Houngbo
Directeur général adjoint en charge des opérations sur le terrain et des partenariats
Organisation internationale du Travail



Stefano Scarpetta
Directeur de la Direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales
Organisation de coopération et de développement économiques



Marie-Paule Kieny
Sous-Directeur général pour les systèmes de santé et l'innovation
Organisation mondiale de la Santé

Résumé analytique

Face aux nouvelles menaces et instabilités qui pèsent sur les peuples du monde entier, l'entrée dans l'ère des objectifs de développement durable constitue une occasion ambitieuse de redynamiser les engagements politiques pris en faveur du bien-être humain, pour les générations futures comme pour la nôtre. La Commission de haut niveau sur l'Emploi en Santé et la Croissance économique offre une opportunité privilégiée de concevoir et mettre en œuvre un nouveau cadre politique dans les différents secteurs essentiels au développement durable.

La relation entre la richesse et l'investissement dans le secteur de la santé a été clairement établie, tout comme le rôle de l'économie de la santé pour stimuler la croissance économique inclusive et la création d'emplois. Cependant, de nouvelles données tendent à démontrer que l'investissement dans la transformation des effectifs des personnels de santé peut permettre de générer des conditions propices à une croissance économique inclusive et à la création d'emplois, et de renforcer la stabilité et la sécurité économiques.

Les données présentées au groupe d'experts ne plaident pas en faveur du *statu quo*. Au contraire, la concrétisation des possibilités offertes nécessite des changements radicaux : placer l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes au centre de notre réflexion ; améliorer la formation des professionnels de la santé ; investir dans la formation en milieu rural pour atteindre les populations insuffisamment desservies ; réévaluer les contributions que doivent apporter les infirmières et infirmiers, les sages-femmes, les agents de santé communautaires et les autres catégories sous-utilisées du personnel de la santé et d'autres secteurs ; porter une plus grande attention aux jeunes et à leurs besoins de formation en vue de les préparer à obtenir un emploi décent dans le secteur de la santé ; et examiner plus avant le rôle que doivent jouer l'enseignement et la formation techniques et professionnels (EFTP).

Nous proposons à la Commission un plan d'action quinquennal (2016-2021) visant à accélérer les progrès vers la croissance économique inclusive et la couverture sanitaire universelle. En premier lieu, nous recommandons de combler les lacunes existantes en matière de planification et de faire des progrès en matière d'ambition en investissant dans les compétences d'un nombre croissant d'agents de santé, notamment ceux qui interviennent dans le domaine des soins primaires et préventifs, et de professionnels issus

Nous avons trois messages clés à transmettre :

- ▶ **Message 1** : Transformer et renforcer la santé et les effectifs de santé publique, notamment en réformant les compétences et la composition de ces derniers, peut permettre d'accélérer la croissance économique inclusive ainsi que les progrès vers l'équité en matière de santé.
- ▶ **Message 2** : Réaliser la couverture sanitaire universelle axée sur les personnes et les communautés, en accroissant et en répartissant équitablement les emplois décents entre les agents de santé et les autres professionnels, constituera un fondement essentiel de la croissance économique inclusive et du développement durable.
- ▶ **Message 3** : Réformer l'aide et la responsabilité afin de renforcer le système de santé, en mettant l'accent sur les agents de santé qualifiés, peut ouvrir une nouvelle ère de coopération et d'action internationales pour la sécurité économique et humaine.

d'autres secteurs. En second lieu, nous préconisons d'accroître les possibilités d'emploi offertes à ce vivier élargi d'agents de santé en vue de réaliser l'objectif de couverture sanitaire universelle.

Nous soumettons dix recommandations spécifiques à la Commission dans les domaines suivants : réforme de la formation, innovation en matière de ressources humaines, évolutions technologiques, renforcement des effectifs de santé, priorisation des femmes, garantie des droits, transformation de l'aide, migration internationale, crises humanitaires, et information et responsabilité. **Nous identifions également sept mesures d'appui** dans les domaines suivants : situations humanitaires, migration, protection sociale, technologie transformatrice, égalité des sexes, financement et gouvernance.

Notre ambition est de mettre en œuvre un plan quinquennal (2016-2021) qui vise des effectifs sanitaires renforcés, transformés, interreliés et pérennes afin d'accélérer la croissance économique inclusive et de garantir la santé, le bien-être, l'équité et la sécurité économique de tous.

CHAPITRE 1

Introduction

1. À l'heure où nous assistons à des attaques terroristes tragiques dans plusieurs villes à travers le monde, où nous continuons à observer des violences et des déplacements massifs de populations au Moyen-Orient, où nous sommes confrontés aux séquelles et aux enseignements de la flambée d'Ebola en Afrique de l'Ouest, où nous faisons face aux conséquences de l'épidémie du virus Zika en Amérique latine, où nous luttons contre les catastrophes naturelles, comme le typhon Haiyan aux Philippines, et où nous tentons de nous adapter aux transitions démographiques et épidémiologiques rapides qui ont lieu en Asie, il est difficile de ne pas conclure que nous vivons une époque d'insécurité.

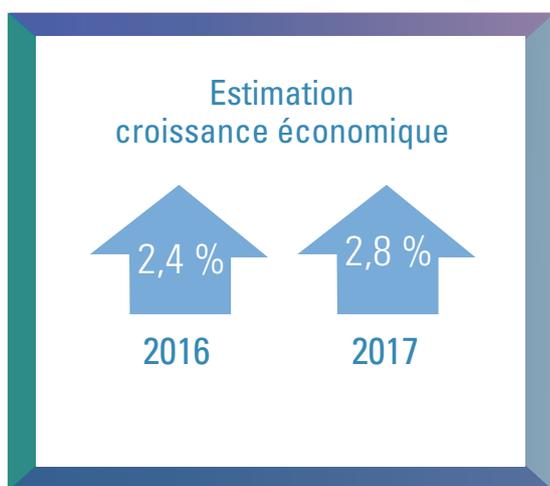
Face à un sentiment d'angoisse généralisée, il est alors tentant de réduire son champ de vision plutôt que de l'élargir, de préférer se retirer dans l'isolement plutôt que d'accueillir notre interdépendance à bras ouverts, de se tourner vers des solutions prudentes plutôt que vers des actions courageuses. Ou, au contraire, cette situation de crise peut être le bon moment pour changer notre façon de penser.

2. À l'occasion du 400^e anniversaire de la mort de Shakespeare, il est bon de rappeler sa remarquable sagesse. « La faute, cher Brutus, n'est guère dans nos astres, mais en nous. » Ainsi Cassius expliquait-il (dans « *Jules César* ») que nous ne devrions pas accuser des forces indépendantes de notre volonté d'être responsables de notre sort. Notre avenir dépend de notre propre volonté, de nos propres décisions et de nos actions. Or, pour s'avérer judicieuses, ces décisions et ces actions doivent clairement s'appuyer sur une compréhension complète et précise des difficultés auxquelles nous sommes confrontés. Les hommes politiques et les décideurs n'ont jamais disposé d'autant d'informations pour étayer leur jugement. Pourtant, malgré l'abondance de données, il est possible de commettre des erreurs. L'instabilité économique qui sévit depuis ces huit dernières années trouve son origine dans la faillibilité humaine. Notre époque nous rappelle utilement que les orthodoxies qui façonnent notre pensée et les mesures conventionnelles que nous utilisons pour influencer nos choix peuvent parfois nous mettre en danger.

3. À l'inverse, certains aspects de notre vie jugés jusqu'alors peu prometteurs peuvent receler des possibilités étonnantes. Le rapport du groupe d'expert à la Commission de haut niveau sur l'Emploi en Santé et la Croissance économique, dirigée par les présidents François Hollande (France) et Jacob Zuma (Afrique du Sud), affirme que l'emploi dans

le secteur de la santé offre une nouvelle chance d'accélérer la croissance économique inclusive. (Pour en savoir plus sur notre méthode de travail, veuillez vous reporter à l'encadré 1). Généralement, l'emploi en santé est considéré comme un fardeau financier qui pèse sur l'économie, et exclut souvent toute possibilité de réussite et de gains de productivité. Or, les données rassemblées nous ont permis de conclure que l'emploi de toutes les personnes dont l'activité a pour objet essentiel d'améliorer la santé (voir l'encadré 2) peut constituer un investissement très intéressant, non seulement pour parvenir à l'équité en santé, mais également pour renforcer et stabiliser la croissance économique inclusive. Ce message intervient à un moment crucial pour le monde politique : l'arrivée des objectifs de développement durable, soit les engagements politiques mondiaux les plus ambitieux jamais pris afin d'aborder les principaux aspects du bien-être humain de manière universelle, au profit des générations futures et présentes. Les aspirations des objectifs de développement durable bénéficient d'un large soutien. Ce qui est moins clair, en revanche, c'est la façon dont ils seront réalisés.

4. En juin 2016, la Banque mondiale a estimé que la croissance économique mondiale atteindrait 2,4 % en 2016 et 2,8 % en 2017 (1). Le Fonds monétaire international (FMI) a qualifié la situation économique des pays en développement et émergents de « délicate ». Pire, cet avenir fragile doit faire face à des risques graves. Ainsi, le ralentissement économique de la Chine, la baisse du prix de l'énergie et des produits de base, et les tensions qui touchent différentes économies de marché émergentes pourraient encore compliquer davantage toute possibilité de reprise. En 2016, le Sommet du G20, qui réunissait les ministres des Finances et les gouverneurs des banques centrales, a accentué ces inquiétudes, soulignant que la reprise mondiale « reste bien en deçà de nos ambitions d'une croissance forte, durable et équilibrée » (2). Les ministres du G20 ont exprimé leur détermination à « faire plus » pour la croissance mondiale. Comme le souligne la Banque mondiale dans son rapport intitulé « *Perspectives économiques mondiales* », « le principal remède contre la pauvreté est la croissance économique ».



5. L'impact de ces forces sur les nations et les communautés est considérable. L'Organisation internationale du Travail (OIT) estime que les perspectives d'emploi dans le monde devraient se détériorer au cours des cinq prochaines années (3). En 2015, le chômage mondial s'élevait à 197,1 millions de personnes, et ce chiffre devrait augmenter de 2,3 millions en 2016, pour atteindre 199,4 millions de chômeurs. En outre, une nouvelle hausse de 1,1 million de personnes est prévue pour 2017. La situation de l'emploi est particulièrement difficile dans les pays en développement et à revenu intermédiaire, où une croissance démographique élevée et une création d'emplois insuffisante conduisent à une hausse du chômage des jeunes. L'OIT attire également l'attention sur les liens entre chômage, pauvreté, absence

de protection sociale (y compris en matière de santé), perte de confiance dans les gouvernements et agitation sociale. Ainsi, le nombre de troubles sociaux s'est accru de 10 % après la crise financière, reflétant l'évolution des taux de chômage dans le monde.

6. Cette période d'instabilité économique survient au moment où la communauté internationale porte son attention sur le développement durable, notamment en favorisant la croissance économique inclusive, le plein emploi productif et un emploi décent pour tous (ODD 8). Le « *Rapport sur le développement humain 2015* » précise ainsi que « Le travail est un moyen de gagner sa vie et de garantir sa sécurité économique. Il est indispensable à la croissance économique équitable, à la réduction de la pauvreté

et à l'égalité des sexes. » (4). En effet, le travail, lorsqu'il est décentement rémunéré et source de satisfaction, s'accompagne d'une protection sociale et permet d'améliorer les compétences et les droits individuels, est l'un des moteurs les plus puissants du développement durable. L'argument ne se limite pas aux professions exercées. La notion de « travail » renferme une idée qui va au-delà du simple emploi ; elle recouvre également les soins, la création et le bénévolat.

7. L'occasion offerte par la Commission de promouvoir la sécurité humaine et économique se présente à un moment particulièrement propice. Le monde entre dans une nouvelle ère de développement, celle des objectifs de développement durable qui englobent de grands objectifs multisectoriels, tels que la croissance inclusive, l'emploi décent, la santé et l'éducation. Nous comprenons désormais mieux que jamais la mécanique du

ENCADRÉ 1

Méthodes utilisées par le groupe d'experts

Le groupe d'experts se compose de spécialistes de la santé, du personnel de santé et de l'économie, conscients de l'importance de la transversalité de ces disciplines pour atteindre les objectifs ambitieux que s'est fixés la Commission. Le groupe d'experts s'est réuni en personne à trois reprises, pour délimiter le champ des données et des discussions, examiner son premier projet de rapport et de recommandations, et finaliser ses conclusions. Dans le cadre de notre travail, nous avons bénéficié des contributions suivantes :

- la base de connaissances et les ressources de l'OIT, de l'OCDE et de l'OMS ;
- les 17 documents d'orientation rédigés ou commandités par l'OIT, l'OCDE et l'OMS ;
- les informations régulièrement fournies par les commissaires (par le biais du groupe de contact) ;
- les résultats des deux appels publics à contributions ;
- les conclusions de l'examen documentaire réalisé par le groupe d'experts et son secrétariat ;
- la mise à disposition de nouvelles données (car non encore publiées) ;
- les informations recueillies lors de différentes rencontres et consultations publiques, notamment l'Assemblée mondiale de la Santé 2016 et une consultation intersectorielle francophone organisée à Abidjan, en Côte d'Ivoire ;
- l'utilisation d'études de cas, intégrées au présent rapport, afin d'illustrer certains des grands thèmes abordés.

Bien qu'il ait travaillé dans des délais serrés, le groupe d'experts a soumis deux projets exhaustifs de rapport aux commissaires. Les discussions qui s'en sont suivies ont apporté de nouveaux éléments précieux à notre travail. Nous avons toutefois émis une réserve. En cherchant à répondre à des questions essentielles, nous avons constaté que les données étaient parfois insuffisantes. Par ailleurs, les indications fournies au groupe d'experts n'étaient pas toujours cohérentes. Comme l'on pouvait s'y attendre, les différents contributeurs ont exprimé des vues divergentes sur l'interprétation des données et des recommandations stratégiques. Le groupe d'experts espère que ce rapport suscitera la discussion et le débat, et qu'il fera office de synthèse de toutes les données disponibles.

développement. Le « *Rapport sur le développement dans le monde 2013* » souligne ainsi que « L'emploi est la pierre angulaire du développement économique et social » (5). Si la symbiose entre travail et développement n'est plus à démontrer, elle est peut-être sous-estimée par les gouvernements. Relier l'idée de travail décent à la santé permet à la Commission d'élaborer un nouveau programme politique capable de libérer le potentiel du développement durable. Le « *Rapport sur le développement dans le monde 2013* » précise également que des emplois décents peuvent transformer le développement du fait de leur impact sur le niveau de vie, la productivité et la cohésion sociale. Le travail augmente les revenus, ce qui permet de multiplier les choix en matière de santé et les possibilités de formation pour une nouvelle génération de professionnels. Les types d'emplois recherchés dépendent du stade de développement du pays, de la qualité de ses institutions et de sa démographie. Par conséquent, le programme pour l'emploi sera différent d'un pays à l'autre. Les gouvernements devront se poser toute une série de questions. Quels emplois sont bons pour le développement ? Sont-ils en nombre suffisant ? Et qu'est-il possible de faire pour éliminer les contraintes qui limitent le développement de ces emplois ? La Commission s'est attachée à étudier un secteur particulier – l'emploi en santé – en établissant un lien avec la croissance économique inclusive, l'égalité des sexes et l'amélioration des résultats en matière de santé, puis a formulé des recommandations.

Relier l'idée de travail décent à la santé permet à la Commission d'élaborer un nouveau programme politique capable de libérer le potentiel du développement durable.

8. Cependant, les forces mondiales qui déterminent les conditions affectant les chances de réalisation des objectifs de développement durable sont puissantes et pas toujours favorables. Notre communauté mondiale connaît actuellement un rééquilibrage des pouvoirs sans précédent sur les plans politique, économique, social et technologique. Ce rééquilibrage est parfois source de perturbations et d'incertitudes. L'appréhension et le doute peuvent non seulement freiner les progrès humains, mais risquent également de provoquer une fracture sociétale, voire de l'agitation sociale. Les populations vieillissantes qui présentent des pathologies multiples nécessitant une prise en charge médicale et sociale chronique accentueront la pression sur les systèmes de santé et de protection sociale. Le changement climatique et la dégradation de l'environnement déclencheront de nouveaux déplacements de populations, augmentant les flux de migrants à l'échelle internationale. Et les nouvelles menaces à la sécurité humaine (conflits, terrorisme et transmission de maladies infectieuses) ne feront qu'ajouter à l'incertitude et à l'instabilité mondiales. La migration internationale des professionnels de santé, qui quittent des pays confrontés à de graves pénuries de main-d'œuvre, est particulièrement préoccupante. Au cours des dix dernières années, le nombre de médecins et infirmiers migrants exerçant dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) a augmenté de 60 % (ou 84 % si l'on ne tient compte que des pays connaissant de graves pénuries de professionnels de santé) (6). Si chaque personne a le droit de faire tout ce qui est en son pouvoir pour améliorer ses conditions de vie, un recrutement socialement irresponsable peut aggraver la situation des pays vulnérables.

9. Les priorités des dirigeants politiques de tous les pays viseront probablement à générer des emplois durables et une croissance économique inclusive afin d'accroître les ressources budgétaires nécessaires aux autres investissements essentiels en capital humain et matériel. Par croissance économique inclusive, on entend « une croissance économique qui crée des opportunités pour tous les segments de la population et qui distribue les dividendes de la prospérité accrue, tant en termes monétaires que non monétaires, équitablement à travers l'ensemble de la société »¹. L'élaboration d'une stratégie de croissance inclusive de haute qualité et axée sur l'emploi en santé place le travail au cœur de la croissance économique. L'accroissement du nombre d'emplois décents et le renforcement des compétences du personnel, ainsi que la réalisation d'actions coordonnées visant à consolider les autres composantes clés du système de santé (gouvernance, information sanitaire, prestation de services, médicaments et équipements), peuvent avoir des effets directs sur la croissance économique. Mais une question troublante demeure quant à la réalisation de cette ambition.



¹ www.oecd.org/inclusive-growth.

Qu'est-ce que l'emploi en santé ?

La classification des professions et des secteurs d'activité professionnelle est régie par des normes internationales. La Classification internationale type des professions (CITP) et la Classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité économique (CITI) permettent de mesurer l'emploi dans les secteurs sanitaire et social selon une approche par profession ou par secteur. Les enquêtes sur la population active limitent la définition de l'emploi aux personnes exerçant un travail contre « rémunération ou bénéfice ». Pour comprendre la portée du terme « emploi en santé », il convient de comptabiliser non seulement les personnes dotées de compétences spécifiques dans le domaine de la santé, mais également celles qui relèvent d'un groupe plus vaste de professionnels travaillant dans les secteurs sanitaire et social ainsi que dans les industries qui soutiennent ces derniers.

L'OIT propose une définition plus large du personnel de santé qui inclut les personnes travaillant dans le secteur sanitaire et social et en dehors, qu'elles soient rémunérées ou non. La définition et les données de l'OCDE tiennent compte à la fois des personnes travaillant dans le secteur sanitaire et social et dans d'autres domaines d'activité liés à la santé. La définition de l'OCDE est plus restrictive que celle de l'OIT, car elle exclut les travailleurs non rémunérés. L'OMS définit le personnel de santé comme « l'ensemble des personnes dont l'activité a pour objet essentiel d'améliorer la santé » et collecte les données à partir de la Classification internationale type des professions, sans tenir compte des emplois peu qualifiés (comme les soins à la personne). Ces classifications et ces approches produisent des résultats variables en matière de quantification de l'emploi et des effectifs en santé.

Les estimations des effectifs mondiaux de la santé varient selon les professions ou les agents comptabilisés. L'OMS, dont la méthode comptabilise les personnes qui participent le plus directement à la prestation de soins de santé, donne le chiffre de 43 millions d'agents de santé en 2013. L'OCDE, avec une définition et une approche plus larges, compte 58,5 millions de personnes travaillant dans le secteur sanitaire et social en 2013, dans les pays de l'OCDE (ce qui représente 11 % de tous les emplois des pays de l'OCDE). Si l'on retient la définition la plus large du personnel de santé, et que l'on combine les données de l'OIT et de l'OMS, on estime à plus de 200 millions le nombre de personnes qui contribuent, d'une manière ou d'une autre, au secteur sanitaire et social dans le monde. Seraient ainsi inclus, par exemple, les soins à la personne non rémunérés, les emplois dans le secteur privé de la santé, ainsi que le personnel d'entretien et de restauration fourni par les prestataires de service.

Davantage d'efforts sont nécessaires afin de recueillir les données relatives à la main-d'œuvre qui permettront d'affiner ces estimations, mais il est clair que la prestation de soins de santé requiert des effectifs importants, variés et croissants. Les compétences que les agents de santé apportent à leur activité, de même que les conditions dans lesquelles ils travaillent, peuvent contribuer dans une large mesure à la réalisation des objectifs de développement durable à l'horizon 2030.

Que peuvent faire les pays pour promouvoir l'emploi en santé et la croissance économique ?

10. Investir dans la santé peut se révéler hautement bénéfique tant du point de vue sanitaire qu'économique.

La Commission sur l'investissement dans la santé, dirigée par Lawrence Summers, ancien secrétaire d'État au Trésor des États-Unis et économiste en chef à la Banque mondiale, a indiqué que près d'un quart de la croissance économique enregistrée entre 2000 et 2011 dans les pays à revenu faible et intermédiaire provenait de la valeur créée par les années de vie gagnées grâce à l'amélioration de la santé (7). Cette conclusion, qui s'appuie sur le travail du « *Rapport sur le développement dans le monde 1993* » et de la Commission Macroéconomie et Santé de 2001, a amené Lawrence Summers et ses collègues à espérer une grande convergence dans le domaine de la santé : « Nous avons la capacité financière et technique – cette dernière étant en constante amélioration – de faire baisser la mortalité infectieuse, infantile et maternelle partout dans le monde d'ici 2035. » D'après les prévisions de Lawrence Summers, la mortalité des pays à revenu faible et intermédiaire pourrait être ramenée à des niveaux comparables à ceux actuellement observés dans les pays à revenu intermédiaire affichant les taux les plus bas. Philippe Aghion et ses collègues ont également étudié les liens entre santé et croissance économique (8). Ils ont ainsi constaté qu'entre 1960 et 2000, l'allongement de l'espérance de vie avait eu un impact positif direct sur la croissance du PIB par habitant.

11. La croissance économique est essentiellement déterminée par l'accroissement de la quantité et de la qualité de la main-d'œuvre, du capital national, de la production et de la technologie. Toutefois, le secteur de la santé est généralement considéré comme un coût pour l'économie, une dépense qu'il convient de contrôler scrupuleusement afin de préserver les chances de croissance économique inclusive. Il ne fait aucun doute qu'il est essentiel d'investir dans le personnel pour faire avancer la santé et l'équité en santé. Investir dans les ressources humaines est l'un des meilleurs moyens d'améliorer la santé publique. Mais le personnel et le secteur de la santé sont rarement considérés comme des forces positives pour la croissance économique inclusive. Ce point de vue est erroné.

12. Notre manière d'appréhender le secteur de la santé commence à changer. La santé possède une économie, une empreinte économique et une dynamique de marché du travail qui lui sont propres. Alors que la santé est essentiellement financée par des fonds publics, l'apparition d'un nombre croissant de mécanismes divers de tarification, d'assurance et de règlement permet de soutenir les systèmes de santé (la distinction entre celui qui paie les services de santé et celui qui les fournit est importante). Et au lieu de nous concentrer sur les contributions au système de santé, ce sont désormais les résultats qui font l'objet de toute notre attention.

13. L'économiste William Baumol a eu une influence profonde, bien que controversée et contestée, sur la façon dont les économistes considèrent les secteurs tels que la santé. Il a introduit le concept de « maladie des coûts » dans les économies modernes. Ainsi, certaines industries (celles des secteurs dits progressifs) parviendront à accroître leur productivité, et trouveront les ressources nécessaires pour augmenter la rémunération de leurs salariés. S'agissant des secteurs où les gains de productivité sont difficiles à réaliser (par exemple dans les secteurs à forte intensité de main-d'œuvre qui nécessitent une intervention humaine importante, comme les soins de santé), où parce que ces secteurs n'exploitent pas au mieux les ressources humaines ou les technologies, les salaires augmenteront non pas sous l'effet des gains de productivité, mais afin de s'assurer que les travailleurs ne quittent pas des secteurs moins productifs pour des industries où la productivité et les salaires sont supérieurs. Si cela se produisait dans le secteur de la santé, le coût des soins de santé augmenterait en raison de l'incapacité à accroître la productivité au même rythme que les autres segments de l'économie. D'où l'idée de considérer la santé comme une maladie des coûts pour l'économie, et la notion selon laquelle la santé constitue un frein à la croissance économique.

14. Si cet argument était avéré, il aurait un effet dissuasif majeur sur l'investissement dans la santé, tant du point de vue politique qu'économique. Les vérifications préalables des hypothèses de Baumol dans le secteur de la santé ont mis à jour des éléments solides appuyant l'argument de la maladie des coûts dans un groupe de pays de l'OCDE (9, 10). Toutefois, de nouvelles données indiquent que la loi de Baumol ne se vérifie pas toujours lorsqu'elle est appliquée à un groupe de pays (hors OCDE) plus important, comprenant des États à revenu faible et intermédiaire. Un récent rapport de la Banque mondiale a réexaminé les liens entre l'emploi dans le secteur de la santé, les dépenses de soins de santé et la croissance économique (11). Bien que préliminaires, les conclusions de ce rapport sont intéressantes et vont à l'encontre de la pensée traditionnelle. Les analyses ont élargi les vérifications préalables de l'argument de Baumol dans le secteur de la santé (qui s'appuyaient sur les pays de l'OCDE) à un échantillon de pays plus important (comprenant des régions à revenu faible et intermédiaire). Les auteurs ont constaté que, contrairement aux conclusions précédemment tirées par Baumol, les dépenses de santé ne sont pas fonction des hausses de salaire supérieures à la croissance de la productivité, rejetant ainsi l'argument de la maladie des coûts. Le rapport a également évalué la contribution de l'emploi en santé au taux de croissance des autres secteurs, tels que l'industrie manufacturière. Les auteurs ont constaté que les gains de productivité réalisables dans le secteur manufacturier grâce à l'augmentation de l'emploi dans le secteur de la santé peuvent être considérables, essentiellement du fait du meilleur état de santé de la population, et notamment des travailleurs du secteur manufacturier. Ainsi, à titre d'exemple, les effets de l'emploi en santé sont largement supérieurs à ceux du développement financier (12). Si ces conclusions restent encore à confirmer, elles ouvrent des perspectives importantes et plausibles quant à la valeur de l'investissement dans le personnel de santé.

15. Ces conclusions sont également étayées par d'autres recherches. Klaus-Dirk Henke, de l'Université technique de Berlin, a décrit en quoi le secteur de la santé est un contributeur important aux exportations et à l'emploi (13). En 2012, l'économie de la santé a fourni six millions d'emplois en Allemagne. Entre 2005 et 2012, 700 000 nouveaux emplois ont été créés dans l'économie de la santé (un Allemand sur sept travaille dans le secteur de la santé). Des études récemment menées par l'OIT révèlent un effet similaire de la création d'emplois sur l'ensemble de l'économie mondiale de la santé. Le taux de croissance annuel du secteur de la santé dépasse celui de l'industrie manufacturière et des autres secteurs. L'économie de la santé constitue un facteur de stabilité majeur en période de ralentissement économique. Bien que l'économie allemande ait enregistré une croissance plus rapide que celle de la santé en 2006 et 2007 et en 2008 et 2009, alors que l'économie nationale ralentissait, voire reculait, celle de la santé a poursuivi sa croissance au même rythme.

16. Christopher Pissarides, lauréat du prix Nobel d'économie 2010, a cherché à déterminer d'où proviendraient les nouveaux emplois au cours des décennies à venir (14). Dans les

pays de l'OCDE, par exemple, il estime que les emplois industriels ont peu de chances de redevenir une source importante d'emplois et de croissance économique. Au lieu de cela, l'investissement dans les services constitue une puissante source alternative de croissance, notamment les services aux particuliers et aux entreprises. Beaucoup de ces emplois seront assez faiblement rémunérés. Par conséquent, il sera essentiel de les rendre plus attractifs et plus respectables aux yeux des jeunes en fin d'études, afin de réduire l'abandon scolaire et d'encourager les jeunes qui quittent l'école à reprendre une formation qui sera transformatrice tant sur le plan personnel que financier. Fondé sur la recherche et la technologie, le secteur de l'économie de la santé est en bonne place pour bénéficier du redéploiement de cette main-d'œuvre, tout en étant capable de relever le défi de la création d'emplois décents.

17. La contribution des femmes aux effectifs de la santé mérite une attention particulière (15). Les femmes jouent un rôle crucial et sous-estimé dans la prestation de soins de santé aux familles et aux communautés. Elles sont pour les pays des moteurs importants de la richesse, mais également de la santé. Dans une récente étude, la valeur financière de la contribution des femmes aux systèmes de santé a été estimée (en 2010) à 2,4 % du PIB mondial pour le travail non rémunéré et à 2,5 % pour le travail rémunéré, soit l'équivalent de 3 100 milliards de dollars US. La croissance économique inclusive et le développement durable ont besoin des femmes sur le plan économique, social, politique et environnemental. C'est pourquoi elles doivent être valorisées, comptabilisées, dotées de moyens d'action et autonomisées. Les transitions démographiques et épidémiologiques stimuleront encore davantage la demande de soins sanitaires et sociaux, qui constituent des sources d'emploi majeures pour les femmes. Pourtant, les femmes sont actuellement fortement désavantagées en termes de charge de travail. Dans la plupart des pays, les femmes travaillent en effet plus que les hommes. Le « *Rapport sur le développement dans le monde 2015* » estime que les femmes contribuent à 52 % du travail mondial. Or, la participation des femmes à la population active est sensiblement inférieure à celle des hommes (50 % contre 77 %), car elle est façonnée par des traditions culturelles et sociales, qui limitent parfois fortement le rôle que les femmes pourraient jouer dans l'économie de la santé. Les hommes dominent le monde du travail rémunéré, tandis que le travail non rémunéré est largement fourni par les femmes, du fait de la persistance de discriminations, de désavantages et d'abus physiques et sexuels. Le secteur de la santé pourrait contribuer bien plus largement à l'élargissement et au financement des opportunités d'emplois décents pour les femmes. À titre d'exemple, sur un échantillon de 123 pays, les femmes représentent 67 % de l'emploi dans le secteur sanitaire et social, contre 41 % de l'emploi total (16). Selon Claire Mathonsi, directrice exécutive de l'Association des femmes entrepreneures d'Afrique du Sud : « La marginalisation des femmes dans la plupart des secteurs traditionnels n'est pas juste un problème qu'il faut résoudre au niveau national, mais une tendance internationale inquiétante qu'il convient de corriger sans attendre » (17).

18. De plus, la création d'emplois pour les jeunes dans le secteur de la santé peut constituer un outil intéressant de lutte contre le chômage des jeunes. Comme l'a démontré l'OIT dans son rapport intitulé « *Tendances mondiales de l'emploi des jeunes 2015* », le chômage mondial des jeunes s'élevait à 13 % entre 2012 et 2014. Un pic a été enregistré en 2009, année où 76,6 millions de jeunes étaient sans emploi. Ce chiffre est ensuite descendu à 73,3 millions en 2014. Malgré cette lente amélioration, deux jeunes actifs sur cinq sont des chômeurs ou des travailleurs pauvres. Il n'est pas facile d'être jeune sur le marché du travail actuel. Le secteur de la santé pourrait constituer un instrument important d'aide à la productivité. Mais pour permettre aux jeunes d'évoluer vers de meilleurs emplois dans le secteur de la santé, l'éducation secondaire devra faire l'objet d'une attention toute particulière. Ainsi, il conviendra non seulement de s'assurer de l'acquisition des savoirs fondamentaux, mais également de la compréhension des compétences personnelles requises, de l'importance sociale du personnel de santé et de l'intérêt de la promotion des parcours d'apprentissage en tant que moyens

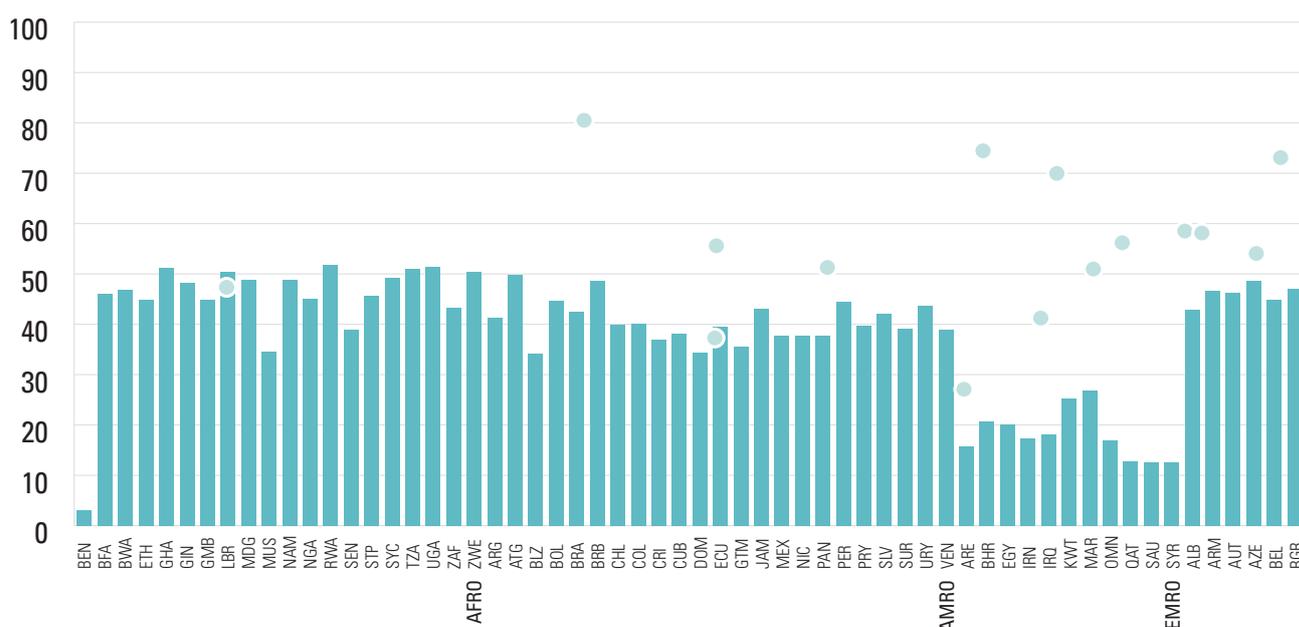
La croissance économique inclusive et le développement durable ont besoin des femmes sur le plan économique, social, politique et environnemental. C'est pourquoi elles doivent être valorisées, comptabilisées, dotées de moyens d'action et autonomisées.

Reconnaître, récompenser et préserver le travail des femmes dans le secteur de la santé

Le secteur sanitaire et social constitue une source d'emploi majeure pour les femmes. Dans de nombreux pays, la part des femmes employées dans ce secteur est plus élevée que la proportion de femmes dans l'ensemble de l'économie. Sur un échantillon de 123 pays, la moyenne (non pondérée) des femmes employées dans le secteur sanitaire et social s'élève à 67 %, contre 41 % de l'emploi total (voir figure ci-dessous).

La ségrégation professionnelle entre les femmes et les hommes est considérable, et les hiérarchies institutionnalisées pèsent au sein des activités professionnelles et entre elles, particulièrement en ce qui concerne les taux de rémunération, les parcours de carrière et le pouvoir décisionnel. Les professions en relation avec les services à la personne (allant des soins de santé à la garde d'enfants) présentent des inégalités de revenus, ainsi que des salaires inférieurs à ceux d'autres professions exigeant un niveau de compétence similaire (1, 2). Parmi les métiers de la santé, les agents de santé masculins gagnent généralement plus que leurs homologues féminins (3–8). De tous les différents secteurs étudiés aux États-Unis, le secteur des soins de santé a également été récemment identifié comme celui présentant les plus importants écarts de salaires entre les femmes et les hommes – qui ont été ajustés pour tenir compte de facteurs individuels et contextuels (9). En outre, les femmes sont sous-représentées aux postes de direction ainsi qu'au niveau de la prise de décision, au regard de la proportion de femmes employées dans le secteur de la santé (10). D'après une enquête de 2016 sur la législation de 173 pays, moins de la moitié des pays disposent de lois imposant explicitement un salaire égal pour un travail de valeur égale (41 %) ou interdisant la discrimination à l'embauche liée au sexe (40 %) (11).

Pourcentage de femmes employées dans le secteur sanitaire et social par rapport à l'emploi total, par région OMS, valeurs moyennes pour la période 2005-2014



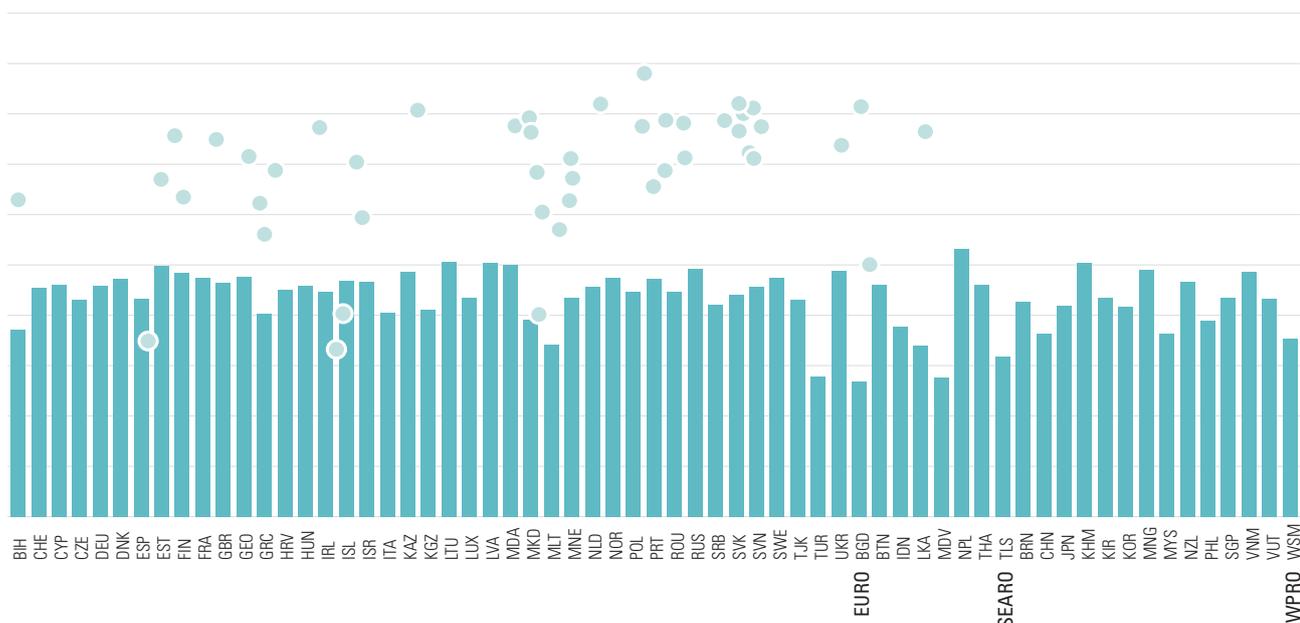
Source : ILOSTAT, Part des femmes dans l'emploi par l'activité économique (%)

Les préjugés sexistes créent des carences systémiques au niveau des systèmes de santé en limitant la productivité, la répartition, la motivation et la fidélisation des agents de santé féminins, soit une part importante du personnel de santé (12). Les systèmes de santé s'appuient fortement sur le travail informel et non rémunéré. Selon les estimations, la contribution des femmes aux systèmes de santé représenterait environ 5 % du PIB total, toutefois, près de la moitié de leur travail n'est ni rémunéré ni reconnu (13). Une étude menée auprès de soignants bénévoles répartis dans six pays africains a révélé que la majorité d'entre eux étaient des femmes (81 %), et que seulement 7 % recevaient une indemnité (14). Le Costa Rica, le Royaume-Uni et la Turquie, entre autres, ont reconnu la contribution importante des volontaires aux systèmes de santé en introduisant des réglementations qui prévoient une rémunération pour la prestation de soins et garantissent des protections liées à l'emploi (15).

Les violences et le harcèlement physiques et sexuels, ainsi que les attaques ciblées, qui sont de plus en plus fréquentes, constituent un risque important pour les agents de santé : un problème auquel les femmes, notamment celles qui travaillent dans le secteur informel, sont particulièrement vulnérables (16, 17).

Le secteur de la santé joue un rôle positif dans l'intégration des femmes sur le marché du travail. Il pourrait toutefois contribuer plus largement au développement durable en s'attaquant aux inégalités de salaires persistantes entre les sexes ainsi qu'en reconnaissant et en préservant intégralement le travail des femmes dans ce secteur.

Références à la page 59



**Six d'entre
elles méritent
une attention
particulière de
la part de la
Commission.**

alternatifs d'obtenir un travail décent. Une scolarité adéquate constitue une condition préalable essentielle à la mobilité sociale des jeunes et à la transformation de leurs perspectives de vie. Les estimations de l'UNESCO en matière d'éducation universelle sont donc très préoccupantes à cet égard, puisqu'il ne sera possible d'y parvenir qu'au début des années 2050 pour l'enseignement primaire, et à hauteur de 95 % à la fin des années 2080, pour le premier cycle de l'enseignement secondaire. Les pays à revenu faible et intermédiaire ne parviendront pas à l'éducation universelle dans l'enseignement secondaire du deuxième cycle au cours de ce siècle. Ces questions sont indissociables des problématiques d'emploi en santé et de croissance économique inclusive.

19. En résumé, l'emploi en santé constitue une nouvelle piste qu'il convient d'explorer en vue d'obtenir une croissance économique durable et inclusive. La pénurie de professionnels de santé liée aux besoins devrait dépasser les 18 millions d'ici 2030 ; elle est essentiellement concentrée dans les pays à revenu faible et intermédiaire (18). Plutôt que de considérer ce besoin de main-d'œuvre comme un coût nécessaire pour parvenir à la couverture sanitaire universelle, les meilleures données disponibles suggèrent qu'il peut s'agir d'un investissement judicieux dans la croissance économique inclusive future des pays. La santé et la croissance économique inclusive sont des objectifs synergiques, et non opposés.

20. Le groupe d'experts a recherché activement d'autres points de vue en lançant deux appels à contributions. Si la plupart des avis recueillis étaient pleinement favorables à l'investissement dans le personnel de santé pour réaliser la couverture sanitaire universelle, de nombreuses propositions présentées au groupe d'experts allaient également dans le sens d'un renforcement des liens entre santé, emploi en santé et richesse. Investir dans le personnel de santé se traduira par un accroissement de l'efficacité et de la productivité. Les bénéfices en termes de croissance économique seront particulièrement importants si les nouveaux emplois sont axés sur les programmes de santé communautaire, la prévention primaire et l'auto prise en charge des maladies chroniques, le plus souvent dans un contexte de pathologies physiques et mentales multiples. Ces investissements doivent être réalisés dans tous les pays et dans différentes catégories de personnel, notamment les nouveaux cadres de santé : médecins, mais également, infirmières et infirmiers, sages-femmes, agents de santé communautaire, pharmaciens, techniciens de laboratoire, gestionnaires de services de santé, prestataires de services sociaux et autres professionnels extérieurs au secteur de la santé, tels que les cadres, les spécialistes en technologies de l'information et les prestataires de services d'entretien et de restauration. Investir dans ces catégories de personnel peut permettre de réaliser des gains d'efficacité importants au niveau des systèmes de santé, démontrant, une fois encore, pourquoi les dépenses en personnel de santé ne doivent pas être considérées simplement comme une dépense courante. Il est principalement ressorti de nos consultations que les réformes et les politiques relatives au personnel et aux services de santé doivent faire l'objet d'une coordination et d'une intégration beaucoup plus étroites.

21. Les investissements en faveur de l'emploi en santé peuvent stimuler la croissance économique par le biais de différentes approches (figure 1). Six d'entre elles méritent une attention particulière de la part de la Commission :

- **Approche de la santé** : Cette approche possède deux composantes : le revenu total et l'activité. L'approche du revenu total reconnaît la valeur intrinsèque de la santé pour les personnes. Cette valeur intrinsèque apporte des avantages économiques en allongeant l'espérance de vie et en améliorant la qualité de vie. L'approche de l'activité désigne le renforcement de l'activité sur le marché du travail, et donc l'accroissement de la productivité économique et des avantages pour les familles et les fonctions sociales grâce à des conditions de santé optimales. Ces avantages sont des externalités positives du système de santé ; en d'autres termes, le système de santé ne vise pas à produire ces avantages, mais il le fait par ses effets collatéraux.

- **Approche du produit économique :** Le secteur de la santé crée de la valeur économique directe par ses effets sur l'ensemble de l'économie de la santé : augmentation du nombre d'emplois décents, renforcement des compétences grâce à l'éducation et à la formation, construction d'infrastructures et d'établissements, achat de fournitures et de technologies, et prestation de services de communication et de logistique. L'essor de l'économie de la santé signifie que le secteur de la santé joue un rôle de plus en plus important dans la croissance économique inclusive et, par conséquent, dans le développement.
- **Approche de la protection sociale :** Investir dans la création d'emplois décents dans le secteur de la santé participe à financer la protection sociale et, ainsi, à améliorer les régimes et les systèmes de protection sociale : couverture maladie, assurance invalidité, allocations chômage et retraite, tiers payant et prise en charge des dépenses de santé catastrophiques. À titre d'exemple, on estime que les paiements directs de santé font basculer 150 millions de personnes dans la pauvreté chaque année.
- **Approche de la cohésion sociale :** Les sociétés très inégalitaires sont également moins productives sur le plan économique (19). La stabilité politique que permettent les sociétés plus égalitaires est un prérequis important à la croissance économique. La fourniture d'une couverture sanitaire universelle est un élément indispensable pour parvenir à une société plus équitable, ainsi que pour offrir des emplois décents aux femmes, aux jeunes et aux plus pauvres.
- **Approche de l'innovation et de la diversification :** Plusieurs pays ont investi dans l'économie de la santé afin de faire progresser la croissance économique, par exemple en créant des services médicaux concurrentiels à l'échelle internationale qui favorisent l'orientation des patients vers l'étranger.

FIGURE 1

Approches de croissance économique



- **Approche de la sécurité humaine** : Les systèmes de santé médiocres, insuffisamment dotés en personnel de santé, affichent de mauvais résultats en matière de surveillance, de prévention et de contrôle des épidémies de maladies infectieuses. Ces épidémies peuvent rapidement se transformer en pandémies qui, en plus de menacer la vie de populations importantes au sein des pays touchés, risquent de nuire gravement à l'économie de ces derniers du fait de leurs répercussions sur le commerce, le tourisme et l'investissement. Augmenter le nombre d'agents de santé et améliorer leurs compétences permettra d'isoler les économies émergentes de tels risques sanitaires. Ainsi, investir dans la surveillance et la lutte contre les épidémies permet aux pays de renforcer leur capacité à protéger leur population (et donc leur économie) contre les maladies infectieuses et les autres dangers (comme

les épidémies à virus Ebola et Zika, mais également les épidémies de maladies non transmissibles). La flambée d'Ebola qui a touché l'Afrique occidentale a eu des effets considérables sur le produit économique, la croissance, le commerce, le tourisme et la production alimentaire (20). Investir dans le personnel et l'économie de la santé permet de créer des systèmes de santé résilients, indispensables pour protéger les pays des pandémies. Le personnel de santé constitue le capital humain de la sécurité humaine. La garantie de parvenir à la sécurité sanitaire individuelle et mondiale doit donc être placée au cœur des priorités d'investissement dans le personnel de santé, et ce, en vue de la paix, du développement et de la croissance économique.

22. Comme le soulignent les 17 objectifs de développement durable, l'investissement dans les ressources humaines pour la santé est un fondement essentiel du développement durable. La Commission a établi un lien explicite entre l'ODD 3 (santé) et l'ODD 8 (travail décent et croissance économique inclusive). Mais d'autres liens et avantages existent avec l'ODD 1 (réduction de la pauvreté grâce aux socles de protection sociale), l'ODD 4 (éducation), l'ODD 5 (égalité des sexes), l'ODD 10 (inégalités), l'ODD 16 (justice sociale) et l'ODD 17 (partenariats multisectoriels). Ces relations sont importantes, car elles offrent un ensemble d'indicateurs élargi permettant de suivre les effets de l'investissement dans le personnel de santé (21).

23. Nous insistons sur le fait que l'économie de la santé n'est pas une entité statique. Elle subit des changements permanents et importants.

Comme l'a récemment souligné un rapport du Forum économique mondial 2016 sur l'avenir des emplois, la santé est l'un des secteurs les plus dynamiques de l'économie à ce jour (22). Malgré les bouleversements survenus dans l'économie mondiale, la santé est un secteur en croissance qui offre des niveaux de sécurité de l'emploi et de rémunération à la hausse.

24. Il est aujourd'hui urgent de rejeter l'idée qui consiste à considérer la santé et le personnel de santé comme de simples dépenses à maîtriser. Dans la mesure où les ressources sont utilisées judicieusement, investir dans la santé se révèle productif. Outre les arguments fondés sur le droit à la santé et à l'équité en santé, nous devons également voir dans le personnel de santé la possibilité de créer des emplois décents et d'accélérer le développement durable sur le plan social et économique, des bénéfices d'une importance capitale pour nos sociétés. L'emploi en santé procure d'autres avantages. Il peut par exemple permettre d'atténuer le ralentissement économique et favoriser la croissance indépendamment du cycle conjoncturel. Il peut également assurer la résilience en période de crise. Enfin, l'augmentation du nombre d'emplois dans le secteur de la santé permet d'accroître la productivité des autres secteurs et améliore l'efficacité des travailleurs des autres secteurs.



Investir dans le personnel de santé pour favoriser la croissance économique inclusive

25. La Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030, adoptée par la 69^e Assemblée mondiale de la Santé en mai 2016, vise à accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle en assurant l'accès universel aux agents de santé. Les principales cibles mondiales consistent à créer, pourvoir et entretenir, d'ici 2030, dix millions d'emplois supplémentaires à temps plein dans les secteurs de la santé et des services sociaux, dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

En outre, l'OMS intervient également dans les domaines suivants : réduction des inégalités en matière d'accès aux agents de santé, réduction des taux d'abandon du personnel de santé en cours de formation, mise en œuvre de son Code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé afin de réduire la dépendance à l'égard des professionnels de santé formés à l'étranger, amélioration de l'efficacité de l'aide à la formation et à l'emploi, et renforcement des droits et responsabilités des agents de santé migrants.

26. Malgré les progrès accomplis, il est toujours urgent de renforcer la volonté politique et de concrétiser les engagements qui ont été pris en mobilisant les ressources nécessaires au personnel de santé (et à sa transformation). Le manque d'investissement chronique dans la création d'emplois et dans la formation adéquate des professionnels de santé nuit à la qualité et à la pérennité des systèmes de santé. Ces insuffisances sont aggravées par une inadéquation entre les besoins de la population et l'offre de main-d'œuvre en santé au sein des pays et entre eux. En clair, lorsque des agents de santé sont disponibles, ces derniers possèdent trop souvent des spécialités et des compétences inadaptées et se trouvent au mauvais endroit au mauvais moment pour pouvoir changer la vie des communautés où ils exercent.

27. Les dernières estimations du nombre d'agents de santé proviennent de l'OMS (tableau 1) (23). En 2013, le nombre de professionnels de santé dans le monde était estimé à 43,5 millions : 9,8 millions de médecins, 20,7 millions d'infirmiers et de sages-femmes et 13 millions d'autres professionnels de santé. D'ici 2030, ce chiffre devrait atteindre 67,3 millions (soit une hausse de 55 %) : 13,8 millions de médecins, 32,3 millions d'infirmiers et de sages-femmes et 21,2 millions d'autres professionnels de santé. Toutefois, ces chiffres ne fournissent aucune indication concernant les besoins. Ils comportent également une dimension sexospécifique particulièrement importante. Dans de nombreux pays, la part des femmes dans les emplois liés à la santé est plus élevée que

TABLEAU 1

Réserve de main-d'œuvre dans le secteur de la santé (en millions), 2013^a et 2030^b

RÉGION DE L'OMS	MÉDECINS		INFIRMIERS/ SAGES-FEMMES		AUTRES CADRES ^c		NOMBRE TOTAL D'AGENTS DE SANTÉ		Évolution en %
	2013	2030	2013	2030	2013	2030	2013	2030	
	N	N	N	N	N	N	N	N	
Afrique	0,2	0,5	1,0	1,5	0,6	1,0	1,9	3,1	63 %
Amériques	2,0	2,4	4,7	8,2	2,6	3,4	9,4	14,0	50 %
Méditerranée orientale	0,8	1,3	1,3	1,8	1,0	2,2	3,1	5,3	72 %
Europe	2,9	3,5	6,2	8,5	3,6	4,8	12,7	16,8	32 %
Asie du Sud-Est	1,1	1,9	2,9	5,2	2,2	3,7	6,2	10,9	75 %
Pacifique occidental	2,7	4,2	4,6	7,0	3,0	6,1	10,3	17,3	68 %
Total général	9,8	13,8	20,7	32,3	13,0	21,2	43,5	67,3	55 %

a Observatoire mondial de la santé de l'OMS.

b Projection.

c Renvoie aux sept autres grandes catégories du personnel de santé définies par la Base de données OMS sur les statistiques relatives aux personnels de santé, à savoir les dentistes, les pharmaciens, les techniciens de laboratoire, les spécialistes en santé publique et environnementale, les agents de santé communautaire et guérisseurs, les cadres et auxiliaires de santé, et toutes les autres catégories professionnelles du secteur de la santé. S'agissant de la catégorie « Autres cadres », un coefficient d'ajustement a été défini à partir des valeurs des pays pour lesquels les données étaient disponibles.

Les valeurs ayant été arrondies au 100 000^e près, leur somme peut différer légèrement des totaux indiqués.

Source: Organisation mondiale de la Santé (22).

la proportion de femmes dans l'ensemble de l'économie. D'après les données recueillies, sur un échantillon de 123 pays, les femmes représentent 67 % de l'emploi dans le secteur sanitaire et social, contre 41 % de l'emploi total. En outre, les systèmes de santé s'appuient fortement sur le travail informel et non rémunéré, une charge qui incombe de manière disproportionnée aux femmes et aux jeunes filles du fait de la répartition inégale des responsabilités familiales dans les foyers et les communautés. Les préjugés sexistes se retrouvent également dans l'emploi rémunéré, puisque les agents de santé masculins gagnent souvent plus que leurs homologues de sexe féminin. En outre, les femmes sont sous-représentées aux postes de direction. Si les femmes sont actives dans le secteur de la santé, ce dernier peut et doit contribuer plus largement au développement durable en s'attaquant aux problèmes que présente le travail non rémunéré et rémunéré des femmes et en valorisant ce dernier.

28. Compte tenu des charges élevées de maladies infectieuses et non transmissibles et des besoins existants en matière de santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile, l'OMS a recalculé le seuil minimal de professionnels de santé dans le cadre des objectifs de développement durable. La densité médiane est donc de 4,45 médecins/infirmières et infirmiers/sages-femmes pour 1 000 habitants. Cette densité a servi à déterminer les besoins en personnel de santé à l'horizon 2030 (tableau 2). La pénurie de main-d'œuvre dans le secteur de la santé est importante : il manque 17,4 millions de professionnels, dont 2,6 millions de médecins et 9 millions d'infirmières et infirmiers. Les besoins les plus pressants ont été observés en Afrique (où il manque 4,2 millions d'agents de santé) et en Asie du Sud-Est (où il manque 6,9 millions d'agents de santé). D'après les tendances actuelles, il manquera toujours 14 millions de professionnels de santé en 2030. Si les besoins et la demande de personnel de santé sont élevés (80 millions au total d'ici 2030), les agents de santé ne seront vraisemblablement pas formés ni présents dans les régions qui en ont le plus besoin.

Estimation des pénuries de personnel de santé liées aux besoins (en millions) dans les pays en dessous du seuil de l'index des ODD, par région, 2013 et 2030

RÉGION DE L'OMS	2013				2030				Évolution en %
	Médecins	Infirmiers/sages-femmes	Autres cadres	Total	Médecins	Infirmiers/sages-femmes	Autres cadres	Total	
Afrique	0,9	1,8	1,5	4,2	1,1	2,8	2,2	6,1	45 %
Amériques	0,0	0,5	0,2	0,8	0,1	0,5	0,1	0,6	-17 %
Méditerranée orientale	0,2	0,9	0,6	1,7	0,2	1,2	0,3	1,7	-1 %
Europe	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	-33 %
Asie du Sud-Est	1,3	3,2	2,5	6,9	1,0	1,9	1,9	4,7	-32 %
Pacifique occidentale	0,1	2,6	1,1	3,7	0,0	1,2	0,1	1,4	-64 %
Total général	2,6	9,0	5,9	17,4	2,3	7,6	4,6	14,5	-17 %

Les valeurs ayant été arrondies au 100 000^e près, leur somme peut différer légèrement des totaux indiqués.
Source: Organisation mondiale de la Santé (23).

29. Ces chiffres indiquent clairement qu'il est urgent de remédier aux insuffisances des systèmes de santé dans lesquels l'offre en personnel de santé ne correspond pas aux besoins ni à la demande. On observe notamment une pénurie de main-d'œuvre qualifiée dans le domaine des soins primaires au sein des régions où la charge de morbidité se caractérise de plus en plus par la présence de patients atteints de pathologies multiples et chroniques. Il est essentiel de mettre l'accent sur la promotion et la protection de la santé en vue d'étendre la portée et l'impact des services de prévention primaire. Les compétences requises des futurs professionnels de santé seront bien différentes de celles demandées autrefois. L'accent sera mis sur l'esprit critique, en reconnaissant la nécessité d'un apprentissage tout au long de la vie, de la communication, de la technologie et de la gestion. Selon l'OMS et la Banque mondiale, près de la moitié de la population mondiale n'a pas accès à des services de santé de qualité en raison de la pénurie de personnel de santé. Les externalités négatives qui résultent des maladies et des déficiences non traitées auront des conséquences économiques directes et néfastes sur les pays concernés.

30. Quelles sont les mesures à prendre pour corriger ces déséquilibres et exploiter tout le potentiel économique des investissements dans la santé ? **En premier lieu, il convient de combler les lacunes existantes en matière de planification et d'ambition en investissant dans les compétences d'un nombre croissant d'agents de santé, notamment ceux qui interviennent dans le domaine des soins primaires et préventifs, et de professionnels issus d'autres secteurs.** Dans la mesure où la demande est supérieure à l'offre, aggravant encore la pénurie de personnel de santé, les gouvernements doivent éliminer les obstacles à une formation plus poussée et de meilleure qualité. Il ne s'agit pas simplement d'investir dans le personnel de santé à l'échelle mondiale. Il s'agit également d'améliorer la formation et la composition des effectifs de santé (médecins, infirmières et infirmiers, sages-femmes et agents de santé communautaires, entre autres), afin de répondre aux besoins de santé des communautés. Cette démarche implique d'exploiter les technologies, de se concentrer sur la répartition et la qualité des professionnels de santé (en réformant les programmes d'enseignement et l'accréditation), ainsi que sur leur quantité, et de réfléchir sérieusement aux mécanismes qui permettront de financer l'augmentation des effectifs (par exemple en équilibrant les

rôles des secteurs public et privé). Cette augmentation nécessite de prendre en compte les professionnels issus des autres secteurs, dont le travail est indispensable au soutien des agents de santé. Si leur nombre est insuffisant, les objectifs fixés ne pourront être atteints. On estime que les professionnels issus d'autres secteurs représentent 60 % du total des emplois dans le secteur de la santé à l'échelle mondiale. Selon des estimations préliminaires, l'OIT a calculé que chaque agent de santé formé dans un domaine médical est soutenu par 2,3 professionnels issus d'autres secteurs. En outre, l'OIT estime que 57 millions d'emplois plus dignes de professionnels extérieurs au secteur de la santé sont nécessaires pour pouvoir réaliser la couverture sanitaire universelle d'ici 2030.

31. Le centenaire du Rapport Flexner qui, avec les rapports Welch-Rose (sur la santé publique, 1915) et Goldmark (sur l'enseignement infirmier, 1923) a posé des fondements scientifiques importants dans le domaine de l'enseignement de la médecine, a offert une occasion unique de passer en revue les difficultés relatives à la formation des professionnels de santé au XXI^e siècle. Une commission mondiale indépendante dirigée par Julio Frenk et Lincoln Chen a conclu qu'à l'heure actuelle, « tout ne va pas bien » en matière de formation des professionnels de santé (24), évoquant « des lacunes et des inégalités criantes », ainsi que « notre échec collectif » à partager les progrès spectaculaires accomplis dans le domaine de la médecine. La critique formulée par la commission dans son rapport est virulente :

La formation professionnelle n'a pas suivi le rythme auquel se sont présentés les enjeux, essentiellement à cause de programmes d'enseignement fragmentés, dépassés et figés qui forment des diplômés mal préparés. Les problèmes sont systémiques : inadéquation des compétences avec les besoins des patients et des populations, travail en équipe insuffisant, stratification par sexe persistante du statut professionnel, approche technique limitée ignorant le contexte général, rendez-vous épisodiques au lieu d'une prise en charge continue, orientation prédominante en milieu hospitalier aux dépens des soins primaires, déséquilibres quantitatifs et qualitatifs sur le marché du travail, et leadership faible ne permettant pas l'amélioration des performances des systèmes de santé.

La commission affirme en outre que les systèmes de santé et de formation doivent être davantage pensés comme un ensemble intégré, en reliant l'éducation primaire et secondaire des jeunes à la santé, au bien-être et à l'économie futurs des pays. (Voir la figure 2) (24).

32. La Commission Frenk/Chen a estimé que moins de 2 % des dépenses de santé mondiales étaient consacrées à la formation des professionnels de santé, un pourcentage « dérisoire pour un secteur à forte intensité de main-d'œuvre et axé sur les aptitudes ». Pire encore, il existe très peu de données ou d'études sur lesquelles s'appuyer pour orienter les réformes. Il est néanmoins possible d'identifier trois générations de réformes : la réforme informationnelle (un programme d'enseignement scientifique axé sur les savoirs et les compétences et destiné à former des spécialistes), la réforme formative (un apprentissage par problèmes sociabilisant les étudiants autour de valeurs clés et destiné à former des professionnels) et la réforme transformative (adaptation des compétences en fonction du contexte, utilisation de connaissances globales et développement des capacités de direction ; vise l'amélioration des performances des systèmes de santé et la formation d'agents de changement éclairés). (Voir la figure 3) (24).

La commission a proposé une perspective originale :

Tous les professionnels de santé de chaque pays doivent être formés à mobiliser leurs connaissances, à exercer leur raisonnement critique et à se conduire avec éthique afin de pouvoir participer aux systèmes de santé axés sur les patients et les populations

en tant que membres d'équipes aptes à intervenir localement et interconnectées à l'échelle mondiale. L'objectif ultime de cette approche est d'assurer la couverture sanitaire universelle des services complets de haute qualité qui sont essentiels à la progression vers l'équité en santé au sein des pays et entre eux.

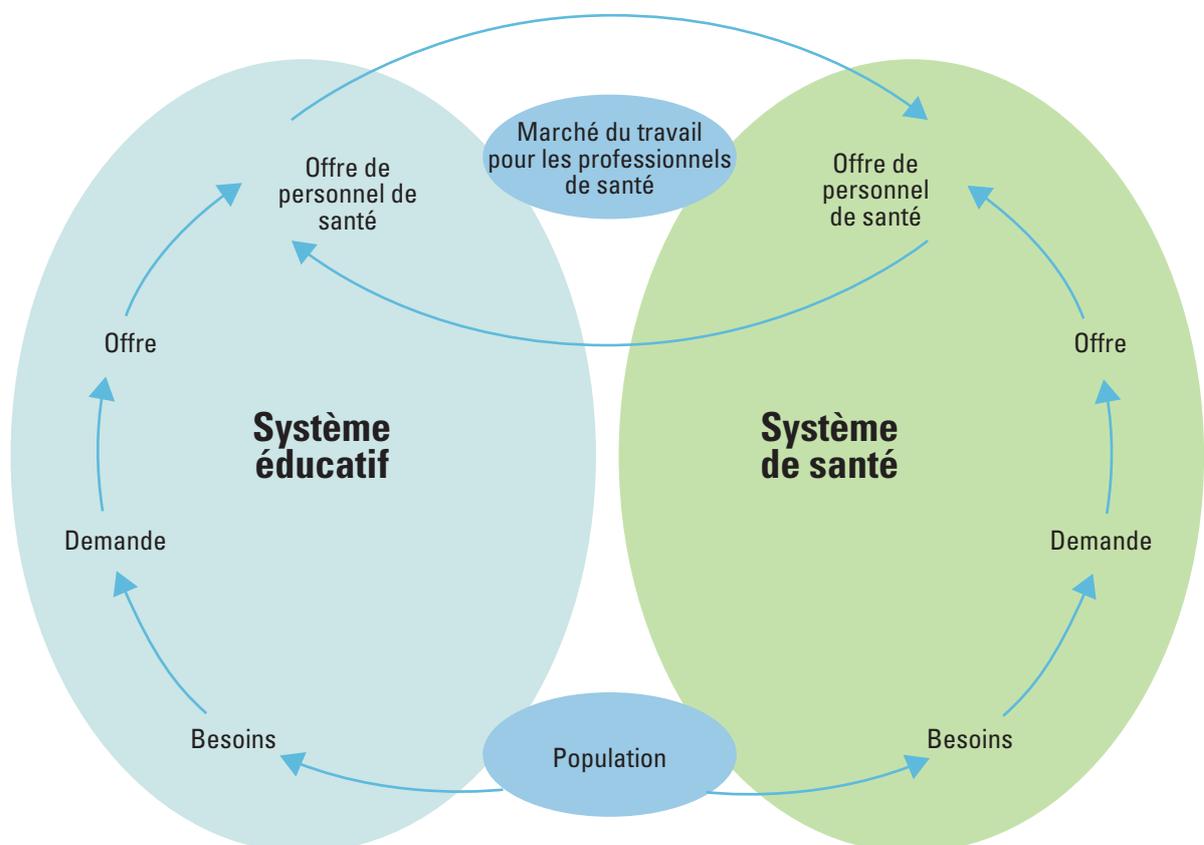
33. La concrétisation de cette perspective nécessite des réformes pédagogiques et institutionnelles, guidées par deux résultats : l'apprentissage transformatif et l'interdépendance dans l'éducation.

L'apprentissage transformatif résulte des réformes pédagogiques et implique trois transitions fondamentales :

- d'un apprentissage fondé sur les faits vers un apprentissage axé sur la recherche, l'analyse et la synthèse des informations nécessaires à la prise de décisions ;
- des qualifications professionnelles vers des compétences de base permettant un travail d'équipe efficace au sein du système de santé ;
- de l'adoption passive de modèles d'enseignement vers la création de systèmes adaptés aux besoins locaux.

FIGURE 2

Cadre de systèmes intégrés pour la formation des professionnels de santé



Reproduit avec la permission de Frenk *et al.* (24)

L'interdépendance résulte des réformes institutionnelles et met l'accent sur l'interaction. Elle implique également trois transitions fondamentales :

- d'une éducation isolée vers des parcours d'apprentissage reliés aux systèmes de santé ;
- d'établissements uniques vers des partenariats et des réseaux ;
- de préoccupations internes vers une approche mondialiste des contenus et des ressources de formation.

34. La Commission Frenk/Chen a formulé dix recommandations à des fins de réforme pédagogique et institutionnelle.

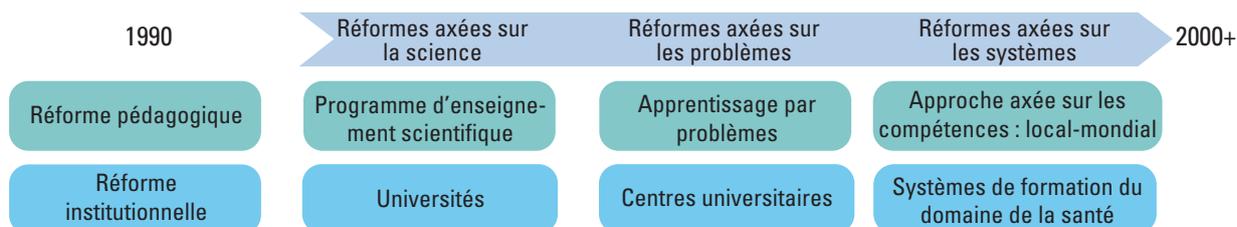
Réforme pédagogique

- Adopter une approche de la conception pédagogique axée sur les compétences. (Voir la figure 4) (24).
- Adapter ces compétences à l'évolution des conditions locales en s'appuyant sur des ressources mondiales.
- Promouvoir la formation inter et transprofessionnelle, qui permet d'éviter le cloisonnement professionnel tout en améliorant les relations collaboratives et non hiérarchiques au sein d'équipes efficaces. (Voir la figure 5) (24).
- Exploiter la puissance des technologies de l'information en matière d'apprentissage.
- Renforcer les ressources pédagogiques, en veillant plus particulièrement au perfectionnement des enseignants.
- Promouvoir un nouveau professionnalisme, qui utilise les compétences comme des critères objectifs de classification des professionnels de santé et développe un ensemble de valeurs communes autour de la responsabilité sociale.

À ces recommandations peuvent également s'ajouter l'importance de promouvoir différents parcours d'apprentissage, la mise en correspondance des programmes d'enseignement avec les stages professionnels, la reconnaissance de la valeur des acquis, de la certification et de l'orientation professionnelle, ainsi que d'autres stratégies innovantes visant à encourager l'apprentissage tout au long de la vie.

FIGURE 3

Trois générations de réformes dans la formation des professionnels de santé

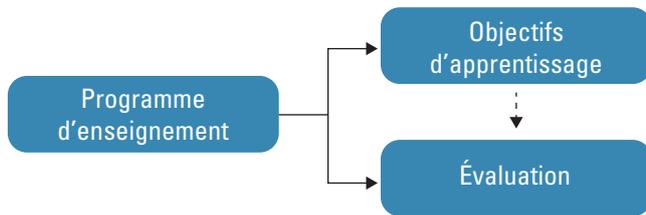


Reproduit avec la permission de Frenk *et al.* (24)

FIGURE 4

Formation des professionnels de santé axée sur les compétences

Modèle traditionnel



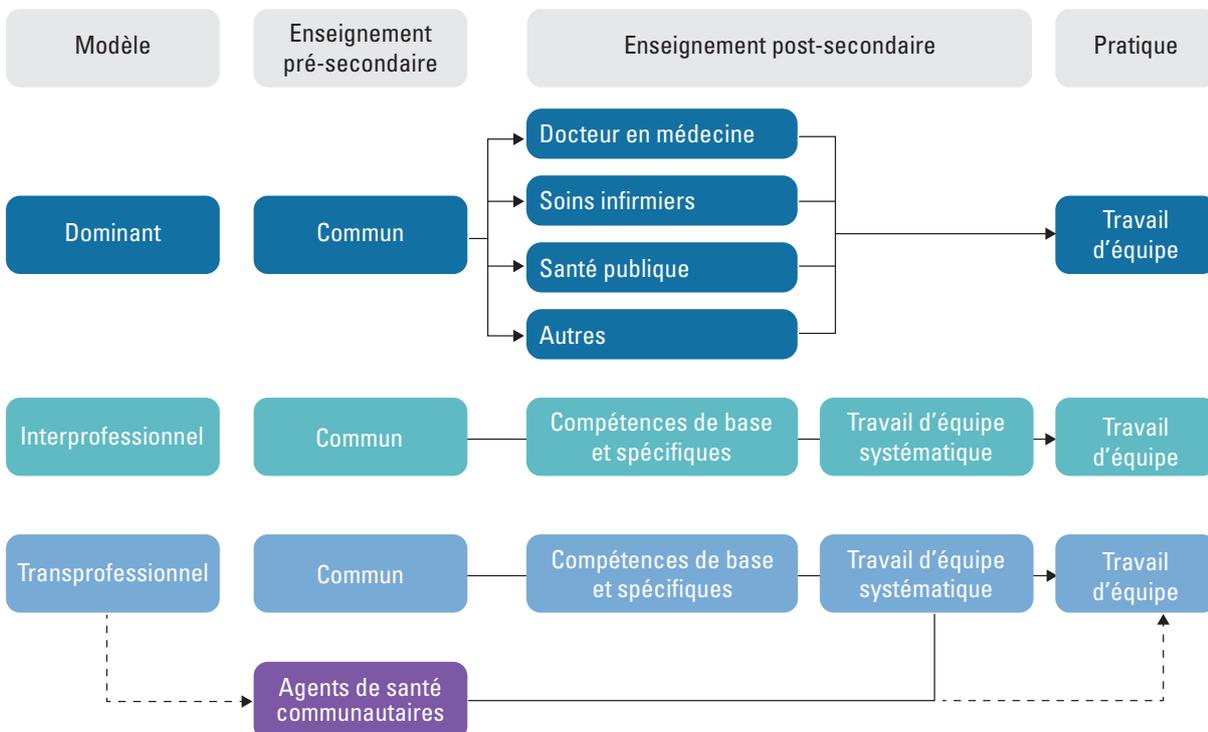
Modèle d'enseignement axé sur les compétences



Reproduit avec la permission de Frenk *et al.* (24)

FIGURE 5

Modèles de formation inter et transprofessionnelle



Reproduit avec la permission de Frenk *et al.* (24)

Réforme institutionnelle

- Établir dans chaque pays des mécanismes communs d'éducation et de planification sanitaire prenant en compte des aspects tels que l'origine sociale, la répartition par âge et la composition par sexe des effectifs de santé.
- Étendre les centres universitaires aux systèmes universitaires en intégrant les réseaux d'établissements de soins primaires et les hôpitaux.
- Établir des partenariats, des réseaux, des alliances, des consortiums, des mécanismes de gouvernance multipartites ainsi que des dispositifs conjoints de planification et de responsabilisation à l'échelle mondiale.
- Favoriser une culture de l'analyse critique.

35. Ces réformes ne pourront être menées sans l'adoption de ces quatre mesures d'appui :

- **Leadership** : à la fois de la part des communautés universitaires et professionnelles et des dirigeants politiques ;
- **Financement** : investissements significatifs dans la formation des professionnels de santé à partir de toutes les ressources disponibles, publiques ou privées ;
- **Gouvernance** : afin d'optimiser les résultats à chaque niveau d'investissement ;
- **Évaluation** : afin de constituer une base mondiale de connaissances fiables pour l'apprentissage en commun, en se concentrant sur la qualité et les compétences.

FIGURE 6

Recommandations de la Commission Frenk/Chen en matière de réforme et de mesures d'appui

REFORMS

Réforme pédagogique

- Approche axée sur les compétences
- Formation inter et transprofessionnelle
- Compétences technologiques
- Local-mondial
- Ressources pédagogiques
- Nouveau professionnalisme

Réforme institutionnelle

- Planification commune
- Systèmes universitaires
- Réseaux mondiaux
- Culture de l'analyse critique

MESURES D'APPUI

- Mobiliser le leadership
- Accroître le financement
- Harmoniser les pratiques d'accréditation
- Renforcer l'apprentissage au niveau mondial

OBJECTIF

Formation professionnelle interdépendante et propice à favoriser la transformation pour l'équité en santé

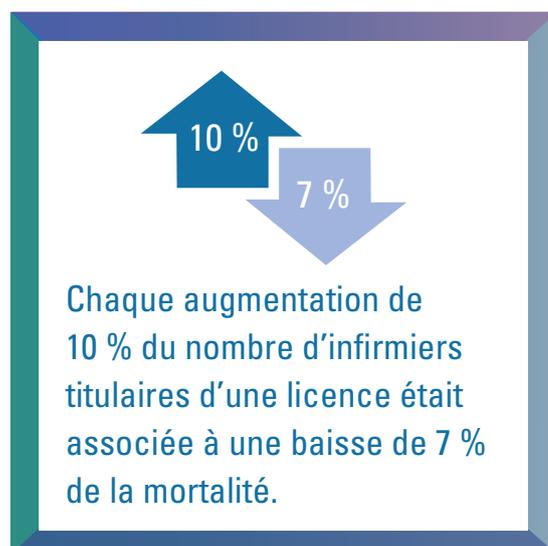
Reproduit avec la permission de Frenk *et al.* (24)

Ces réformes visent à réaliser la couverture sanitaire universelle, ce qui implique de fournir des services de santé publique (promotion et protection de la santé et services de soins de santé) et de s'attaquer à l'ensemble des déterminants sociaux de la santé. (Voir la figure 6) (24).

36. Les soins infirmiers et obstétriques sont particulièrement sous-estimés dans l'économie de la santé. Les soins infirmiers jouent un rôle central dans la sécurité et l'efficacité des soins médicaux. Un personnel infirmier de haute qualité permet de garantir aux patients de meilleurs résultats (25–27). En effet, une grande étude européenne a fait apparaître qu'un personnel infirmier mieux formé (mesuré comme la proportion d'infirmières et infirmiers titulaires d'une licence) était associé à une mortalité des patients nettement inférieure (28). Chaque augmentation de 10 % du nombre d'infirmiers titulaires d'une licence était associée à une baisse de 7 % de la mortalité. Les patients pris en charge par une équipe infirmière composée à 60 % de diplômés et dont chaque membre ne suivait pas plus de six patients à la fois présentaient un taux de mortalité inférieur de 30 % à celui des patients hospitalisés dans des établissements où seuls 30 % des infirmières et infirmiers étaient diplômés et où chacun d'entre eux s'occupait de huit patients en moyenne. Les soins obstétriques sont également associés à une utilisation plus efficace des ressources et à de meilleurs résultats pour les femmes et les nouveau-nés. Pour obtenir de tels résultats, les sages-femmes doivent être formées, agréées et encadrées. Elles doivent en outre être pleinement intégrées au système de santé, au sein d'équipes efficaces dotées de mécanismes d'orientation performants et de ressources adéquates (29). Si l'apport des services infirmiers et obstétriques aux approches reliant la santé et la croissance économique, n'est plus à démontrer, le défi reste de taille.

Le Conseil international des infirmières a mené une consultation afin d'alimenter le travail du groupe d'experts. La réunion a rassemblé des représentants de 47 associations nationales d'infirmières. Les discussions ont fait ressortir les pressions liées à la charge de travail et la mauvaise qualité des environnements de travail, deux problèmes qu'il est essentiel de résoudre si l'on veut réaliser la couverture sanitaire universelle et obtenir les avantages économiques qui en découlent. Les données indiquent également qu'il est possible de déployer en priorité les équipes interprofessionnelles de soins primaires afin d'éviter les écueils et l'augmentation des coûts liés aux soins spécialisés et tertiaires. Cette stratégie nécessite d'exploiter le potentiel des agents de santé communautaires qui interviennent au sein de ces équipes.

37. Une autre question concerne le rôle du secteur privé dans la formation des professionnels de santé. L'augmentation du nombre d'acteurs privés non réglementés dans le domaine de l'enseignement médical et infirmier a été identifiée comme une menace importante à la couverture sanitaire universelle de haute qualité (30). En Inde, les écoles de médecine ont souvent été créées sous la pression politique. Mohan Rao *et al.* ont ainsi conclu que « la pénurie de médecins est en partie due à l'incapacité du Conseil indien de l'Ordre des médecins à fixer des normes et à les contrôler ». Un grand nombre de ces établissements privés possèdent des installations totalement inadaptées, manquent de professeurs qualifiés et dispensent un enseignement de mauvaise qualité. Ils ne sont même pas répartis uniformément sur le territoire. En outre, le coût des écoles de médecine privées est élevé. De fait, la formation médicale privée est devenue un « commerce lucratif ». Les diplômés de ces écoles sont rarement attirés par le secteur public, réduisant encore les chances de parvenir à la couverture sanitaire universelle. Le Brésil connaît également un essor important de la formation médicale privée (31).



En effet, le secteur privé forme désormais plus de la moitié des étudiants en médecine du pays, ce qui suscite un certain nombre d'inquiétudes quant à la qualité et l'équité des soins de santé. Beaucoup de ces préoccupations concernent également, voire d'autant plus, l'enseignement infirmier, puisque les écoles d'infirmières ont souvent été davantage négligées que les écoles de médecine. À titre d'exemple, en Inde, au Kenya, en Afrique du Sud et en Thaïlande, le secteur privé joue un rôle croissant dans la formation des infirmières et infirmiers (32). Là encore, les préoccupations sont grandes quant à la qualité du personnel infirmier qui sort de ces écoles privées. Comme c'est le cas pour les médecins, des stratégies doivent être mises en place afin de s'assurer que la formation des infirmières et infirmiers correspond aux besoins en services de leur communauté. D'après ce qu'il ressort des informations reçues par le groupe d'experts lors de ses consultations publiques, le fait que la réglementation soit souvent inadaptée pour préserver et améliorer la qualité de la formation des professionnels de santé suscite une grande inquiétude.

38. L'un des principaux enseignements que l'on peut tirer des différents dispositifs publics ou privés de formation des professionnels de santé est que les forces du marché jouent un rôle important mais négligé dans la conception de l'offre de formation des agents de santé (33). Trop souvent, les personnes chargées d'orienter l'évolution des systèmes de santé font peu de cas de ces forces de marché. Par exemple, les politiques visant à investir dans la formation de praticiens en soins de santé primaires échoueront si elles ne s'accompagnent pas d'incitations au maintien en poste et au perfectionnement. Affecter des professionnels des soins primaires à des postes peu rémunérateurs, dans des environnements de travail médiocres, n'enverra pas les bons signaux de marché et ne jouera pas en faveur d'une politique donnant la priorité aux soins de santé primaires. Dans leur analyse portant sur la formation et la carrière des professionnels de santé d'un point de vue économique, Barbara McPake et ses collègues ont pointé les défaillances du système public et du marché, et en ont tiré quatre conclusions majeures :

- Les incitations économiques sont indispensables à la conception de la formation des professionnels de santé.
- La plupart des pays gèrent mal ces incitations, d'où une main-d'œuvre trop spécialisée qui sape les efforts déployés pour bâtir un système de soins de santé primaire efficace et de haute qualité.
- Il est possible d'accroître l'efficacité et l'efficience des investissements publics dans la formation des professionnels de santé.
- Bien que la demande de professionnels de santé qualifiés n'ait jamais été aussi importante, les données indiquent que la libéralisation du marché de la formation doit inciter à « la plus grande prudence lorsque le recours au secteur privé est encouragé pour combler les lacunes du secteur public ».

39. La Commission Frenk/Chen a appelé à un mouvement social d'envergure mondiale afin de promouvoir sa vision et ses recommandations. Depuis la publication de son rapport, en 2010, les conclusions rendues par la commission ont été appuyées, complétées et affinées à plusieurs reprises. Il est possible de parvenir à l'accès universel aux soins primaires à condition de former et de déployer un large éventail de professionnels des soins de santé primaires, à savoir non seulement des médecins, mais également, par exemple, des cliniciens ayant reçu une formation médicale. Accroître le nombre de professionnels de santé qualifiés sans résoudre les problèmes de répartition des effectifs n'aura que peu d'effet. Les établissements publics et privés d'enseignement médical et infirmier doivent porter une attention accrue à la responsabilité sociale qui leur incombe. À ce titre, ils doivent s'attacher à recruter des étudiants issus des communautés

Comme c'est le cas pour les médecins, des stratégies doivent être mises en place afin de s'assurer que la formation des infirmières et infirmiers correspond aux besoins en services de leur communauté.

insuffisamment desservies afin de résoudre les inégalités et de répondre aux priorités sanitaires locales. Il est essentiel de constituer un réservoir d'agents de santé en milieu rural afin de réguler le flux de professionnels de santé en formation et en poste dans les zones rurales et insuffisamment desservies. La représentation des personnels de santé dans les instances politiques et réglementaires doit être équilibrée par une représentation publique, afin de garantir que les intérêts professionnels ne sont pas dominants. Par ailleurs, la formation des professionnels de santé en milieu rural et communautaire doit être renforcée. L'investissement privé dans la formation des professionnels de santé doit être encouragé sous réserve d'être solidement et efficacement réglementé. Le gouvernement doit veiller à la répartition équitable du personnel de santé dans les zones insuffisamment desservies, un rôle jusqu'alors négligé. Tous les pays, mais particulièrement ceux membres de l'OCDE, doivent former un nombre suffisant de professionnels de santé et assurer une composition optimale de leurs effectifs afin de répondre à leurs propres besoins sans avoir à compter sur la formation ou les ressources d'autres pays.

40. En second lieu, il convient d'offrir davantage de possibilités d'emploi à ce stock élargi d'agents de santé en vue de réaliser l'objectif de couverture sanitaire universelle. L'augmentation des possibilités d'emploi, pour les agents de santé comme pour les professionnels issus d'autres secteurs dont l'activité consiste à fournir des services de soins de santé, nécessite de créer un vivier de compétences et d'emplois suffisant pour pouvoir répondre aux besoins des communautés urbaines et rurales, afin de garantir à tous l'accès à des soins de haute qualité et leur disponibilité. L'OMS a calculé que la densité médiane de professionnels de santé (médecins, infirmières et infirmiers et/ou sages-femmes) requise pour faire face aux pénuries de personnel liées aux besoins d'ici 2030 est de 4,45 pour 1 000 habitants. D'autres mesures seront nécessaires pour favoriser l'emploi dans les zones rurales et les autres communautés insuffisamment desservies. Mais il ne s'agit pas simplement de recruter plus de professionnels de santé. Nous envisageons un avenir où la demande d'emplois décents dans le secteur de la santé sera croissante. Les pays doivent donc être prêts à saisir cette opportunité. Pour l'heure, le manque de compétences pour faire face aux besoins à venir constitue un obstacle majeur.

41. Les opportunités d'emploi doivent reposer sur le principe du travail décent : favoriser la création d'emplois, garantir le respect des droits au travail, assurer la protection sociale et mettre en place un dialogue social. De mauvaises conditions de travail représentent un frein considérable au recrutement et au maintien en poste des professionnels de santé. L'investissement dans le personnel de santé ne pourra améliorer la prestation des services de santé et, par conséquent, la croissance économique inclusive, que s'il est dûment tenu compte des conditions de travail. Les principaux enjeux sont les suivants :

- flexibilité du temps de travail, égalité des chances et des salaires, mise en place de plans de carrière, et reconnaissance et indemnisation des prestations de soins non rémunérées, essentiellement assurées par les femmes en raison de la pénurie de main-d'œuvre qualifiée dans le secteur formel ;
- insuffisance des salaires et des avantages ;
- absence de protection sociale ;
- médiocrité des conditions de travail ;
- absence de planification de carrière et de possibilités de perfectionnement ;
- qualité de vie au quotidien (p. ex. logement et transport) ;

Nous envisageons un avenir où la demande d'emplois décents dans le secteur de la santé sera croissante. Les pays doivent donc être prêts à saisir cette opportunité.

- isolement et épuisement professionnel/personnel ;
- primes à l'installation en milieu rural et autres incitations à répondre aux besoins des communautés ;
- nécessité de cumuler plusieurs emplois pour compenser des salaires trop bas ;
- manque d'accès aux équipements et ressources nécessaires ;
- incapacité à influencer sur les conditions de travail ;
- prévention de la discrimination fondée sur l'âge ;
- impossibilité des travailleurs et de leurs organisations à faire entendre leur voix.

Les retours sur l'investissement dans la création d'emplois décents sont considérables : réduction des coûts de rotation du personnel et amélioration de la santé grâce à des soins plus efficaces. Le dialogue social, qui consiste à négocier les conditions de travail par le biais d'accords collectifs, est essentiel à la réalisation de ces objectifs.

**Nous préconisons
un nouveau modèle
de formation et
de travail pour les
professionnels
de santé...**

42. L'approche que nous proposons est différente. Nous préconisons un nouveau modèle de formation et de travail pour les professionnels de santé, spécialement optimisé pour desservir les populations insuffisamment desservies et ne laisser personne de côté, tout en augmentant l'efficacité de la prestation de services de santé et en renforçant les conditions propices à une croissance économique inclusive. Nos recommandations sont les suivantes : une éducation transformative, interprofessionnelle et axée sur les compétences, la formation et la répartition équitable des professionnels de santé dans les communautés insuffisamment desservies dont ils sont issus, l'exploitation du potentiel de la technologie pour accélérer le changement, et le renforcement des compétences nécessaires à l'apprentissage tout au long de la vie. Ces préconisations visent à former une main-d'œuvre capable de répondre à l'évolution rapide des besoins des populations à travers le monde et, plus particulièrement, de faire face à la charge croissante des maladies non transmissibles. De plus, elles ont pour objectif de permettre une transition nécessaire : l'abandon des systèmes de santé et de formation axés sur le traitement pour des systèmes axés sur la prévention, l'unique moyen de relever durablement les nouveaux défis démographiques et épidémiologiques qui se posent à tous les pays.

43. L'une des questions qui reste en suspens concerne la composition optimale des effectifs de santé dans un contexte donné. C'est dans ce domaine que l'intégration doit être sensiblement renforcée entre les systèmes de formation et de santé. Depuis peu, on tend à considérer les agents de santé communautaires comme une solution non négligeable à la pénurie de personnel de santé (34). Ainsi, un Groupe de haut niveau sur le renforcement des soins de santé primaires grâce aux agents de santé communautaires a conclu que « les agents de santé communautaires qui ont reçu une formation peuvent jouer un rôle déterminant dans l'accroissement de la couverture des interventions sanitaires essentielles et dans l'amélioration de la résilience des systèmes de santé en cas de crise » (35). Ce groupe, dirigé par le Premier ministre de l'Éthiopie et le président du Libéria, a estimé qu'il était hautement souhaitable d'investir dans les agents de santé communautaires, véritable maillon des soins de santé primaires. Certains pays, comme le Nigéria qui a investi dans les agents communautaires de vulgarisation sanitaire, sont déjà en train de trouver des moyens innovants d'augmenter leurs effectifs sanitaires. En Afrique du Sud, la création des « associés cliniques », une nouvelle catégorie de personnel de niveau intermédiaire, a permis de multiplier les possibilités d'examen et de diagnostic des patients, de prescription de traitements et de réalisation d'actes chirurgicaux mineurs, toujours sous la supervision d'un médecin. Les associés cliniques contribuent à résoudre

Agents de santé communautaire

L'appellation « agents de santé communautaire » est souvent employée de manière assez générale au sein de la communauté sanitaire mondiale. Elle désigne différents types de personnel : formé ou non, rémunéré ou bénévole, chargé de missions formelles ou informelles. La définition fournie par l'Organisation internationale du Travail dans sa Classification internationale type des professions est elle-même assez vaste, puisqu'elle indique que ces agents assurent « l'éducation sanitaire, le transfert et le suivi des patients, la prise en charge des cas individuels, les soins préventifs de base et les visites à domicile pour certaines communautés spécifiques » (1).

Il existe un large éventail de politiques différentes encadrant la relation que les agents de santé communautaire entretiennent avec les systèmes de santé, l'étendue de leurs pratiques et leur formation. La frontière les séparant des professionnels qui fournissent également des services aux communautés locales demeure floue, ce qui complique beaucoup les efforts déployés pour évaluer systématiquement la contribution de ce groupe homogène.

L'accompagnement des agents de santé communautaire et leur intégration dans le système de santé restent par ailleurs très variables entre et au sein même des pays. Les programmes allant dans ce sens rencontrent de nombreux obstacles : mauvaise planification, manque de clarté quant aux rôles et aux parcours de formation, concurrence et manque de coordination entre les différents acteurs, formation fragmentée et axée sur des troubles spécifiques, gestion et financement dépendant des donateurs, liens ténus avec le système de santé, coordination, supervision, contrôle qualité et accompagnement insuffisants, et manque de reconnaissance vis-à-vis de leur contribution (2).

Plusieurs analyses et études systématiques ont toutefois démontré l'efficacité des différents agents de santé communautaire en matière de prévention, de promotion et de prestation de soins curatifs associés à la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile (3-5), mais aussi aux maladies infectieuses (6), aux maladies non transmissibles (7, 8) et aux maladies tropicales négligées (9). Parallèlement à cela, d'autres analyses systématiques ont permis d'identifier des solutions plus efficaces pour favoriser l'intégration des agents au sein des systèmes de santé. Les approches retenues consistent notamment à proposer des mécanismes d'incitation financiers ou autres, un accompagnement régulier, une formation continue et l'intégration de ces modalités de travail dans les systèmes de santé, sans oublier une définition claire des rôles et des canaux de communication (10-13). Il apparaît par ailleurs évident que confier des services de santé essentiels aux agents de santé communautaire constitue une solution rentable dans certains contextes (14, 15).

L'élaboration des directives de l'OMS sur la politique de santé et l'accompagnement des agents de santé communautaire au sein du système s'appuie sur les données disponibles ; elle est d'ores et déjà en cours. Ces directives, qui seront bientôt publiées par l'OMS, fourniront des recommandations sur la définition, la formation, l'encadrement, la rémunération, la performance, la qualité et les perspectives concernant l'évolution de carrière de ces agents.

Références à la page 60

le problème de la pénurie de médecins dans les districts et les communautés. On trouve des cadres de niveau intermédiaire, autres que des médecins, dans au moins 46 pays. Une récente étude sur le partage et le transfert des tâches a montré que les résultats que ces cadres obtiennent en matière de soins ne sont pas si différents de ceux obtenus par les médecins. L'élargissement de l'accès aux interventions assurées par les agents de santé

communautaire tous niveaux confondus pourrait éviter 3 millions de décès par an. En Afrique subsaharienne, investir dans le personnel de santé communautaire pourrait générer un rendement économique de 10 pour 1. Les programmes d'agents de santé communautaires réussissent lorsqu'ils sont intégrés aux équipes de soins de santé primaires et axés sur la prévention, et lorsque le personnel est suffisamment formé et bénéficie d'un travail décent.

44. La recherche d'agents de santé complémentaires requiert une attention particulière, non seulement à la formation des professionnels de la santé, mais aussi à l'EFTP, un aspect longtemps négligé dans la mise en place d'effectifs en nombre suffisant pour garantir une couverture sanitaire universelle. Le modèle actuel de formation et d'enseignement ne permettra pas de répondre aux futurs besoins des agents de santé. Les politiques classiques axées exclusivement sur les « professionnels » de la santé, dans le sens traditionnel du terme, ne permettent pas de venir en aide aux communautés rurales les plus pauvres. L'EFTP se veut plus inclusif, plus accessible et plus attentif à la problématique hommes-femmes, un potentiel dont doivent tenir compte les programmes nationaux relatifs au personnel de santé. Les gouvernements doivent donc donner la priorité à l'EFTP pour en faire un catalyseur de l'évolution des agents de santé, grâce au soutien, à la promotion et à la mise en place de différents parcours d'apprentissage.

45. De nombreux éléments apparaissent en faveur du déploiement d'agents de santé issus de la communauté locale (36). Les praticiens présents sur place constituent en effet une alternative rentable à même d'améliorer la prestation de services essentiels, et ils contribuent à sauver des vies (37). Les modèles relatifs au déploiement de ces professionnels sont rares. Les données probantes montrent que l'Afrique du Sud offre deux exemples utiles : les équipes médicales en charge des soins de santé primaire opérant dans les services hospitaliers et les services de santé scolaire. Les premières cherchent à renforcer en priorité le système de santé local en offrant des services médicaux adaptés à la communauté et en s'attaquant aux facteurs sociaux compromettant la santé de la population. Le personnel de santé présent dans les écoles s'efforce pour sa part de dispenser un programme de santé scolaire complet qui favorise l'accès à la promotion des questions sanitaires et aux services de santé scolaire, renforçant ainsi les possibilités d'apprentissage des enfants. Les services de santé scolaire ont besoin de différents spécialistes : optométristes, ORL, orthophonistes, hygiénistes dentaires, kinésithérapeutes, psychologues et ergothérapeutes. Nous pouvons par conséquent affirmer avec certitude qu'une fois les agents de santé communautaire intégrés au sein d'équipes pluridisciplinaires assistées par un système de santé fonctionnel, il y aura de nombreuses occasions d'accélérer les avancées en faveur d'une couverture sanitaire universelle, surtout si la prévention est placée au premier plan.

46. Si le recours à des agents de santé communautaire constitue indéniablement une option à envisager sérieusement, cela ne dispense pas de poursuivre les efforts fournis pour disposer de professionnels de santé de haut niveau. Ceux-ci jouent en effet un rôle complémentaire très important dans les zones rurales où l'accès à des professionnels de santé plus qualifiés peut s'avérer difficile. Investir dans la formation d'infirmiers et de sages-femmes constitue ainsi une autre opportunité à saisir. Ceux-ci viennent en effet de plus en plus souvent pallier le manque de médecins généralistes, améliorer la qualité des soins et encadrer les autres agents de santé. Pour faciliter le recrutement et la rétention du personnel infirmier, il faudra investir aussi bien dans les centres de soins que dans le personnel de santé. Cela a été clairement mis en évidence par les informations transmises au groupe d'experts par le Royal College of Nursing du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord.

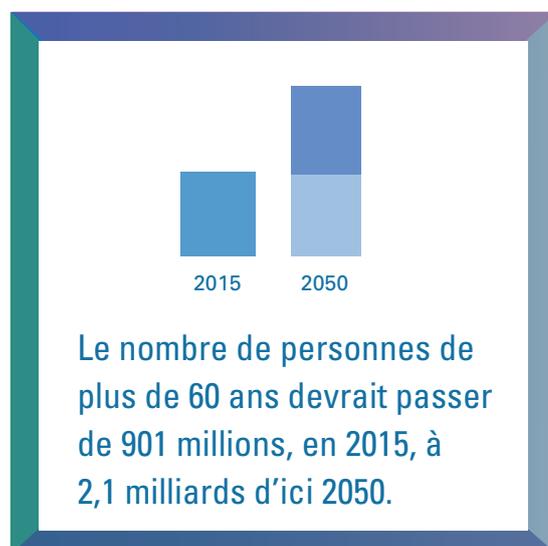
47. Les nombreuses compétences dont disposent les agents de santé doivent en outre être adaptées à la population concernée. Il convient par exemple que le personnel soit spécialement formé à la prise en charge des personnes âgées (38). Le nombre de

Le modèle actuel de formation et d'enseignement ne permettra pas de répondre aux futurs besoins des agents de santé.

personnes de plus de 60 ans devrait passer de 901 millions, en 2015, à 2,1 milliards d'ici 2050. Ce groupe démographique, qui connaît une croissance rapide, présente des besoins médicaux et sociaux importants : formation d'un plus grand nombre d'agents de santé capables de répondre aux besoins des personnes âgées ; amélioration de l'intégration de la prise en charge médicale et sociale ; diversification des compétences dans le domaine sanitaire et social en vue de promouvoir la capacité fonctionnelle, et satisfaire et coordonner les demandes de soins souvent complexes de cette population. Les pays vont ainsi devoir adopter des politiques encourageant la formation d'un plus grand nombre d'agents de santé, veiller à ce que ces derniers disposent des connaissances et des compétences requises, mettre à leur disposition des espaces où dispenser les soins, et les affecter aux postes adéquats. Ces politiques devront faire l'objet d'un suivi continu.

48. Les effectifs complémentaires de cadres de santé, qui ne sont généralement pas pris en compte dans les estimations chiffrées des équipes sanitaires, ne doivent pas être ignorés. Ce groupe englobe de nombreux non-professionnels de la santé qui travaillent « dans l'ombre » et rendent pourtant des services indispensables dans le secteur médical. Selon l'Organisation internationale du travail, il existe 106 millions de non-professionnels de la santé salariés et 57 millions de non-professionnels non salariés (la plupart étant des femmes qui prennent en charge des proches âgés à long terme). Le travail de toutes ces personnes vient pallier le manque du secteur de la santé. Leurs conditions de travail sont parfois précaires. Il s'agit souvent de femmes peu rémunérées, qui ont signé un contrat de sous-traitance, travaillent en dehors des horaires de bureau et effectuent des tâches physiquement difficiles. Les pharmaciens forment un autre groupe du même type. La Fédération internationale pharmaceutique estime qu'un bon usage des médicaments pourrait réduire les dépenses de santé d'environ 500 milliards de dollars à l'échelle mondiale. En effet, les pharmaciens contribuent directement à obtenir des économies concrètes. Ils aident à réduire l'usage de médicaments inadaptés ou inutiles et fournissent également des services directs permettant d'assurer une couverture sanitaire universelle : diagnostic et traitement des troubles mineurs, vaccination, abandon du tabagisme, évitement des hospitalisations et des consultations auprès des généralistes et spécialistes opérant dans les centres de soin, et prévention des arrêts de travail pour maladie. La présence de pharmacies dans la communauté constitue une solution attrayante et rentable pour fournir des services de santé primaires, tout particulièrement dans les zones rurales où les professionnels de la santé peuvent se faire rares.

49. Quel rôle le secteur privé doit-il jouer dans le développement des opportunités professionnelles offertes aux agents de santé ? Les éléments fournis au groupe d'experts par l'Internationale des services publics (ISP), une fédération syndicale internationale qui représente 20 millions de femmes et d'hommes répartis dans 150 pays, montrent clairement qu'une aide financière du secteur public est la seule manière d'assurer une couverture sanitaire universelle. Même des frais minimes peuvent réduire l'utilisation des services de santé par les ménages les plus démunis. Selon l'ISP, les investissements publics ont permis d'améliorer l'état de santé des populations. Elle conclut en outre que les partenariats public-privé constituent : « un mécanisme de financement onéreux et inefficace de l'infrastructure et des services, car ils dissimulent l'emprunt public tout en fournissant aux entreprises privées des garanties de profit à long terme accordées par l'État ».



Le secteur privé doit en effet contribuer activement lorsqu'il s'agit de créer de l'emploi dans le secteur de la santé.

50. Le groupe d'experts a reçu des éléments de preuve directs de la part du Dr Aaron Motsoaledi, ministre sud-africain de la Santé et représentant d'un des pays organisateurs de cette Commission. M. Motsoaledi a présenté son livre blanc sur un régime national d'assurance-maladie en Afrique du Sud en décembre 2015. Son ministère s'est efforcé de se conformer aux engagements stipulés dans la section 27 de la Constitution de l'Afrique du Sud, selon laquelle : « L'accès aux services de santé doit être universel. [...] L'État est tenu de prendre des mesures, législatives et autres, raisonnables et dans la limite des ressources disponibles, en vue de la concrétisation progressive de chacun de ces droits ». Il a par ailleurs décrit les difficultés majeures qui entravent la réalisation de cet objectif, provoquées par l'émergence d'acteurs privés du secteur de la santé, de plus en plus actifs et perturbateurs. Les audiences de la Commission de la concurrence d'Afrique du Sud qui se sont déroulées début 2016 ont démontré que les entreprises du secteur privé font grimper le coût des soins de santé, ce qui compromet la qualité des soins, génère une demande en procédures chirurgicales induite par l'offre et nuit à la relation médecin-patient en mettant en place des protocoles de soins à la fois très contraignants et intrusifs. Le Dr Motsoaledi a également fait part à la Commission de la concurrence de ses craintes au sujet de l'absence de réglementation commerciale, qui menace les efforts qu'il a fournis pour mettre en place un système équitable garantissant l'accès aux soins de santé pour tous les Sud-africains. Dans cette optique, les acteurs publics et privés du secteur de la santé doivent faire l'objet de réformes de grande ampleur pour qu'une couverture sanitaire universelle puisse voir le jour. Les préoccupations du Dr Motsoaledi ont été largement confirmées par l'OCDE et l'OMS. Les enquêtes menées par ces organisations ont en effet abouti aux conclusions suivantes :

Les tarifs appliqués par les cliniques privées d'Afrique du Sud sont coûteux par rapport aux prévisions, qui tiennent bien compte de la richesse du pays [...]. Les cliniques privées d'Afrique du Sud se situent parmi les plus chères des pays concernés par cette étude [...]. Ces tarifs seront probablement perçus comme onéreux pour 90 % des Sudafricains.

Le Dr Motsoaledi a réitéré ses inquiétudes lors d'une Assemblée mondiale de la Santé organisée en 2016. Il a à cette occasion reçu le soutien du Dr Margaret Chan, directrice générale de l'OMS, qui a tenu à souligner qu'il existe : « une distinction entre appât du gain et profit ».

51. Le groupe d'experts exprime de vives inquiétudes au vu des éléments de preuve et du retour d'expérience fournis par le Dr. Motsoaledi. Il partage également les craintes de l'ISP. Il est toutefois important de souligner que le « secteur privé » n'est pas constitué d'une seule entité monolithique. Il rassemble des acteurs extrêmement variés et non pas uniquement des entreprises spécialisées dans la prestation des soins de santé. Il englobe aussi des services fournis par des groupes religieux, d'autres associations de volontaires à but non lucratif et des médecins indépendants. Le secteur privé ne peut être ignoré. En Afrique par exemple, il représente environ 80 % de l'apport économique total. À l'échelle mondiale, les ressources économiques générées par les activités du secteur privé sont trois à quatre fois supérieures à celles du secteur public. Dans le secteur de la santé, c'est pratiquement l'inverse. Les financements publics représentent 66 % du total des dépenses de santé des pays de l'OCDE. Mais pour les pays ne faisant pas partie de l'OCDE, la contribution du secteur privé en faveur de la santé est largement supérieure (environ 56 % selon les chiffres de 2013). On observe en effet une nette hausse de la participation du secteur privé dans le domaine de la santé, qui passe de 36 %, dans les pays à revenu élevé, à 43 % dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et à 66 % dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, avant de chuter de nouveau à 56 % dans les pays à faible revenu. En d'autres termes, les secteurs privé et public sont étroitement liés. Le secteur privé doit en effet contribuer activement lorsqu'il s'agit de créer de l'emploi dans le secteur de la santé.

52. Il ne fait aucun doute que les financements privés en faveur de la santé n'offrent pas une solution fiable en matière de protection contre les risques financiers dans le cadre d'une couverture sanitaire universelle. Les meilleures données disponibles indiquent toutefois qu'un secteur de santé publique de bonne qualité et accessible favorise la mise en place d'un système de santé privé présentant des caractéristiques similaires et tout aussi positives (39). Au lieu de nous diviser autour des idéologies contraires qui caractérisent les secteurs privé et public, notre mission consiste à maintenir fermement le cap sur la mise en place d'une couverture sanitaire universelle, tout en veillant à ce que l'association de systèmes santé public et privé, quelle qu'elle soit, concoure à atteindre cet objectif, tout cela conformément à un cadre réglementaire bien conçu, destiné à définir la qualité et le coût des soins. Ces cadres réglementaires s'appliqueront notamment aux prestataires de soins de santé, et s'appuieront sur les normes relatives aux locaux, aux pratiques et au personnel (que des autorités indépendantes seront les plus à même de mettre en place). La régulation des normes peut toutefois s'avérer insuffisante dans le cas des prestataires privés. Les marchés ne peuvent garantir à eux seuls que ces derniers proposeront des services adaptés aux besoins des communautés. Des mécanismes complémentaires d'incitation (ou de régulation) devront par conséquent être mis en place pour encourager les prestataires privés à offrir des services appropriés. Les secteurs public et privé ne sauraient être envisagés comme deux entités séparées et incompatibles du système de santé. Ils affichent une dépendance mutuelle, et les performances (et la régulation) de l'un ont souvent des répercussions sur l'autre (40).

53. Il n'existe pas de solution idéale qui permettrait d'associer parfaitement les systèmes de santé public et privé. Chaque pays doit prendre les décisions qui s'imposent pour gérer chaque entité, l'objectif global étant la mise en place d'une couverture sanitaire universelle. Les gouvernements doivent opter pour des politiques qui dopent la performance globale, et non pas les résultats individuels. Une réglementation efficace est par ailleurs indispensable pour garantir le respect des normes de santé, aussi bien par les prestataires du secteur public que ceux du secteur privé. Les gouvernements doivent identifier les mécanismes d'incitation (financiers, juridiques et professionnels) qui encourageront les prestataires de santé publics et privés à répondre aux besoins des patients, pour que l'équité et la qualité constituent des facteurs de réussite essentiels, tout en prenant les précautions qui s'imposent face aux risques concrets en cas d'abus de la part du secteur privé de la santé.

54. La notion d'entreprise sociale (ou entreprise d'économie sociale) offre une alternative intéressante. Parmi les différents éléments fournis au groupe d'experts, Muhammad Yunus (l'un de nos Commissaires) a présenté plusieurs arguments en faveur de ce concept :

Ces entreprises visent à résoudre les problèmes rencontrés et sont toutes conçues pour répondre à un type spécifique de problème. Les entreprises sociales sont des sociétés sans dividende et axées sur la résolution des problèmes humains. Elles s'attaquent aux problèmes ignorés par les entreprises axées sur les profits en appliquant leurs propres méthodes commerciales et leurs propres technologies.

Les investisseurs récupèrent leur mise de fonds et reçoivent une compensation couvrant les coûts d'opportunité liés au capital investi, mais ils ne participent pas aux bénéfices de l'entreprise, qui sont réinvestis en interne. Le Grameen Caledonian College of Nursing (GCCN) offre un exemple intéressant en matière d'emploi dans le secteur de la santé. C'est le fruit d'un partenariat entre la Glasgow Caledonian University, une institution publique dépendant du Royaume-Uni, la Nike Corporation, une grande multinationale, et le Grameen Healthcare Trust, un réseau spécialisé dans les soins de santé. Le GCCN a été créé en 2010 pour pallier la grave pénurie d'infirmiers qualifiés au Bangladesh, surtout dans les zones rurales. Il propose une formation en soins infirmiers à des filles issues de

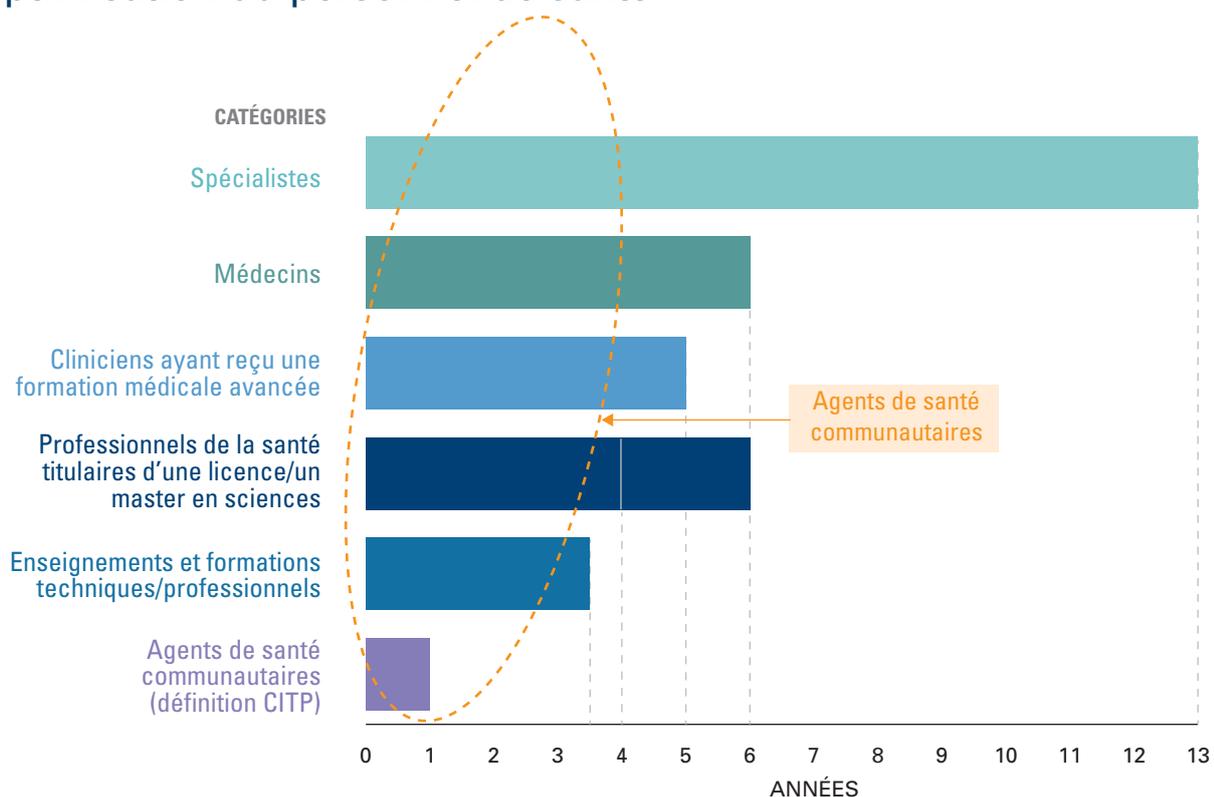
Les secteurs public et privé ne sauraient être envisagés comme deux entités séparées et incompatibles du système de santé.

milieux défavorisés dont les parents ont souscrit des emprunts auprès de la Grameen Bank, cette dernière étant elle-même une entreprise sociale fournissant des services financiers aux populations pauvres. Le GCCN offre un niveau de formation élevé et a été autorisé par le Bangladesh Nursing Council à délivrer des diplômes d’infirmières et de sages-femmes. Les frais de scolarité sont peu élevés, mais suffisent à assurer les coûts de fonctionnement et le remboursement de l’investissement en capital initial. La Grameen Bank propose une solution de financement à faible coût des frais de scolarité des élèves, ce qui permet de favoriser un écosystème au sein duquel les entreprises sociales s’appuient les unes sur les autres. La première promotion, qui comptait 38 infirmières, a été diplômée en 2013.

55. Chaque pays commencera à mettre en place son programme d’investissement en faveur de l’emploi dans le secteur de la santé à une étape différente de sa transition vers une croissance économique durable et un meilleur développement humain. La figure 7 représente les différentes catégories potentielles des agents de santé à prendre en compte ainsi que les délais approximatifs requis pour leur formation et leur entrée sur le marché du travail. Lors d’une consultation intersectorielle francophone organisée en Côte d’Ivoire en juin 2016, les représentants de 23 pays ont attiré l’attention sur le financement et la marge de manœuvre budgétaire relative aux investissements en faveur de l’éducation et de l’emploi, mais aussi sur les retombées économiques de ces investissements, la mobilité internationale des agents de santé, la nécessité d’engager des réformes institutionnelles et de renforcer la gouvernance, ainsi que sur les investissements en faveur de l’enseignement et de l’évolution de carrière des professionnels de la santé. Malgré ces difficultés et d’autres encore, des éléments nouveaux avancent la possibilité d’un double dividende. En investissant en faveur de l’enseignement et de l’emploi dans le secteur de la santé, les gouvernements vont non seulement pouvoir assurer une plus grande équité en matière de santé grâce à la couverture sanitaire universelle, mais ils pourront aussi offrir une croissance économique forte, stable et efficace n’excluant personne.

FIGURE 7

Optimisation du personnel de santé



Enjeux et mesures d'appui

56. Le groupe d'experts a identifié sept domaines sensibles qui détermineront quelles seront à l'avenir les conditions optimales pour que ces recommandations fonctionnent : situations de crise humanitaire, migration, protection sociale, technologies évolutives, égalité des sexes, financement et gouvernance.

Situations de crise humanitaire

57. La conception de politiques visant à saisir les opportunités de croissance et d'équité en matière de santé en s'appuyant sur des investissements en faveur du personnel de santé ne peut pas se faire de façon abstraite. De nombreux pays sont confrontés à ces réalités difficiles au quotidien lors des périodes de conflit, de reconstruction après un conflit, ou de situations délicates provoquées par des catastrophes naturelles, en cours ou récentes (inondations, famines et séismes par exemple). Aujourd'hui, près d'un milliard de personnes vivent dans un contexte fragile, et l'on n'a jamais compté autant de populations déplacées depuis la Seconde Guerre mondiale. Si nos recommandations ne tiennent pas compte de ces réalités complexes, nous risquons de faire des promesses que nous serons incapables de tenir. Prenons deux exemples liés à la santé maternelle et infantile : près des deux tiers des décès maternels et plus de la moitié des décès d'enfants de moins de cinq ans ont lieu en situation de crise humanitaire. Beaucoup de pays ayant conclu des partenariats avec des organismes de coopération pour le développement se trouvent par ailleurs en situation de fragilité. Ces pays n'ont souvent pas les capacités requises pour offrir une prise en charge médicale et sociale de base à leurs citoyens. Ils constatent que les agents de santé (qui sont souvent les premiers à se trouver sur place en cas d'urgence) et les centres de soin sont devenus de nouvelles cibles lors des conflits (41, 42). Leurs capacités à diriger et à gérer peuvent être limitées. L'État peut aussi ne pas avoir la légitimité requise pour mettre en place des réformes, quelle que soit la fiabilité des éléments allant en ce sens. L'application simpliste de politiques ne tenant pas compte de ces difficultés ne peut que mener à l'échec, entraîner des déceptions et saper la motivation. Les générations perdues à cause des conflits peuvent en outre aggraver le manque de ressources humaines dans le secteur de la santé. En outre, les agents de santé ont quant à eux besoin d'une préparation, d'une formation et d'une protection directe.

58. L'objectif doit donc être de combiner des politiques visant à contribuer à l'état de droit, à la paix, à la stabilité et à la sécurité, ainsi qu'à investir dans le personnel de santé — en adaptant le concept au contexte. La conséquence de cette double optique stratégique est qu'il faut comprendre le contexte et adopter des calendriers pragmatiques et réalistes

Les agents de santé en situation de crise humanitaire

On constate une augmentation des crises humanitaires à l'échelle mondiale. Le nombre de conflits politiques a ainsi doublé ces dix dernières années (1). Le nombre de personnes déplacées en raison d'un conflit au cours de cette période est également passé de 37 à 60 millions (1). Entre 2008 et 2014, 184 millions de personnes ont par ailleurs dû fuir en raison de catastrophes naturelles (1).

Les agents de santé et les secours d'urgence jouent un rôle très important en situation de crise humanitaire. Ils sont pourtant très vulnérables eux aussi. Même si les règles du droit international humanitaire sont bien établies, des agents de santé ont été pris pour cible en Afghanistan, en Cisjordanie et dans la bande de Gaza, en Colombie, en Iraq, en Libye, au Mali, au Myanmar, au Nigéria, au Pakistan, en Somalie, au Soudan, au Soudan du Sud, en République arabe syrienne, en République centrafricaine, en République démocratique du Congo, en Thaïlande, en Turquie, en Ukraine et au Yémen (2).

Les premières attaques avérées contre des agents de santé intervenant en situation de crise humanitaire ont récemment fait l'objet d'une publication de l'OMS (voir le tableau). En 2014–2015, 594 attaques sur des agents de santé ont été signalées ; elles ont fait 959 morts et 1 561 blessés dans 19 pays et territoires en situation d'urgence (3). 62 % des attaques signalées visaient spécifiquement des centres de santé (3). Environ 40 % (228) de toutes les attaques commises au cours de ces deux années ont eu lieu en République arabe syrienne, où le bilan est de 352 morts parmi le personnel de santé (3). En décembre 2015, seuls 43 % des hôpitaux publics de la République arabe syrienne étaient encore pleinement opérationnels (2).

Les agents sanitaires et humanitaires appelés à intervenir d'urgence en situation de crise humanitaire majeure ne reçoivent souvent aucune formation avant leur déploiement, ou alors celle-ci est très limitée (4). Lors de l'épidémie d'Ebola, le manque de personnel, de médicaments et d'équipement a entraîné de graves violations des protocoles médicaux (5). Dans les trois pays suivants, le taux de mortalité des agents de santé est en outre singulièrement plus élevé que celui du reste de la population : Guinée (1,45 %), Libéria (8,07 %) et Sierra Leone (6,85 %) (6). Selon les estimations de l'OMS, environ 8 % des 164 médecins présents en Sierra Leone sont décédés au cours des dix premiers mois de l'épidémie d'Ebola (7).

En mai 2016, le Conseil de sécurité de l'ONU a adopté à l'unanimité la Résolution 2286 (2016) qui condamne fermement les attaques perpétrées contre le personnel médical et les centres de soin en situation de crise humanitaire (8).

Références à la page 61

si l'on veut obtenir des résultats. Il peut être très utile de faire participer la société civile et les organisations non gouvernementales en complément de la collaboration avec les États. Il sera également important de tenir compte du rôle particulier que jouent les femmes. Mais, comme le note un commentateur, « les exemples de réussite sont rares » (43–45). Les crises humanitaires peuvent prendre une tournure inattendue. Le manque de capacités constitue un obstacle qui peut s'avérer plus difficile à surmonter que les déficits de financements pour le personnel de santé. Il est rare d'obtenir des résultats rapides dans ces situations. L'approbation récente d'une déclaration finale du premier Sommet mondial sur l'action humanitaire, qui s'est tenu à Istanbul en mai 2016, qui plaçait la santé au centre de l'action humanitaire collective, est un signe encourageant qui indique que cette question est prise beaucoup plus au sérieux aujourd'hui. Il faut maintenant concrétiser cet objectif au moyen d'engagements et d'actions spécifiques. Les dangers croissants qui menacent la sécurité sanitaire mondiale incitent fortement à le faire.

Nombre d'attaques visant des agents de santé intervenant en situation de crise humanitaire, signalées en 2014 et 2015

Pays et territoires (n = 19)	Attaques (n = 594)	Pourcentage du total
République arabe syrienne	228	38 %
Cisjordanie et bande de Gaza	53	9 %
Iraq	43	7 %
Pakistan	43	7 %
Libye	33	6 %
Ukraine	32	5 %
République centrafricaine	30	5 %
Yémen	22	4 %
Soudan	20	3 %
Afghanistan	19	3 %
Soudan du Sud	18	3 %
Guinée	11	2 %
République démocratique du Congo	10	2 %
Nigéria	10	2 %
Colombie	7	1 %
Somalie	6	1 %
Libéria	5	1 %
Sierra Leone	3	1 %
Myanmar	1	0 %
Total	594	100 %

Source: Organisation mondiale de la Santé (3).

Migrations

59. Les migrations de professionnels de santé qualifiés — au niveau international et à l'intérieur même des pays — augmentent. Si l'on en croit la description donnée par Jean-Christophe Dumont et Gaétan Lafortune dans leur note d'orientation à la présente Commission (46), dans les pays de l'OCDE, 22 % des médecins étaient nés à l'étranger en 2010/11, contre 20 % en 2000/01 (les chiffres correspondants pour les infirmiers étaient respectivement de 14 % et 11 %). Les deux pays d'émigration fournissant le plus gros contingent de médecins et d'infirmières et infirmiers étaient l'Inde et les Philippines (ce dernier forme les infirmiers dont l'intention est d'émigrer). L'Afrique voit également de plus en plus partir ses professionnels de santé. Le nombre de médecins et d'infirmières et infirmiers qui quittent les pays connaissant de graves pénuries de personnel de santé pour travailler dans des pays de l'OCDE a augmenté de 84 % au cours des dix dernières années. Dumont et Lafortune formulent trois recommandations. Premièrement, les

pays qui perdent des professionnels de santé qualifiés doivent redoubler d'efforts — et en cela être soutenus par la communauté internationale — pour les fidéliser. Une partie de la solution réside dans l'amélioration de la satisfaction au travail, des salaires, des conditions de travail (ce qui inclut la dignité et le respect), de la formation en cours d'emploi, des perspectives de carrière, des récompenses pour résultats exceptionnels, du logement et de la protection sociale, ainsi que de la réduction du stress lié au travail et de la déprofessionnalisation dans ce qui peut parfois être des structures de gestion très bureaucratiques. Il va sans dire que le coût de ces mesures ne sera pas négligeable. (L'Internationale des services publics a fait valoir au groupe d'experts que la présence de syndicats forts et la pratique des négociations collectives dans les pays d'origine « jouent un rôle déterminant dans la réduction de l'émigration ».) Une étude récente sur la fidélisation des diplômés de programmes de formation en chirurgie menée dans huit pays africains sur près de 40 ans a révélé des informations très intéressantes (47). Entre 1975 et 2012, 84 % des élèves chirurgiens sont restés dans leur pays de formation d'origine. Les auteurs concluent que « l'expansion des programmes nationaux de formation à la chirurgie est une solution efficace au problème de la pénurie de main-d'œuvre en chirurgie [...] et contredit les arguments éculés faisant état d'une fuite des cerveaux dans la région ».



60. Deuxièmement, les pays de destination pourraient s'efforcer de mieux planifier à long terme leurs propres besoins en personnel de santé — autrement dit, améliorer leur autosuffisance en effectifs. Des prévisions plus précises peuvent imposer d'accroître la formation des médecins et des infirmières et infirmiers au niveau national pour faire face aux pénuries actuellement palliées par des diplômés étrangers. Il existe sans doute des solutions moins onéreuses. Par exemple, Aarathi Prasad indiquait récemment que les programmes d'enseignement de certaines écoles de médecine indiennes sont tellement calqués sur les systèmes médicaux occidentaux que les médecins formés dans ces établissements sont plus à même d'exercer en Occident que dans leur propre pays (48). La fidélisation des professionnels de santé est donc étroitement liée aux réformes de l'enseignement évoquées

plus haut. Il existe toutefois de bons exemples de pays (comme la Norvège) qui sont parvenus à recruter et fidéliser des travailleurs dans des zones rurales (parfois reculées) (49). Il serait judicieux de diffuser largement les enseignements tirés de ces réussites. Ce que l'on apprend notamment, c'est qu'il faut exposer les étudiants à des environnements ruraux au début de leur formation, mettre en place des services spécifiques de recrutement et de déménagement, accroître la sensibilisation sociale, présenter le travail en milieu rural comme un défi personnel et professionnel, proposer des rémunérations globales compétitives, mettre en œuvre des programmes d'échanges et de rotation, veiller à ce qu'il y ait de bonnes infrastructures rurales, offrir des possibilités de perfectionnement professionnel intéressantes (éducation, formation et recherche) et fournir un soutien familial et social. Concernant les milieux à faible revenu, l'OMS donne des conseils très utiles (50). Il s'agit par exemple d'appliquer des politiques d'admission ciblées pour recruter des étudiants venant d'un milieu rural, d'installer des centres de formation des professionnels de santé en dehors des villes et de veiller à ce que les programmes d'enseignement comportent des sujets sur la santé rurale. Les expériences de pays aux contextes économiques très différents présentent souvent des points communs (51).

61. Enfin, Dumont et Lafortune suggèrent de façon intéressante d'envisager des approches plus ambitieuses — tel qu'un engagement multilatéral en faveur du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé, citant en exemple l'accord de Paris sur le climat. Même si ces recommandations étaient

pleinement appliquées, les migrations du personnel de santé ne cesseraient pas pour autant, notamment en temps de crise — par exemple, pendant ces cinq dernières années de guerre civile, la République arabe syrienne a vu émigrer nombre de ses professionnels de santé. Il est essentiel de défendre les droits des migrants — en leur permettant de travailler plus facilement dans les pays hôtes grâce à la reconnaissance mutuelle des qualifications et accréditations des professionnels de santé (éventuellement en utilisant les nouvelles technologies, qui permettent notamment aux professionnels de santé d'avoir avec eux les dossiers électroniques prouvant leur accréditation), et en leur offrant des conditions de travail et un salaire décent, des possibilités de s'affilier à des syndicats et de bénéficier du perfectionnement professionnel continu. Il existe de bons exemples d'accords de reconnaissance mutuelle déjà à l'œuvre — c'est le cas dans les 20 États membres de la Communauté des Caraïbes (CARICOM) et dans l'Union européenne.

62. De plus, les accords bilatéraux entre les pays pourraient être un moyen plus facile à mettre en œuvre pour répondre aux problèmes de migration. Citons une mesure qui offre des possibilités particulières : le transfert de ressources des pays hôtes vers les pays de départ. Nous encourageons l'OIT, l'OCDE et l'OMS à travailler de concert pour négocier les contours d'un accord sur les transferts de ressources vers les pays qui perdent des professionnels de santé du fait des migrations internationales. De tels mécanismes pourraient inclure des programmes de parrainage au profit des ressources humaines, des programmes de perfectionnement des compétences et des accords d'intérêt réciproque, tels que les transferts technologiques dans le domaine de la santé. Le groupe d'experts a reçu une proposition de Susana Barria et de ses collègues au Mouvement populaire pour la santé. Selon eux, « les contribuables des pays de départ peuvent prétendre à un remboursement de leur investissement dans la formation du personnel de santé qui émigre ». Ils préconisent un plan d'action multisectoriel pour atténuer financièrement ce transfert de ressources inéquitable, par exemple, au moyen du partage des coûts ou via un fonds mondial de ressources pour la santé. Ils poursuivent : « Un mécanisme de financement durable pourrait être alimenté par un régime d'imposition ciblé constitué d'une taxe isolée payée par les personnels de santé formés qui émigrent vers des pays à revenu élevé [...] un pourcentage négocié étant rétrocédé au pays de départ [...] ». Une partie de ce remboursement serait affectée à la formation des professionnels de santé. De plus, les migrations internes dues à l'emploi de personnels de santé dans des postes mieux rémunérés (dans des organisations non gouvernementales par exemple) peuvent affaiblir le système de santé en le privant de professionnels locaux de talent – exerçant dans le domaine de la santé ou non. Cette question devrait également être examinée de toute urgence par l'OIT, l'OCDE et l'OMS.

Les accords bilatéraux entre les pays pourraient être un moyen plus facile à mettre en œuvre pour répondre aux problèmes de migration.

Protection sociale

63. Au vu des expériences et des travaux de recherche de nombreux pays, l'OIT considère que l'un des outils les plus importants pour la concrétisation progressive des droits de l'homme à la santé et à la sécurité sociale est la protection sanitaire universelle — qu'elle définit comme « un ensemble de mesures publiques ou organisées par les pouvoirs publics et de mesures privées à caractère obligatoire contre la misère sociale et les pertes économiques provoquées par une réduction de la productivité, un arrêt ou une réduction des gains ou la nécessité de payer un traitement indispensable pour récupérer d'un état de santé détérioré ». Il s'agit d'assurer une protection financière, de mettre fin aux paiements directs des soins de santé et d'offrir un revenu de substitution en périodes de maladie pour prévenir la pauvreté et la vulnérabilité. En pratique, la protection de la santé désigne une législation nationale inclusive qui garantit l'accès aux soins de santé, aux soins maternels et à la prévention pour satisfaire aux critères de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité. Certains principes fondamentaux doivent également être appliqués, tels que l'équité, l'adéquation, la solidarité dans le financement et la cohérence avec les politiques sociales, économiques et d'emploi. Appliquer, en vue de la protection sanitaire universelle, des mécanismes de financement efficaces reposant sur le principe de la solidarité, tels que les impôts et/ou les cotisations, peut permettre de générer

Quand les professionnels de santé cherchent asile : mesures d'appui

Le nombre de réfugiés recensés dans le monde entier a aujourd'hui atteint son niveau le plus élevé depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale (1). L'Afghanistan, la République arabe syrienne et la Somalie totalisent à eux trois plus de la moitié de tous les réfugiés placés sous la protection du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (1). La majorité des demandeurs d'asile sont originaires de la République arabe syrienne. En 2016, le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés a enregistré près de 5 millions de réfugiés syriens, la plupart étant arrivés en Turquie (2 748 367), au Liban (1 048 275), en Jordanie (651 114) et en Iraq (264 589) (2).

Les Syriens constituent également le groupe de demandeurs d'asile le plus important des États membres de l'Union européenne. 60 % des 145 100 Syriens ayant effectué une première demande d'asile se sont en effet enregistrés en Allemagne (3). Ces chiffres ne cessent d'augmenter.

Malgré le manque de données fiables concernant le niveau de compétence et de formation des demandeurs d'asile, le Fonds monétaire international estime que 21 % des Syriens arrivés en Allemagne entre 2013 et 2014 ont fait des études supérieures (4). Certains éléments indiquent par ailleurs qu'en général, l'Europe a accueilli les migrants et les réfugiés syriens les plus riches, les plus compétents et les plus instruits (5).

Les professionnels de la santé forment une part non négligeable des migrants et des réfugiés syriens, bien que leur nombre reste indéterminé. Avant le conflit, la République arabe syrienne comptait environ 31 000 médecins. Il en reste aujourd'hui moins de la moitié. Les pays d'accueil ne sont généralement pas en mesure d'autoriser les professionnels de santé réfugiés à exercer leur métier (6). Beaucoup de pays, notamment l'Allemagne, sont pourtant confrontés à une pénurie de personnel de santé qualifié.

La « Loi fédérale sur la reconnaissance » ou « loi sur l'évaluation et la reconnaissance des qualifications professionnelles acquises à l'étranger » a ainsi été adoptée en 2012 en vue de rationaliser et d'accroître la reconnaissance des travailleurs hautement qualifiés originaires de pays non membres de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen (7). La moitié voire les trois quarts des demandes enregistrées proviennent de demandeurs d'asile travaillant dans le secteur de la santé (8).

suffisamment de fonds pour employer un nombre croissant de professionnels de santé qualifiés. Actuellement, toutefois, les programmes et systèmes de protection sociale affichent d'importants déficits dans de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire. Ce à quoi la Commission doit donc réfléchir, c'est à un moyen décisif de relever la protection sociale minimale, de parvenir à un consensus et de promouvoir la mise en œuvre de mécanismes de protection sociale adaptés dans les pays.

Technologies propres à favoriser des transformations

64. Les technologies numériques offrent la possibilité d'accélérer les réformes en matière de formation des professionnels de santé et d'apprentissage tout au long de la vie, d'améliorer l'accès aux systèmes de santé ainsi que l'adéquation de ces systèmes aux besoins des individus et des communautés et de modifier la relation entre le patient et le professionnel (en faveur du patient). La technologie peut effectivement favoriser de véritables transformations. Différentes possibilités peuvent être envisagées — l'apprentissage en ligne, la santé en ligne (*eHealth*) et la santé mobile (*mHealth*), les médias sociaux, les cours en ligne ouverts à tous (*massive open online courses*), les *webcasts*, les *podcasts*, les simulations haute fidélité, les outils d'aide à la décision, les

Points clés de la législation (7) :

- Elle permet d'appliquer la directive sur la reconnaissance des qualifications professionnelles dans l'Union européenne (2005/36/EC) aux citoyens de tous les pays (sans se limiter à l'Union européenne/Espace économique européen et à la Suisse).
- Si la formation médicale reçue dans le pays d'origine ne correspond pas aux qualifications requises en Allemagne, l'agence compétente peut prendre en compte l'expérience professionnelle et/ou inviter le demandeur à passer un test d'évaluation.
- Le demandeur peut obtenir une autorisation temporaire d'exercice valable deux ans, tout en poursuivant les démarches entreprises pour faire reconnaître ses compétences.
- Les réfugiés peuvent transmettre leur demande depuis leur pays d'origine.

En octobre 2015, le Bundestag a adopté une loi sur l'accélération des procédures d'asile, qui permet aux médecins immigrants de travailler dans les centres de réfugiés aux côtés de médecins certifiés, même s'ils ne disposent pas d'une autorisation d'exercice (6). Selon les estimations de l'Ordre des médecins allemands, plus de 1 500 médecins syriens travaillent aujourd'hui en Allemagne. Trois cent dix-neuf ont été reconnus et autorisés à exercer, rien qu'en 2014 (6).

L'Écosse offre un autre exemple d'intégration des réfugiés professionnels de la santé. Financés par le gouvernement écossais et le General Medical Council (Ordre des médecins britanniques), les programmes Bridges permettent aux réfugiés professionnels de la santé de suivre des cours de langue, d'accéder aux programmes d'enseignement médicaux et universitaires, et d'effectuer des stages dans des établissements de santé tout au long de la procédure de reconnaissance et d'obtention de leur autorisation d'exercice (9,10).

Références à la page 61

dossiers médicaux électroniques, les systèmes électroniques dédiés à la surveillance des maladies, l'enregistrement à l'état civil et les statistiques de l'état civil, ainsi que les systèmes d'information des laboratoires et des pharmacies. Ces technologies peuvent considérablement élargir la portée des systèmes de santé, même dans les zones reculées et inaccessibles qui connaissent une pénurie de personnel de santé. Elles renforcent également le travail en équipe et la redevabilité, et favorisent des approches centrées sur la personne en matière de soins. Dans un exemple présenté au groupe d'experts, les intervenants de *mPowering Frontline Health Workers* expliquent que leur but est avant tout d'offrir du contenu de formation mobile aux agents de santé communautaire, pour qui la formation est souvent inaccessible ou inefficace, alors que ce sont ces mêmes travailleurs qui sont susceptibles de contribuer à l'accélération rapide des progrès vers la réalisation de la couverture sanitaire universelle. Les agents de santé communautaire ont besoin d'une formation de base leur fournissant les informations dont ils ont besoin pour gérer les demandes et attentes croissantes des patients. Alors même que l'OMS est en train d'examiner les compétences nécessaires pour ces rôles, mPowering développe actuellement du contenu de formation de haute qualité sous licence ouverte à destination des agents de santé communautaire et des gouvernements.

65. Toutefois, comme l'ont souligné Robert Bollinger et ses collègues, il y a de nombreux obstacles à surmonter avant de réaliser pleinement le potentiel de la technologie en vue de combler le manque de personnel de santé, notamment l'absence d'accès Internet et d'infrastructures de technologies de l'information et des communications pour les deux tiers de la population mondiale, les coûts de la connectivité, l'absence d'alimentation en électricité, le nombre insuffisant d'experts en technologies de l'information sanitaire, le

manque de connaissances informatiques chez les agents de santé, la résistance au changement chez les éducateurs et les gestionnaires des systèmes de santé en activité et l'absence de preuves attestant que les investissements dans la technologie permettent de réaliser des économies et d'obtenir des gains de productivité, *a fortiori* de meilleurs résultats en matière de santé (52). De plus, l'introduction de nouvelles technologies ne sera pas anodine. Réduiront ou augmenteront-elles le nombre de professionnels de santé nécessaires pour assurer les services de santé ? Quel sera l'impact des nouvelles technologies sur les travaux des professionnels de santé en activité ? De nouvelles fonctions seront-elles assumées par les professionnels de santé (gestionnaire de données, par exemple) ? Quelles nouvelles organisations devront être imaginées pour s'adapter à ces technologies ? Quelles conséquences politiques imprévues pourraient découler de leur introduction ? On ne dispose pas de suffisamment d'informations pour répondre à ces questions. Les effets des technologies numériques sur le personnel de santé, bien que potentiellement positifs, ne sont pas encore très clairs. Il est essentiel de suivre de près l'évolution des technologies numériques dans le domaine de la santé afin de saisir toutes les opportunités qui se présentent et de surmonter tous les obstacles rencontrés.

Égalité entre les sexes

66. La contribution des femmes à la santé, à l'équité en matière de santé et à l'économie a été largement sous-estimée (53). Ce message est un argument central de notre rapport et non un constat secondaire. L'égalité entre les sexes est l'une des cibles principales des objectifs de développement durable, et elle devrait constituer une priorité dans toutes les recommandations formulées par la Commission, quelles qu'elles soient. L'importance de l'égalité hommes-femmes est clairement démontrée. Prenons un exemple. La réussite de l'économie norvégienne est souvent attribuée à la découverte de pétrole. En réalité, la croissance économique rapide de la Norvège tient beaucoup plus à l'entrée des femmes sur le marché du

travail. Une étude récente a conclu que si les pays accomplissaient les mêmes progrès historiques en matière d'égalité des sexes que le pays le plus en pointe de la région sur le sujet, 12 000 milliards de dollars US pourraient venir s'ajouter au PIB mondial d'ici 2025 (54). Ce chiffre représente une hausse de 11 % du PIB par rapport aux trajectoires actuelles. La feuille de route qui permettrait d'atteindre ce retour sur investissement massif nécessiterait la scolarisation de 60 millions de filles supplémentaires dans l'enseignement secondaire, l'octroi de congés parentaux payés à 57 millions de femmes de plus et l'accès de 180 millions d'autres familles à des services de puériculture. Les besoins non satisfaits en matière d'accès à des moyens de contraception modernes, la réduction de la mortalité maternelle et l'inclusion numérique sont également des catalyseurs déterminants. Les plus grandes possibilités résident dans l'octroi accru de rôles de direction aux femmes, le paiement du travail domestique non rémunéré, la lutte



L'augmentation de 11% du PIB au-delà des projections actuelles pourrait être atteinte si....



la scolarisation de 60 millions de filles supplémentaires dans l'enseignement secondaire



l'octroi de congés parentaux payés à 57 millions de femmes de plus



l'accès de 180 millions d'autres familles à des services de puériculture

contre les préjugés sexistes, les hiérarchies et les vulnérabilités (y compris la violence envers les femmes), la remise en cause des stéréotypes sexistes et la représentation politique. Il convient de favoriser les données et analyses ventilées par sexe afin que les contributions des femmes à la santé puissent être représentées plus précisément et mieux reconnues. Inscire l'emploi en santé dans l'optique de l'égalité des sexes peut être un excellent moyen de promouvoir l'autonomisation des femmes dans la société.

Financement

67. D'où viendra l'argent nécessaire à cet ambitieux programme de réformes ? L'aide au développement dans le domaine de la santé a peu augmenté depuis 2010 et cette tendance à l'insuffisance des apports financiers devrait perdurer (55). De plus, même s'il est prévu que les dépenses mondiales en matière de santé augmentent, les taux de croissance actuels de la mobilisation des ressources nationales ne sont pas suffisants pour répondre aux besoins de la population en matière de santé. Par conséquent, comment mobiliser les ressources nécessaires dans les pays à faible revenu en vue d'investissements durables, efficaces et efficients dans l'emploi en santé ? Comment élargir la marge de manœuvre budgétaire et financière nécessaire pour investir dans le personnel de santé ? Comment définir la juste rémunération des personnels de santé dans un marché du travail fortement mondialisé ? Comment répartir les rôles entre le financement public et privé ? Les réponses à certaines de ces questions figurent dans une autre partie du présent rapport. Plusieurs autres solutions ont été proposées. D'après la Commission sur l'investissement dans la santé 2013 de *The Lancet*, « compte tenu de la croissance économique attendue dans les pays à revenu faible et intermédiaire, la plupart des coûts supplémentaires liés à la réalisation de la convergence pourraient être couverts par les ressources nationales, même si certains pays continueront d'avoir besoin d'une aide extérieure ». Cette conclusion a été étayée par des éléments probants fournis au groupe d'experts, à savoir que le financement national provenant de sources diverses pourrait être à même de couvrir les salaires du personnel de santé nécessaire en 2030 même dans certains des pays les plus pauvres. Des hypothèses prudentes sur la hausse des recettes des pouvoirs publics affectées à la santé montrent que, sauf pour environ 15 pays, les financements du secteur public sont en mesure de couvrir cette masse salariale. (Remarque importante : ces conclusions optimistes dépendent de la validité des projections de croissance économique, des estimations des niveaux de rémunération spécifiques à chaque catégorie d'agents de santé et des estimations des effectifs nécessaires d'agents de santé spécialisés en 2030). Nous concluons provisoirement, et avec prudence, que les gouvernements peuvent donner la priorité aux investissements nationaux dans les compétences et dans un personnel de santé transformé pour atteindre à la fois de meilleurs résultats en matière de santé et une croissance économique accrue.

68. La manière dont les aides sont versées va probablement changer elle aussi. Si un petit nombre de pays aura encore besoin d'une assistance directe, des investissements plus importants dans les biens publics mondiaux (systèmes d'information sanitaire ou systèmes de recherche, par exemple) constitueront sans doute une tendance évolutive forte. S'agissant du personnel de santé, cela pourrait signifier des investissements dans les ressources éducatives mondiales ou des accords multilatéraux sur les migrations internationales. Certains observateurs, tirant des enseignements de l'épidémie catastrophique d'Ebola, ont également proposé la création d'un fonds international d'urgence pour les systèmes de santé (*International Health Systems Fund*) permettant de financer des ressources humaines mondiales pour l'action sanitaire d'urgence (56). Des mécanismes de financement innovants — tels que la lutte contre l'évitement ou l'évasion fiscale dans les communautés de diaspora, les dons en nature (terres, logement, équipement, temps d'enseignement), des fonds de développement des administrations locales, des fonds d'assurance santé, la réaffectation des budgets consacrés à l'éducation, des dons et dotations, les contributions d'anciens étudiants, les prêts concessionnels, des contrats à impact social et les recettes tirées des soins cliniques — pourraient ensemble

Le financement national provenant de sources diverses pourrait être à même de couvrir les salaires du personnel de santé nécessaire en 2030 même dans certains des pays les plus pauvres.

Réunir les acteurs jouant un rôle essentiel pour concrétiser le changement — souvent un changement radical — dans les politiques nationales et mondiales ne sera pas chose aisée.

avoir un rôle non négligeable à jouer. De plus, repenser le rôle des dispositifs verticaux de financement de la santé, tel que GAVI et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (le Fonds mondial), pourrait offrir un moyen très efficace de stimuler les investissements dans les ressources humaines pour la santé. Par exemple, en dépit d'importantes pénuries d'agents de santé, GAVI, le Fonds mondial et la Banque mondiale investissent relativement peu dans l'éducation et la formation initiales (57). Et lorsque des investissements dans le personnel de santé sont réalisés, il arrive que la coordination avec les plans de santé nationaux soit insuffisante (58). Enfin, il convient d'envisager un nouveau mécanisme de financement international — tel qu'un fonds mondial de ressources pour la santé (59) — pour financer les investissements dans le personnel de santé. Nous notons que la résolution adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé, en mai 2016, reconnaît implicitement les synergies entre la santé, l'emploi en santé et la croissance économique inclusive :

Le Fonds monétaire international, la Banque mondiale, les banques régionales de développement et d'autres établissements de financement et de prêt [sont invités] à adapter leurs politiques macroéconomiques et leurs critères d'investissement au vu d'éléments croissants démontrant que les investissements dans la planification du personnel de santé, et la formation, le perfectionnement, le recrutement et la fidélisation des agents de santé sont propices au développement économique et social et à la réalisation des objectifs de développement durable (60).

Gouvernance

69. Aucune de nos propositions, recommandations ou mesures d'appui ne peut être mise en œuvre sans prêter davantage attention aux questions de gouvernance. Réunir les acteurs jouant un rôle essentiel pour concrétiser le changement — souvent un changement radical — dans les politiques nationales et mondiales ne sera pas chose aisée. Par exemple, les transformations que nous proposons en matière d'éducation pourraient bien se heurter à la résistance des professionnels puisqu'il est probable qu'elles aient un effet sur les sources traditionnelles de pouvoir dans les universités ou les écoles de formation professionnelle. Selon nous, les clés du succès résident dans :

- le renforcement des capacités et la définition des responsabilités quant à la fourniture d'une couverture sanitaire universelle, notamment la gestion des personnels de santé, la planification, la réglementation et la direction ;
- la définition claire des objectifs et des valeurs en ce qui concerne la couverture sanitaire universelle, l'équité et la qualité ;
- la mise à disposition du public de données fiables pour permettre le suivi des progrès vers la réalisation de ces objectifs ;
- la création de mécanismes nationaux pour favoriser des discussions et des débats participatifs transparents sur la signification de ces données (intégrant par exemple, toutes les parties prenantes, comme les agents de santé, les syndicats, les associations de patients et les familles) ;
- l'engagement à donner suite aux présentes conclusions, et à prendre des mesures au plus haut niveau politique, avec le soutien, si nécessaire, d'une législation adaptée ;

- une surveillance et un contrôle permanents, faisant intervenir les parlements, les syndicats, la société civile, les professions de santé et le milieu universitaire ;
- la mise en œuvre de mesures réglementaires appropriées, en veillant à l'harmonisation entre les pays, pour que les locaux, les pratiques et les professionnels atteignent les objectifs liés à une couverture sanitaire universelle de haute qualité, l'une des conditions préalables indispensables de la croissance inclusive.

70. La promotion de la participation des jeunes à la mise en œuvre et à la gouvernance des réformes que nous proposons est une autre dimension à envisager. La participation des jeunes gens à des programmes de santé communautaire, à l'éducation et la formation professionnelles, et à tous les aspects de l'emploi direct dans le secteur sanitaire est essentielle lorsque l'on s'intéresse à la question de l'emploi des jeunes. Leur participation compte non seulement pour leur propre avenir, mais elle contribue aussi à la croissance économique inclusive, à la stabilité sociale et au développement durable.

71. Ces réformes en matière de gouvernance s'accéléreront si la demande des citoyens en faveur des objectifs prioritaires qu'elles visent — une couverture sanitaire universelle et une croissance économique inclusive — se fait plus pressante. L'activisme de la société civile à l'appui de la responsabilité sociale jouera un rôle déterminant dans la concrétisation de nos recommandations. L'importance du renforcement du dialogue social ne saurait être surestimée. Dans les éléments fournis au groupe d'experts, l'Afrique du Sud soulignait combien il était important de disposer de cadres juridiques solides (reposant sur sa Constitution) à l'appui de la gouvernance. Mais elle insistait également sur l'utilité des conseils de négociation, qui constituent de véritables plateformes où les employeurs et les employés, ainsi que les syndicats, peuvent se réunir et négocier. Nous souhaitons également faire remarquer que le fait d'appeler à davantage de leadership pour catalyser l'action est aussi un appel à ce que davantage de femmes assument les rôles de direction en question.

Leur participation compte non seulement pour leur propre avenir, mais elle contribue aussi à la croissance économique inclusive, à la stabilité sociale et au développement durable.

Un enjeu se cache derrière les ressources humaines pour la santé : l'affectation et la mutation de personnel

L'affectation et la mutation du personnel englobent le déploiement initial et les mutations ultérieures. Ces derniers sont jugés « irrationnels » lorsqu'ils ne sont pas adaptés aux besoins de la population en matière de santé. Dans de nombreux pays, la mauvaise répartition des agents de santé à l'heure actuelle résulte en partie de pratiques irrationnelles.

Des cas d'affectation et de mutation irrationnelles de personnel de santé ont ainsi été signalés dans plusieurs pays à revenu faible ou intermédiaire, notamment l'Éthiopie, le Ghana, le Guatemala, l'Inde, l'Indonésie, le Népal, le Niger, le Nigéria, la République dominicaine, la République-Unie de Tanzanie et la Sierra Leone (1–11). Selon les enquêtes menées par la Banque mondiale auprès d'agents de la fonction publique, l'achat de postes dans le secteur de santé est une pratique courante, qui concerne 9 % des postes au Bénin, et jusqu'à 50 % en Zambie (12). Les données disponibles actuellement indiquent que de nombreux cadres et personnels administratifs du secteur de la santé (qu'il s'agisse de spécialistes ou de travailleurs de proximité) sont concernés par ces pratiques. Certains éléments indiquent même que le nombre de mutations est moins élevé pour les agents se situant à l'échelon le plus bas de la hiérarchie, qui sont souvent recrutés localement (8, 13, 14).

L'affectation et la mutation du personnel sont étroitement liées à la répartition du pouvoir entre plusieurs niveaux de gouvernance. Les préférences individuelles sont généralement ignorées lors des négociations qui se déroulent dans un contexte caractérisé par des réglementations et mesures d'incitation officielles et officieuses, un manque de ressources humaines pour la santé, des ententes et un favoritisme politiques, des réseaux personnels et une certaine corruption (1, 4–6, 8–10). Les affectations et les mutations irrationnelles ont des répercussions à la fois sur le personnel et sur le système de santé. Cela peut contribuer à la répartition inégale et à l'absentéisme des agents de santé, mais aussi saper l'efficacité et le moral des équipes ainsi que les efforts fournis par les gouvernements pour améliorer l'accès et la qualité des soins. Ce sont souvent les régions les plus pauvres qui sont le plus exposées aux conséquences négatives de ces pratiques (1, 15).

Malgré son lien évident avec les objectifs sanitaires mondiaux, la question de l'affectation et de la mutation du personnel est généralement passée sous silence au niveau de la gouvernance des systèmes de santé, même si elle fait de plus en plus débat au sein des administrations publiques. Les pratiques actuelles se faisant souvent de manière tacite et par le biais de systèmes parallèles, les questions d'affectation et de mutation sont rarement mentionnées explicitement dans les forums nationaux ou internationaux. Elles ont pourtant un impact sur la répartition équitable et la rétention du personnel, les réformes de l'administration publique et la corruption. C'est pourquoi elles sont associées à diverses stratégies nationales et internationales, ainsi qu'aux priorités retenues quant à l'élaboration des politiques.

Références à la page 62

Un plan d'action sur cinq ans : conclusions, recommandations et possibilités d'action pour la Commission

72. Les gouvernements à travers le monde cherchent à optimiser non seulement leur sécurité nationale, mais aussi leur sécurité économique. Si la première peut être renforcée par un subtil dosage de diplomatie et de défense, la seconde peut sembler un objectif plus énigmatique. Il n'existe pas de règle simple pour atteindre une croissance économique soutenue et inclusive, des emplois décents et la prospérité pour tous. Les livres d'économie ne fournissent pas de formules convaincantes pour réussir. Nous pensons toutefois que, si les gouvernements font les bons choix concernant l'emploi en santé, ils peuvent tabler sur l'un des résultats les plus exaltants du XXI^e siècle pour leur population— une couverture sanitaire universelle, des emplois décents pour tous, une croissance économique soutenue et inclusive et la sécurité humaine et économique.

De plus, ils doivent maintenant s'intéresser à la question de la sécurité sanitaire mondiale. L'émergence d'épidémies catastrophiques, anciennes et nouvelles, a mis en lumière la fragilité des pays, et celle des systèmes de santé en particulier. La sécurité sanitaire mondiale commence avec la sécurité sanitaire individuelle — la sécurité des populations dépend de la fourniture d'une couverture sanitaire universelle.

73. Notre idée, que nous soumettons à la Commission, est de mettre en œuvre un plan d'action sur cinq ans (2016-21) pour un personnel de santé étoffé, transformé, interdépendant et durable, afin d'accélérer la croissance économique inclusive et de garantir à tous une vie saine, le bien-être, l'équité et la sécurité économique. Nous ne recommandons pas de continuer comme si de rien n'était. Nous ne proposons pas que les gouvernements investissent dans l'augmentation du nombre d'agents de santé comme ils le font actuellement. Nous proposons plutôt une nouvelle perspective d'avenir, faite de changements, de réformes et de possibilités d'optimisation des ressources. Les éléments probants que nous avons rassemblés montrent que le système de santé est une institution économique, et sociale, centrale. Le personnel de santé, des agents de santé communautaire aux professionnels de santé tels que les sages-femmes, les infirmières et infirmiers et les médecins, ainsi que le personnel opérant en dehors du secteur de la santé, qui apporte son appui à la réalisation des objectifs de santé, sont un investissement dans la croissance et la stabilité économiques. Nous délivrons trois messages clés et formulons dix recommandations — qui devraient être appliquées progressivement sur une période de cinq ans (2016-21) — en vue de concrétiser notre ambition d'amorcer une nouvelle ère de prospérité économique et sociale au moyen d'investissements dans

Un calendrier d'action sur cinq ans (2016–21) : messages clés, recommandations et possibilités d'action que nous proposons à la Commission

A. Transformer et étoffer le personnel de santé et de santé publique, notamment en réformant les compétences et la composition de cette main-d'œuvre, offre la possibilité d'accélérer la croissance économique inclusive et les progrès vers l'équité en santé.

1. Réforme de l'éducation

Les pays doivent commencer à mettre en place les réformes visant à transformer les programmes d'éducation et de formation des agents de santé, en mettant l'accent sur les contenus pédagogiques axés sur les compétences, l'interprofessionnalisme, le travail d'équipe, l'engagement social, la conduite éthique, le respect des droits, les aptitudes à une communication efficace et respectueuse des particularités culturelles, les parcours d'apprentissage et l'apprentissage tout au long de la vie — et former des agents de santé dotés des compétences nécessaires pour fournir des services de santé publique axés sur la communauté ainsi que des soins cliniques continus et intégrés centrés sur la personne.

2. Innovation en matière de main-d'œuvre

Les pays, quel que soit leur stade de développement, devraient entamer une mise à l'échelle ambitieuse de l'éducation et de la formation des agents de santé, en utilisant des investissements publics et privés soigneusement réglementés dans le cadre de plans nationaux, afin de disposer d'effectifs suffisants dans chaque catégorie de personnel sanitaire nécessaire, et envisager le partage des tâches et la mise en place de nouveaux cadres de santé, afin de mettre à disposition la main-d'œuvre la plus performante possible.

3. Transformation technologique

Tous les pays doivent lancer des programmes permettant aux agents de santé d'utiliser les technologies appropriées, non seulement pour fournir de manière optimale une vaste gamme de services de santé, mais aussi pour utiliser efficacement et durablement les systèmes d'information sanitaire utiles aux programmes et aux politiques.

B. Parvenir à une couverture sanitaire universelle centrée sur la personne et la communauté en augmentant l'emploi, en répartissant équitablement les emplois décents entre le personnel de santé et le personnel opérant dans d'autres secteurs, sera le fondement incontournable d'une croissance économique inclusive et du développement durable.

4. Un personnel de santé à l'appui de la croissance

Les pays, en particulier ceux à revenu faible et intermédiaire doivent, à travers la mobilisation politique et de nouveaux investissements financiers, élaborer et mettre en œuvre des stratégies visant à employer un nombre suffisant d'agents de santé afin d'assurer et de garantir l'accès progressif à une couverture sanitaire universelle de qualité — notamment une protection contre les risques financiers, la fourniture de services de santé publique et de soins de santé, et des mesures permettant de remédier aux facteurs sociaux généraux ayant un effet sur la santé, par exemple en relevant la protection sociale minimale — par une meilleure anticipation des futurs besoins en personnel de santé.

5. Priorité aux femmes

Le rôle central que jouent les femmes dans la fourniture de soins de santé doit être reconnu et pleinement récompensé : les pays doivent investir dans les possibilités d'accroître la participation des femmes dans le domaine de la santé, par la collecte de données sexospécifiques, le recrutement, la fidélisation, le soutien sur le lieu de travail, un salaire égal, des mesures d'ascension professionnelle et des programmes innovants de renforcement des capacités d'encadrement.

6. Respect des droits

Les pays doivent réformer les cadres réglementaires pour garantir des emplois décents et les droits du travail aux agents de santé et aux personnels non médicaux, en accordant une attention particulière à une juste rémunération, à la protection sociale, à l'équité hommes-femmes, à l'instauration d'environnements de travail sûrs et sains, et en donnant aux agents de santé et à leurs organisations la possibilité de se faire entendre, ce qui contribuera à accroître l'efficacité des systèmes de santé.

C. Réformer l'aide et la redevabilité dans le cadre du renforcement du système de santé, en mettant l'accent sur les agents de santé qualifiés peut ouvrir une nouvelle ère de coopération internationale pour la sécurité économique et humaine.

7. Transformation de l'aide

Une part plus importante de l'aide octroyée par les donateurs, y compris celle provenant d'institutions de financement telles que le Fonds mondial et GAVI, doit être investie dans le personnel de santé tout en garantissant la prévisibilité du financement. Les partenaires du développement, notamment les partenaires bilatéraux et les mécanismes d'aide multilatéraux, devraient accroître, coordonner et aligner leurs investissements dans l'éducation, l'emploi, la santé, la problématique hommes-femmes et le travail à l'appui des financements nationaux destinés aux priorités en matière de main-d'œuvre nationale.

8. Migrations internationales

Les pays doivent s'attaquer aux facteurs d'attraction et de répulsion qui favorisent le départ de personnels de santé qualifiés de pays connaissant les plus graves pénuries en la matière, notamment à l'aide d'un mécanisme mondial permettant de renforcer la redevabilité des pays de destination et de départ. Conformément aux Conventions de l'OIT et au Code de pratique mondial de l'OMS, les pays doivent également garantir les avantages mutuels tirés de la mobilité internationale des personnels de santé, en protégeant les individus et les pays d'origine/de destination, et en veillant à un traitement égal entre les travailleurs internationaux et les personnels nationaux. Il conviendrait d'envisager des transferts de ressources vers les pays d'origine — par exemple, au moyen d'investissements dans les systèmes de formation des États dont les pays de destination tirent leur personnel.

9. Crises humanitaires

La communauté internationale doit mettre en place des stratégies mondiales visant le déploiement de personnels de santé ainsi que des normes relatives à leur sécurité et à leur protection en temps de guerre, de situation de post-conflit, de catastrophe naturelle et autres crises humanitaires ou complexes — y compris pendant la reprise après une crise. Elle reconnaît en effet la grande valeur ajoutée des personnels de santé et les risques auxquels ils sont exposés dans ces contextes qui, bien que particuliers, sont de plus en plus courants et importants.

10. Information et redevabilité

Nous exhortons les pays et les partenaires à mettre en œuvre une révolution des données en faveur des ressources humaines pour la santé, afin de surveiller, suivre et notifier la progression de la mise à l'échelle du personnel de santé. De plus, un mécanisme d'examen indépendant devrait être mis en place, par exemple, par le *Global Health Workforce Network*, en vue de suivre les avancées réalisées au cours des cinq prochaines années (entre 2016 et 2021) en ce qui concerne la mise en œuvre des recommandations et actions possibles proposées à la présente Commission. Ce processus donnerait lieu à un compte-rendu annuel au Secrétaire général des Nations Unies sur l'emploi en santé et la croissance économique. Il faudrait en outre que les partenaires du développement donnent la priorité au financement de travaux de recherche pour lever les incertitudes concernant les contributions des personnels de santé à la croissance et à la stabilité économiques. Enfin, nous invitons la Commission à étudier et soutenir l'idée d'avoir une journée internationale du personnel de santé, afin de favoriser la sensibilisation, l'attention, l'action et la redevabilité.

Le groupe d'experts suggère que la Commission prenne des mesures en faveur de ces dix domaines prioritaires, et formule des recommandations pratiques accompagnées de délais et d'indicateurs pour promouvoir, encourager et assurer une redevabilité rigoureuse et indépendante.

le système de santé (voir l'encadré 3 et la figure 8). Le groupe d'experts suggère que la Commission prenne des mesures en faveur de ces dix domaines prioritaires, et formule des recommandations pratiques accompagnées de délais et d'indicateurs pour promouvoir, encourager et assurer une redevabilité rigoureuse et indépendante.

74. Le document intitulé *Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon 2030* souligne l'importance de disposer de données fiables et de la redevabilité. Ce que le groupe d'experts entend par redevabilité, c'est un cadre s'appuyant sur le Groupe d'examen indépendant d'experts sur l'information et la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant (61) — qui consiste, mais sans s'y limiter, à surveiller, examiner et agir. Ce travail est le fondement d'un nouveau modèle de redevabilité élargi élaboré par le groupe indépendant chargé de la redevabilité et conforme au droit international. La redevabilité peut s'appliquer à deux niveaux — au niveau international et national. Ces mécanismes de redevabilité peuvent être un moyen très efficace de galvaniser le soutien politique et l'action en faveur des ressources humaines pour la santé. Il sera important d'associer les processus de redevabilité à des données fiables sur les ressources humaines pour la santé, celles-ci pouvant par exemple provenir de l'OMS ou de l'*Institute of Health Metrics and Evaluation*. En mettant en place un mécanisme d'examen indépendant dans le cadre du *Global Health Workforce Network* pour la période 2016-21, la Commission montrera qu'elle est désireuse de veiller à ce que ses recommandations soient non seulement prises au sérieux, mais également mises en œuvre. Sans cet intervalle de temps défini pour passer à l'action et sans un mécanisme de redevabilité indépendant, le groupe d'experts craint que ses recommandations et celles de la Commission ne soient trop facilement marginalisées.

75. En dépit d'avancées technologiques permanentes, la santé et la protection sociale continueront d'avoir besoin d'une forte main-d'œuvre. Pourtant les pressions en faveur de l'amélioration de la productivité du secteur sanitaire sont fortement ressenties dans les systèmes de santé en période de pressions budgétaires et financières. L'augmentation de la productivité est un objectif à long terme auquel les pays doivent s'atteler dans un contexte marqué par une demande croissante de services de santé. Accroître la productivité dans les systèmes de santé s'est avéré notoirement difficile. De nombreux pays envisagent des investissements dans les technologies de l'information et l'infrastructure numérique. Étant donné que les personnels de santé qualifiés travaillent déjà d'arrache-pied dans la plupart des pays, l'objectif ne doit pas être de les faire travailler encore plus dur. L'organisation du travail, une bonne coordination, l'exploitation maximale des aptitudes et compétences des professionnels de santé et l'optimisation de leurs champs de pratique sont des mesures indispensables à une hausse de la productivité. Des données probantes montrent par exemple que les prestataires non-médecins peuvent être à l'origine de gains de productivité, tels que la réduction des frais par service assuré dans les centres de soins primaires et les hôpitaux. Parvenir à réaliser ces gains de productivité est crucial pour que les personnels de santé puissent fournir des services à toute la population, à un coût abordable. Malgré ces initiatives, il est possible et nécessaire d'en faire beaucoup plus, notamment en ce qui concerne le partage des tâches et la modification de la composition du personnel. Les mesures visant la mise en place des modèles de prestation innovants et le développement de professionnels intermédiaires restent à la traîne. De nouvelles réformes permettront de veiller à ce qu'un emploi accru dans le secteur de la santé débouche sur de meilleurs résultats en termes de santé et de gains de productivité. Ces réformes doivent être suivies d'une solide évaluation de leurs impacts.

76. La réussite dépendra à la fois de solutions techniques et politiques. Citons à titre d'exemple la résolution adoptée en mai 2016 par les États membres de l'OMS à la 69^e Assemblée mondiale de la Santé, à l'occasion de laquelle une nouvelle stratégie en matière de main-d'œuvre a été officiellement approuvée par les gouvernements (60). Dans

cette résolution, les États membres s'engageaient fermement à « inclure une évaluation des effets pour les personnels de santé des résolutions techniques présentées à l'Assemblée de la Santé et aux comités régionaux [de l'OMS] ». Cet engagement explicite en faveur de la redevabilité à l'égard des personnels de santé est le bienvenu. Le groupe d'experts demande que la Commission poursuive ses travaux et invite les gouvernements à réunir, immédiatement après son lancement, un sommet ministériel — auquel participeront les ministres des Finances, ainsi que les ministres de la Santé, de l'Éducation et de l'Emploi — afin de profiter d'un contexte politique unique : axer les efforts sur le défi intersectoriel posé par l'optimisation des compétences et la création d'emplois en vue d'une croissance économique inclusive, et en particulier sur la contribution spéciale que le secteur de la santé peut, selon nous, apporter à l'emploi et à la réussite économique.

77. Nous sommes également conscients que les pays auront besoin de leurs propres solutions personnalisées. Il n'est pas possible de concevoir un seul et même schéma directeur pour l'emploi dans le secteur de la santé et la croissance économique inclusive, commun à tous les pays. La combinaison appropriée d'agents de santé communautaire, de professionnels de santé de niveau intermédiaire et de cadres de santé, tels que les sages-femmes, les infirmières et infirmiers et les médecins, variera d'un pays à l'autre. De plus, chaque pays se trouvera à un stade différent de l'évolution de sa stratégie en matière de main-d'œuvre. Pour certaines nations, l'investissement dans les agents de santé communautaire pourrait être le meilleur moyen de progresser plus rapidement vers la fourniture de services essentiels et la couverture sanitaire universelle. Pour d'autres pays, des réformes directes de la formation professionnelle des infirmières et infirmiers et des médecins pourraient s'avérer plus urgentes. Compte tenu de cette grande diversité de pays et de possibilités d'action, nous demandons à la Commission d'inviter l'OIT, l'OCDE et l'OMS à mettre en place un groupe consultatif scientifique unique chargé de poursuivre les travaux entamés par cette Commission, en portant une attention particulière aux actions, pratiques et leçons apprises dans les différents pays — qui fera chaque année un compte-rendu à la communauté internationale à l'occasion de l'Assemblée mondiale de la Santé. Ce groupe consultatif scientifique pourrait également s'atteler à des questions auxquelles nous n'avons pas pu entièrement répondre dans le cadre de nos propres travaux — par exemple, les innovations naissantes dans l'éducation, les possibilités d'action en matière d'intervention budgétaire, et les recommandations relatives à la formation, au recrutement, au déploiement et à la fidélisation du personnel opérant dans un secteur autre que celui de la santé.

78. Concernant l'application efficace de nos recommandations, nous avons également besoin de pouvoir suivre leur avancée (62). Nous avons donc mis au point une liste provisoire d'indicateurs à des fins de surveillance (encadré 4). Ces indicateurs devraient évoluer et être améliorés au fil du temps. Pour le moment, ils nous semblent être un début raisonnable et nous les recommandons à la Commission.

79. Nos recommandations à la Commission ne devraient pas être lues hors contexte. Elles doivent s'inscrire dans de plus vastes efforts visant à renforcer les systèmes de santé et à assurer une couverture sanitaire universelle. Les agents de santé sont nécessaires, mais pas suffisants pour assurer une couverture sanitaire universelle et garantir une croissance économique inclusive. À cet égard, l'adoption par les États membres de l'OMS d'une résolution lors de la 69^e Assemblée mondiale de la Santé, qui s'est tenue en mai 2016, offre des possibilités très intéressantes. La résolution sur le Renforcement des services de santé intégrés centrés sur la personne (WHA69.24) invitait instamment les États membres à rendre les systèmes de soins de santé plus réactifs aux besoins des personnes, tout en reconnaissant leurs droits et leurs responsabilités quant à leur propre santé, et à promouvoir la coordination des services de santé au sein du secteur de la santé ainsi que la collaboration intersectorielle, afin d'agir sur l'ensemble des déterminants sociaux de la santé et de garantir une approche

En dépit d'avancées technologiques permanentes, la santé et la protection sociale continueront d'avoir besoin d'une forte main-d'œuvre.

Indicateurs proposés en vue de suivre la progression de la mise en œuvre du plan d'action quinquennal, des recommandations et des possibilités d'action

1. *Réforme de l'éducation*

Adoption, par les gouvernements, de plans de réforme pour l'éducation transformative des professionnels de santé.

2. *Innovation en matière de main-d'œuvre*

Publication et mise en œuvre d'un examen de la composition du personnel de santé et de son adéquation avec les besoins de la population.

3. *Transformation technologique*

Preuves de l'utilisation active de procédures appropriées d'évaluation des technologies, et mise en œuvre et évaluation de ces technologies en fonction des résultats obtenus en matière de santé.

4. *Un personnel de santé à l'appui de la croissance*

Augmentation des investissements publics dans la santé pour parvenir à la couverture sanitaire universelle.

5. *Priorité aux femmes*

Mise en œuvre de politiques de recrutement et d'ascension professionnelle tenant compte de la problématique hommes-femmes.

6. *Respect des droits*

Éléments indiquant que de solides cadres en matière de droits du travail s'appliquent aux personnels de santé — en place, mis en œuvre et régulièrement passés en revue.

7. *Transformation de l'aide*

Tous les organismes d'aide intervenant dans le domaine de la santé ont clarifié publiquement les principes éthiques qu'ils appliquent dans leurs relations avec les personnels de santé.

8. *Migrations internationales*

Éléments indiquant l'existence d'un mécanisme de surveillance national indépendant permettant de suivre la mise en œuvre du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé.

9. *Crises humanitaires*

Mettre en place au niveau international et national des mécanismes de soutien aux agents de santé intervenant dans des zones de crise ainsi que des dispositions pour protéger leur sécurité et leurs droits du travail.

10. *Information et redevabilité*

Mettre en place un mécanisme mondial de redevabilité indépendant au sein du *Global Health Workforce Network*.

holistique des services de santé, comprenant la promotion de la santé, et les services de prévention, de diagnostic, de traitement, de prise en charge des maladies, de réadaptation et de soins palliatifs.

80. Des soins de santé respectueux, compatissants et efficaces ne peuvent être assurés que dans un système qui favorise ce type de soins. Nous fondons beaucoup d'espoir dans le rattachement des travaux de cette Commission à la CSU 2030, une nouvelle initiative axée sur la couverture sanitaire universelle. L'objectif global de la CSU 2030 est d'amorcer et d'appuyer un mouvement en faveur de progrès accélérés, équitables et durables vers la couverture sanitaire universelle (ODD 3.8). Ses composantes— dérivées du Partenariat international de santé pour la couverture sanitaire universelle 2030 (IHP+) — incluent une plateforme permettant de coordonner le renforcement du système de santé dans les différents pays, la consolidation de la dynamique politique en faveur de la couverture sanitaire universelle, la mise en œuvre du principe de redevabilité quant aux progrès accomplis dans la réalisation de ces objectifs et le partage de connaissances à des fins d'enseignement. La CSU 2030 sera lancée à l'occasion de l'Assemblée générale des Nations Unies, en septembre 2016, au moment même où la présente Commission présentera son rapport et ses recommandations. Nous observons des synergies vertueuses entre ces deux initiatives et pensons que l'intégration des recommandations formulées par le groupe d'experts et la Commission dans la CSU 2030 pourrait inscrire nos travaux dans un cadre d'action efficace et éprouvé. Ces propositions sont totalement en accord avec la Vision du G7 d'Ise-Shima pour la santé mondiale, dont le sommet s'est réuni en mai 2016 (63).

81. Le groupe d'experts a dû faire face à différentes tensions lors de ses travaux, qui découlaient principalement d'un manque d'éléments probants — la contribution appropriée des secteurs public et privé à l'éducation et à l'emploi, l'équilibre entre les professionnels de santé et les agents de santé communautaire (et les personnels opérant dans le secteur de la santé et autres), la nécessité de veiller à la fidélisation des agents de santé dans les pays tout en respectant la liberté de mouvement, l'utilisation appropriée de la technologie, les bonnes pratiques à suivre en situation de crise humanitaire, le comblement des larges déficits de finances existants pour répondre aux besoins en matière d'emploi dans le domaine de la santé, et l'application du principe de redevabilité dans les pays pour s'assurer que ce qui est dit est fait. Ce que nous avons pu constater durant nos travaux, c'est que quelles que soient les recommandations que nous faisons, elles doivent être étayées par un programme de recherche propre à générer les nouvelles connaissances dont nous avons besoin de toute urgence pour orienter la transformation que nous estimons possible. De plus, comme noté dans le document soumis au groupe d'experts par la Norvège, il est important de faire preuve de prudence lorsque l'on fait des généralisations à partir de données probantes recueillies dans un contexte particulier et appliquées à un autre. On trouvera ci-dessous un certain nombre d'incertitudes que nous n'avons pas pu totalement lever :

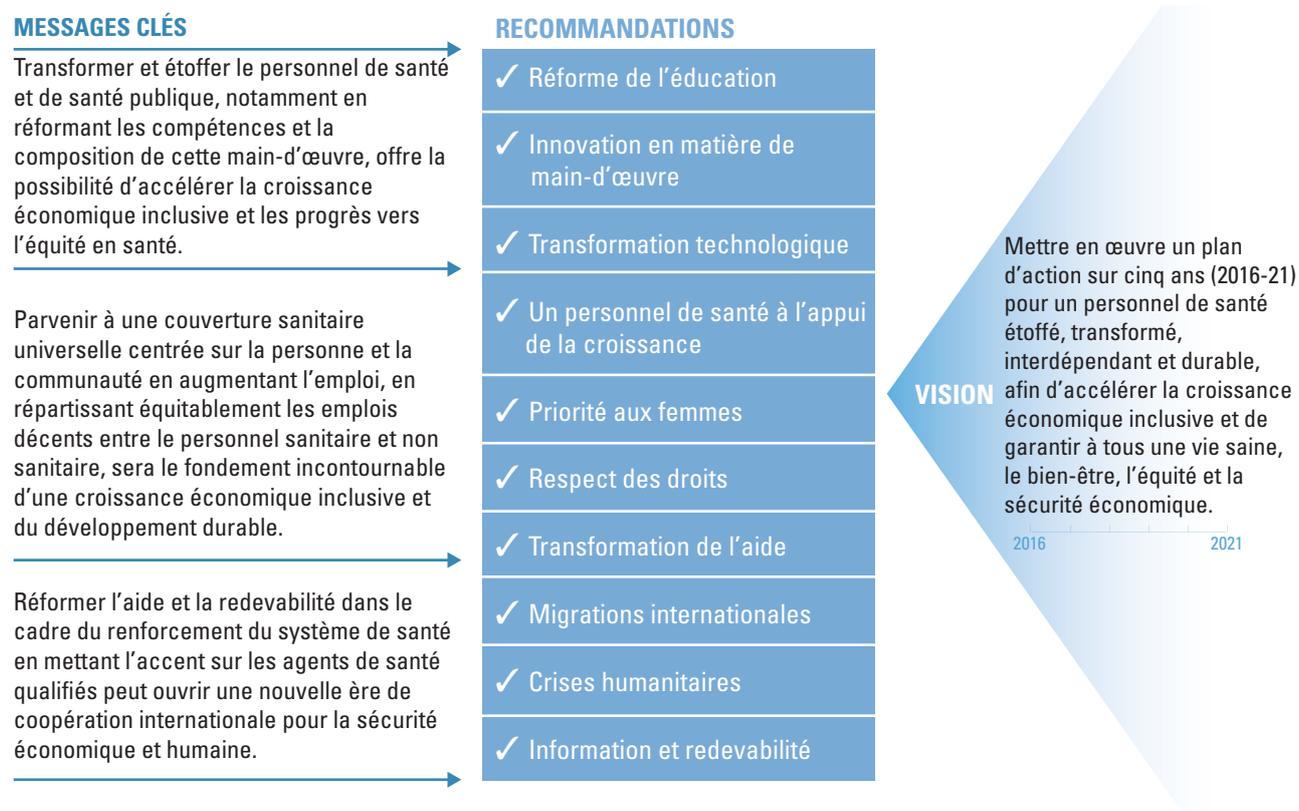
- Quels effets peuvent avoir différents types de formation des professionnels de santé sur les soins aux patients et sur la croissance économique ?
- De quelle manière les agents de santé communautaire peuvent-ils se joindre à des professionnels de santé plus qualifiés pour mettre sur pied des équipes multidisciplinaires efficaces ?
- Quels sont les moyens les plus efficaces de fidéliser les personnels de santé tentés de quitter leur pays d'origine ?

- Existe-t-il des pays à même de fournir des éléments probants montrant que les investissements dans le personnel de santé débouchent sur la croissance économique ? Ces effets varient-ils en fonction de la catégorie de revenu du pays ?
- Quels seront les impacts de la transition épidémiologique sur les économies et de quelle manière le personnel de santé influera-t-il dessus ?
- Quelles sont les compétences et quels sont les effets (sanitaires et économiques) d'un personnel de santé œuvrant essentiellement pour la prévention comparé à un personnel concentrant ses efforts sur le traitement ?
- Quels modèles de composition et de déploiement du personnel de santé sont les plus adaptés à différentes situations de crise humanitaire ?
- Quels sont les impacts probables d'accords commerciaux sur la santé et sur le personnel de santé ?
- Quels sont les impacts sanitaires de différentes catégories et combinaisons de prestataires opérant dans le secteur privé et public ?
- Que nous ont appris les différents contextes humanitaires en termes de santé, de personnel de santé et d'économies ?
- L'impact des interventions technologiques sur la santé peut-il être ventilé en fonction de la catégorie économique du pays ?
- Quels mécanismes réglementaires sont nécessaires pour que les établissements d'enseignement optimisent la qualité et la répartition de leurs agents de santé ?
- Quels sont les obstacles qui empêchent les femmes d'intégrer le personnel de santé ? Quelles sont leurs possibilités ?
- En quoi les prix et la productivité sont-ils difficiles à mesurer dans le secteur de la santé ?
- Quels sont les bénéfices, sur le plan économique et sanitaire, des investissements dans le personnel assurant des soins de santé primaires ?
- Quels sont les mécanismes à travers lesquels les investissements dans le personnel de santé favorisent la cohésion sociale ?
- Si les gouvernements ne sont pas parvenus à mettre en place une réglementation efficace, pourquoi devrait-on s'attendre à ce qu'ils réussissent à investir dans l'emploi en santé ?

82. Au fond de nous, nous sommes tous conscients de la contribution des agents de santé à la société, qui est toutefois souvent cachée et invisible. Les pays doivent valoriser davantage leurs agents opérant dans le secteur de la santé ou autres et leur contribution aux progrès vers la réalisation des objectifs nationaux sociaux et économiques. Les effets directs du personnel de santé sur l'amélioration de la santé des individus et des populations sont clairs et démontrables. Mais nous estimons qu'il existe désormais des preuves irréfutables montrant que le personnel de santé a d'autres impacts positifs et, jusqu'à présent, sous-estimés sur l'économie. Nous pensons que la diffusion à grande échelle de ces preuves, ainsi que nos trois messages clés et dix recommandations soumis à la Commission dans le cadre d'un plan d'action quinquennal, pourrait déclencher une

FIGURE 8

Synthèse du plan d'action quinquennal du groupe d'experts (2016-21), messages clés, recommandations, possibilités d'action et perspective



réévaluation de la dynamique de la santé dans la société — un message universel à toutes les nations.

83. À l'aube d'une nouvelle ère de développement durable, investir dans la santé et dans le personnel de santé, l'un des éléments clés du système de santé, est l'occasion idéale pour renouveler le contrat social au sein des peuples et des gouvernements et entre eux — en appelant la société civile à exiger des réformes ; en reconnaissant comme un objectif social commun le droit au plus haut niveau de santé qu'il soit possible d'atteindre, un niveau dont on se rapproche petit à petit ; en favorisant la solidarité nationale et mondiale ; et en parvenant à un consensus sociétal selon lequel vivre en bonne santé est non seulement une responsabilité gouvernementale, mais aussi un devoir civique. Investir dans le personnel de santé catalyse l'action intersectorielle, en particulier par le biais des déterminants sociaux de la santé, et accélère la réalisation de l'égalité hommes-femmes. Il s'agit d'impératifs tout autant politiques que sanitaires et économiques. Les objectifs que nous nous sommes fixés ne seront pas atteints sans lutte politique ni sans soutien technique. La Commission de haut niveau sur l'Emploi en Santé et la Croissance économique est un excellent exemple de l'importance politique du développement durable — un moyen de promouvoir les avantages universels pour la société et l'équité intergénérationnelle, et de veiller à ce que nous œuvrions pour l'avenir tout comme nous le faisons pour le présent. Nous invitons la Commission à saisir ces occasions dès maintenant.



ANNEXE 1

Références

Rapport principal

1. Groupe de la Banque mondiale. Global economic prospects, June 2016: divergence and risks. Washington (D.C.) : Banque mondiale, 2016 (<http://www.worldbank.org/en/publication/global-economic-prospects>, consulté le 8 juillet 2016).
2. Réunion des ministres des Finances et des gouverneurs des banques centrales du G20 - communiqué. Centre de recherche sur le G20 [Internet], 27 février 2016 (<http://www.g20.utoronto.ca/2016/160227-finance-en.html>, consulté le 8 juillet 2016).
3. Emploi et questions sociales dans le monde. Genève : Organisation internationale du Travail, 2015 (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-dgreports/-dcomm/-publ/documents/publication/wcms_443504.pdf, consulté le 8 juillet 2016).
4. Rapport sur le développement humain 2015 : le travail au service du développement humain. New York : Programme des Nations Unies pour le développement, 2015 (http://hdr.undp.org/sites/default/files/2015_human_development_report_overview_-_fr.pdf, consulté le 8 juillet 2016).
5. World Development Report 2013: Jobs. Washington (D.C.) : Banque mondiale, 2012 (<http://dx.doi.org/10.1596/978-0-8213-9575-2>, consulté le 8 juillet 2016).
6. Dumont, J. C., Lafortune, G. Migrations internationales des médecins et du personnel infirmier vers les pays de l'OCDE : tendances récentes et implications politiques. Note de synthèse n° 6.
7. Jamison, D. T., Summers, L. H., Alleyne, G., Arrow, K. J., Berkley, S., Binagwaho, A., *et al.* Global health 2035: a world converging within a generation. *The Lancet*, 7 décembre 2013 ; 382 (9908) : 1898–955. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62105-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62105-4), PMID : 24309475.
8. Aghion, P., Howitt, P. et Murin, F. The relationship between health and growth: when Lucas meets Nelson-Phelps. Document de travail du NBER n° 15813. Cambridge (MA) : National Bureau of Economic Research, mars 2010 (<http://www.nber.org/papers/w15813>, consulté le 8 juillet 2016).
9. Hartwig, J. What drives health care expenditure?—Baumol's model of 'unbalanced growth' revisited. *J. Health Econ.*, mai 2008 ; 27 (3) : 603–23. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhealeco.2007.05.006>, PMID : 18164773.
10. Hartwig J. Can Baumol's model of unbalanced growth contribute to explaining the secular rise in health care expenditure? An alternative test. *Appl. Econ.* 2011 ; 43 (2) : 173–84. <http://dx.doi.org/10.1080/00036840802400470>.
11. Arcand J. L., Araujo E. C., Menkulasi G., Weber M. Health sector employment, health care expenditure, and economic growth. Washington (D.C.) : Banque mondiale, 2016 (à paraître).
12. Arcand, J. L., Berkes, E. et Panizza, U. Too much finance? *J. Econ. Growth*, 2015 ; 20(2) : 105–48. <http://dx.doi.org/10.1007/s10887-015-9115-2>.
13. Henke, K.-D. The economic and the health dividend of the health care system. Vilnius, Lituanie, 19–20 novembre 2013 [Internet] (<http://docplayer.net/3652759-The-economic-and-the-health-dividend-of-the-health-care-system.html>, consulté le 8 juillet 2016).
14. Pissarides, C. Forum économique mondial, 2016.
15. Langer, A., Meleis, A., Knaul, F. M., Atun, R., Aran, M., Arreola-Ornelas, H. *et al.* Women and Health: the key for sustainable development, *The Lancet*, 19 septembre 2015 ; 386 (9999) : 1165–210. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60497-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60497-4), PMID : 26051370.
16. Magar, V., Gerecke, M., Dhillon, I., Campbell, J. Women's contribution to sustainable development through work in health: Using a gender lens to advance a transformative 2030 agenda. Note d'orientation. Commission de haut niveau sur l'Emploi en Santé et la Croissance économique, OMS, 2016, à paraître.
17. Mathonsi, C. Women's contribution to the economy: we cannot ignore the evidence. Businesswomen's Association of South Africa [Internet], 9 septembre 2013 (<http://www.bwasa.co.za/news/women-s-contribution-to-the-economy-we-cannot-ignore-the-evidence>, consulté le 8 juillet 2016).
18. OMS. Besoins, demande et pénurie de personnels de santé à l'horizon 2030. Note de synthèse n° 1.
19. Stiglitz, J. The Price of Inequality. New York : W. W. Norton & Company, 2012.
20. Groupe de la Banque mondiale. The Economic Impact of the 2014 Ebola Epidemic: Short and Medium Term Estimates for West Africa. Washington (D.C.) : Banque mondiale, 2014 (http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2014/10/07/000456286_20141007140300/Rendered/PDF/912190WP0see0a00070385314B00PUBLIC0.pdf, consulté le 8 juillet 2016) OU (<http://tinyurl.com/ntgd9am>, consulté le 8 juillet 2016).
21. Hicks, C. C., Levine, A., Agrawal, A., Basurto, X., Breslow, S. J., Carothers, C. *et al.* Engage key social concepts for sustainability. *Science*. 1^{er} avril 2016 ; 352 (6281) : 38–40. <http://dx.doi.org/10.1126/science.aad4977>, PMID : 27034361.
22. Forum économique mondial. The Future of Jobs, janvier 2016 (http://www3.weforum.org/docs/WEF_Future_of_Jobs.pdf, consulté le 8 juillet 2016).
23. Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon 2030. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2016 (<http://www.who.int/workforcealliance/events/FR-GlobStratHRHealthWorkforce2030.pdf>, consulté le 8 juillet 2016).
24. Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T. *et al.* Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 4 décembre 2010 ; 376 (9756) : 1923–58. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5), PMID : 21112623.
25. Rafferty, A. M., Clarke, S. P., Coles, J., Ball, J., James, P., McKee M. *et al.* Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records. *Int. J. Nurs. Stud.*, février 2007 ; 44 (2) : 175–82. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.08.003>, PMID : 17064706.
26. Van den Heede, K., Lesaffre, E., Diya, L., Vleugels, A., Clarke, S. P., Aiken, L. H. *et al.* The relationship between inpatient cardiac surgery mortality and nurse numbers and educational level: analysis of administrative data. *Int. J. Nurs. Stud.*, juin 2009 ; 46 (6) : 796–803. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.12.018>, PMID : 19201407.
27. Needleman, J., Buerhaus, P., Pankratz, V. S., Leibson, C. L., Stevens, S. R., Harris, M. Nurse staffing and inpatient hospital mortality. *N. Engl. J. Med.*, 17 mars 2011 ; 364 (11) : 1037–45. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMsa1001025>, PMID : 21410372.

28. Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R. *et al.* pour le consortium RN4CAST. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 24 mai 2014 ; 383 (9931) : 1824–30. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8), PMID : 24581683.
29. ten Hoop-Bender, P., de Bernis, L., Campbell, J., Downe, S., Fauveau, V., Fogstad, H. *et al.* Improvement of maternal and newborn health through midwifery. *The Lancet*, 27 septembre 2014 ; 384 (9949) : 1226–35. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60930-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60930-2), PMID : 24965818.
30. Rao, M., Rao, K. D., Kumar, A. K. S., Chatterjee, M., Sundararaman, T. Human resources for health in India. *The Lancet*, 12 février 2011 ; 377 (9765) : 587–98 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61888-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61888-0), PMID : 21227499.
31. Scheffer, M. C., Dal Poz, M. R. The privatization of medical education in Brazil: trends and challenges. *Hum. Resour. Health*, 17 décembre 2015 ; 13 (1) : 96 <http://dx.doi.org/10.1186/s12960-015-0095-2>, PMID : 26678415.
32. Reynolds, J., Wisaijohn, T., Pudpong, N., Watthayu, N., Dalliston, A., Suphanchaimat, R. *et al.* A literature review: the role of the private sector in the production of nurses in India, Kenya, South Africa and Thailand. *Hum. Resour. Health*, 12 avril 2013 ; 11 (1) : 14. <http://dx.doi.org/10.1186/1478-4491-11-14>, PMID : 23587128.
33. McPake, B., Squires, A., Agya, M., Araujo, E. C. The economics of health professional education and careers: insights from a literature review. Washington (D.C.) : Banque mondiale, 2015. <http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0616-2>.
34. Singh, P., Sachs, J. D. 1 million community health workers in sub-Saharan Africa by 2015. *The Lancet*, 27 juillet 2013 ; 382 (9889) : 363–5. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62002-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62002-9), PMID : 23541538.
35. Dahn, B., Woldemariam, A. T., Perry, H., Maeda, A., von Glahn, D., Panjabi, R. *et al.* Strengthening Primary Health Care through Community Health Workers: Investment Case and Financing Recommendations. [Éditeur inconnu], juillet 2015 (<http://www.who.int/hrh/news/2015/CHW-Financing-FINAL-July-15-2015.pdf?ua=1>, consulté le 8 juillet 2016).
36. Lewin, S., Munabi-Babigumira, S., Glenton, C. *et al.* Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases. Base de données des revues systématiques Cochrane, 2010 ; CD 004015 (<http://apps.who.int/whr/reviews/langs/CD004015.pdf>, consulté le 8 juillet 2016).
37. McPake, B., Edeka, I., Witter, S., Kielmann, K., Taegtmeier, M., Dieleman, M. *et al.* Cost-effectiveness of community-based practitioner programmes in Ethiopia, Indonesia and Kenya. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 1^{er} septembre 2015 ; 93 (9) : 631–639A. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.144899>, PMID : 26478627.
38. Salsberg, E. et Quigley, L. Achieving sustainable and appropriately trained human resources for ageing populations, 19 avril 2016.
39. Mackintosh, M., Channon, A., Karan, A., Selvaraj, S., Cavagnero, E. et Zhao, H. What is the private sector? Understanding private provision in the health systems of low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 26 juin 2016. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00342-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00342-1).
40. McPake, B. et Hanson, K. Managing the public-private mix to achieve universal health coverage. *The Lancet*, 26 juin 2016. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00344-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00344-5).
41. Rubinstein, L. No protection, no respect: health workers and health facilities under attack 2015 and early 2016. Washington (D.C.) : Safeguarding Health in Conflict Coalition, mai 2016 (<https://www.safeguardinghealth.org/sites/shcc/files/SHCC2016final.pdf>, consulté le 7 juillet 2016).
42. Report on Attacks on Health Care in Emergencies: based on consolidated secondary data, 2014 and 2015. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2016 (<http://www.who.int/hac/techguidance/attacksreport.pdf>, consulté le 8 juillet 2016).
43. Pavignani, E. Human resources for health through conflict and recovery: lessons from African countries. *Disasters*, octobre 2011 ; 35 (4) : 661–79. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-7717.2011.01236.x>, PMID : 21913930.
44. Durham, J., Pavignani, E., Beesley, M. et Hill, P. S. Human resources for health in six health-care arenas under stress: a qualitative study. *Hum. Resour. Health*. 29 03 2015 ; 13(1) : 14. <http://dx.doi.org/10.1186/s12960-015-0005-7>, PMID : 25889864.
45. Witter, S., Falisse, J.-B., Bertone, M. P., Alonso-Garbayo, A., Martins, J. S., Salehi, A. S. *et al.* State-building and human resources for health in fragile and conflict-affected states: exploring the linkages. *Hum. Resour. Health*. 15 05 2015 ; 13 (1) : 33. <http://dx.doi.org/10.1186/s12960-015-0023-5>, PMID : 25971407.
46. Dumont, J. et Lafortune, G. Migrations internationales des médecins et du personnel infirmier vers les pays de l'OCDE : tendances récentes et implications politiques. Note de synthèse, Commission de haut niveau sur l'Emploi en Santé et la Croissance économique, OMS, 2016, à paraître.
47. Hutch, A., O'Flynn, E., Derbew, M., Jani, P., Tierney, S., Mkandawire, N. *et al.* Retention of surgery graduates in East, Central, and Southern Africa ; Abstract 2.2. *In* Global health partnerships: Innovations in surgery, education and research. [Conférence], 21–22 avril 2016 (https://www.rcsi.ie/files/newsevents/docs/20160511023522_FINAL%20GHP%20programme.pdf, consulté le 8 juillet 2016).
48. Prasad, A. In the bonesetter's waiting room: travels through Indian medicine. Londres : Profile Books ; 2016.
49. Northern Periphery Programme. Recruit and Retain Solutions [Internet], 2014 (http://www.nsdms.no/filarkiv/File/rapporter/RR_fact_sheet_solutions_FINAL_290414.pdf, consulté le 8 juillet 2016).
50. Accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées grâce à une meilleure fidélisation : recommandations pour une politique mondiale. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2010 (<http://www.who.int/hrh/retention/guidelines/fr/>, consulté le 8 juillet 2016).
51. Strasser, R., Couper, I., Wynn-Jones, J., Rourke, J., Chater, A. B. et Reid, S. Education for rural practice in rural practice. *Educ. Prim. Care*, janvier 2016 ; 27 (1) : 10–4. <http://dx.doi.org/10.1080/14739879.2015.1128684>, PMID : 26862793.
52. Bollinger, R., Chang, L., Jafari, R., O'Callaghan, T., Ngatia, P., Settle, D. *et al.* Leveraging information technology to bridge the health workforce gap. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 1^{er} novembre 2013 ; 91 (11) : 890–2. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.118737>, PMID : 24347719.
53. McKinsey Global Institute. Delivering the power of parity: toward a more gender-equal society. New York : McKinsey and Company, mai 2016 (<http://www.mckinsey.com/~media/mckinsey/global%20themes/employment%20and%20growth/realizing%20gender%20equality%2012%20trillion%20economic%20opportunity/delivering-the-power-of-parity.ashx>, consulté le 8 juillet 2016) OU (<http://tinyurl.com/gpsznlg>, consulté le 8 juillet 2016).
54. Dieleman, J. L., Schneider, M. T., Haakenstad, A., Singh, L., Sadat, N., Birger, M. *et al.* Development assistance for health: past trends, associations, and the future of international financial flows for health. *The Lancet*, 13 avril 2016 ; 387 (10037) : 2536–44. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30168-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30168-4).

55. Dieleman, J. L., Templin, T., Sadat, N., Reidy, P., Chapin, A., Foreman, K. *et al.* National spending on health by source for 184 countries between 2013 and 2040. *The Lancet*, 13 avril 2016 ; 387 (10037) : 2521–35. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30167-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30167-2).
56. Gostin, L. O. Ebola: towards an International Health Systems Fund. *The Lancet*, 11 octobre 2014 ; 384 (9951) : e49–51. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61345-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61345-3), PMID : 25201591.
57. Vujicic, M., Weber, S. E., Nikolic, I. A., Atun, R. et Kumar, R. An analysis of GAVI, the Global Fund and World Bank support for human resources for health in developing countries. *Health Policy Plan.*, décembre 2012 ; 27 (8) : 649–57. <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czs012>, PMID : 22333685.
58. Bowser, D., Sparkes, S. P., Mitchell, A., Bossert, T. J., Bärnighausen, T., Gedik, G. *et al.* Global Fund investments in human resources for health: innovation and missed opportunities for health systems strengthening. *Health Policy Plan*, décembre 2014 ; 29 (8) : 986–97. <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czt080>, PMID : 24197405.
59. Mackey, T. K., Liang, B. A. Restructuring brain drain: strengthening governance and financing for health worker migration. *Global Health Action*, 15 janvier 2013 ; 6 (0) : 1–7. <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v6i0.19923>, PMID : 23336617.
60. Assemblée mondiale de la Santé. Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030. A69/B/CONF/4. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 25 mai 2016 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_BCONF4-fr.pdf, consulté le 8 juillet 2016).
61. iERG. Chaque femme, chaque enfant, chaque adolescent : réalisations et perspectives. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2015 (http://www.who.int/woman_child_accountability/iERG/reports/2015/iERG2015-ExecutiveSummary-FR.pdf?ua=1, consulté le 8 juillet 2016).
62. Cometto, G. et Witter, S. Tackling health workforce challenges to universal health coverage: setting targets and measuring progress. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*. 1^{er} novembre 2013 ; 91 (11) : 881–5. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.118810>, PMID : 24347714.
63. G7 Ise-Shima Vision for Global Health [Internet], 2016 (<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi-8P2m5uTNAhXq54MKHZr9AHYQFggcMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.mofa.go.jp%2Ffiles%2F000160273.pdf&usq=AFQjCNGRjR6a-tyzCIAJy04Ee4ixyZmkw&sig2=WPJa57QwSucz1RmRw5GSyQ&bvvm=bv.126130881,d.amc> consulté le 8 juillet 2016) OU (<http://tinyurl.com/hrpbcsr>, consulté le 8 juillet 2016).

Étude de cas n°1 – Reconnaître, récompenser et préserver le travail des femmes dans le secteur de la santé

1. Razavi, S. et Staab, S. Underpaid and overworked: A cross-national perspective on care workers, *Int Labour Rev.*, 2010 ; 149 (4) : 407–22. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1564-913X.2010.00095.x>.
2. England, P., Budig, M. et Folbre, N. Wages of virtue: the relative pay of care work, *Soc Probl.*, 2002 ; 49 (4) : 455–73. <http://dx.doi.org/10.1525/sp.2002.49.4.455>.
3. Vecchio, N., Scuffham, P. A., Hilton, M. F. et Whiteford, H. A. Differences in wage rates for males and females in the health sector: a consideration of unpaid overtime to decompose the gender wage gap, *Hum Resour Health.*, 25 février 2013 ; 11 (1) : 9. <http://dx.doi.org/10.1186/1478-4491-11-9>, PMID : 23433245.
4. Weeks, W. B., Paraponaris, A. et Ventelou, B. Sex-based differences in income and response to proposed financial incentives among general practitioners in France, *Health Policy*, novembre 2012 ; 113 (-2) : 199-205. <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.09.016>, PMID : 24176289.
5. Weeks, W. B., Wallace, T. A. et Wallace, A. E. How do race and sex affect the earnings of primary care physicians?, *HealthAffairs (Millwood)*, mars/avril 2009 ; 28 (2) : 557-66. <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.28.2.557>, PMID : 19276016.
6. Lo Sasso, A. T., Richards, M. R., Chou, C-F et Gerber, S. E. The \$16,819 pay gap for newly trained physicians: the unexplained trend of men earning more than women, *HealthAffairs (Millwood)*, février 2013 ; 30 (2) : -201. <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0597>, PMID : 21289339.
7. Seabury, S. A., Chandra, A. et Jena, A. B. Trends in the earnings of male and female health care professionals in the United States, 1987 to 2010, *JAMA Intern Med.*, 14 octobre 2013 ; 173 (18) : 1748–50, PMID : 23999898.
8. Jagsi, R., Griffith, K. A., Stewart, A., Sambuco, D., DeCastro, R. et Ubel, P. A. Gender differences in the salaries of physician researchers, *JAMA.*, 13 juin 2012 ; 307 (22) : 2410–7. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2012.6183>, PMID : 22692173.
9. Chamberlain, A. Demystifying the gender pay gap: evidence from glassdoor salary data, Mill Valley (CA) : Glassdoor, 2016. (<https://research-content.glassdoor.com/app/uploads/sites/2/2016/03/Glassdoor-Gender-Pay-Gap-Study.pdf>, consulté le 7 juillet 2016).
10. Union Interparlementaire (UIP) et ONU Femmes. Édition 2015 de la Carte des femmes en politique, Genève : UIP, 2015. (<http://www.ipu.org/press-f/pressrelease201503101.htm>, consulté le 7 juillet 2016).
11. Groupe de la Banque mondiale, 2016, Women, business and the law 2016: getting to equal, Washington (D.C.) : Banque mondiale, 2016. (<http://wbl.worldbank.org/~media/WBG/WBL/Documents/Reports/2016/Women-Business-and-the-Law-2016.pdf>, consulté le 12 juillet 2016).
12. Newman, C. Time to address gender discrimination and inequality in the health workforce, *Hum Resour Health*, 6 mai 2014 ; 12 (1) : 25. <http://dx.doi.org/10.1186/1478-4491-12-25>, PMID : 24885565.
13. Langer, A., Meleis, A., Knaul, F. M., Atun, R., Aran, M., Arreola-Ornelas, H. et al. Women and health: the key for sustainable development, *The Lancet*, 19 septembre 2015 ; 386 (9999) : 1165–210. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60497-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60497-4), PMID : 26051370.
14. Budlender D. Compensation for contributions: report on interviews with volunteer caregivers in six countries, New York : The Huairou Commission, 2009. (<https://huairou.org/sites/default/files/Compensations%20for%20Contributions%20quant%20findings%20report.pdf>, consulté le 7 juillet 2016).
15. Jackson, D., Clare, J. et Mannix, J. Who would want to be a nurse? Violence in the workplace—a factor in recruitment and retention. *J Nurs Manag.*, janvier 2002, 10 (1) :13–20. <http://dx.doi.org/10.1046/j.0966-0429.2001.00262.x>, PMID : 11906596.
16. Somani, R. K. et Khowaja, K. Workplace violence towards nurses: A reality from the Pakistani context, *J Nurs Educ Pract.*, 2012 ; 2 (3) : 149–53. <http://dx.doi.org/10.5430/jnep.v2n3p148>.
17. Nations Unies. Protection des civils en période de conflit armé, Résolution 2286 du Conseil de sécurité des Nations Unies ; 2016. (<http://www.un.org/press/en/2016/sc12347.doc.htm>, consulté le 7 juillet 2016).

Étude de cas n°2 – Agents de santé communautaire

1. Classification internationale type des professions : CITP-08. Genève : Organisation internationale du Travail, 2012 (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-dgreports/-dcomm/-publ/documents/publication/wcms_172572.pdf, consulté le 7 juillet 2016).
2. Tulenko, K., Møgedal, S., Afzal, M. M., Frymus, D., Oshin, A., Pate, M. et al. Community health workers for universal health-care coverage: from fragmentation to synergy. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 1er nov. 2013 ; 91 (11) :847-52. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.118745>, PMID : 24347709.
3. Gilmore, B. et McAuliffe, E. Effectiveness of community health workers delivering preventive interventions for maternal and child health in low- and middle-income countries: a systematic review. *BMC Public Health*, 13 sept. 2013 ; 13 (1) :847. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-13-847>, PMID : 24034792.
4. Glenton, C., Scheel, I. B., Lewin, S. et Swingler, G. H. Can lay health workers increase the uptake of childhood immunisation? Systematic review and typology. *Trop Med Int Health*, sept. 2011 ; 16 (9) :1044-53. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-3156.2011.02813.x>, PMID : 21707877.
5. Lewin, S., Munabi-Babigumira, S., Glenton, C., Daniels, K., Bosch-Capblanch, X., van Wyk, B. E. et al. Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases. *Base de données des revues systématiques Cochrane*, 17 mars 2010 ; (3) :CD004015. PMID : 20238326.
6. Mwai, G. W., Mburu, G., Torpey, K., Frost, P., Ford, N. et Seeley, J. Role and outcomes of community health workers in HIV care in sub-Saharan Africa: a systematic review. *J Int AIDS Soc.*, 10 sept. 2013 ; 16 (1) :18586. <http://dx.doi.org/10.7448/IAS.16.1.18586>, PMID : 24029015.
7. van Ginneken, N., Tharyan, P., Lewin, S., Rao, G. N., Meera, S. M., Pian, J. et al. Non-specialist health worker interventions for the care of mental, neurological and substance-abuse disorders in low- and middle-income countries. *Base de données des revues systématiques Cochrane*, 19 nov. 2013 ; (11) : CD009149. PMID : 24249541.
8. Raphael, J. L., Rueda, A., Lion, K. C. et Giordano, T. P. The role of lay health workers in pediatric chronic disease: a systematic review. *Acad Pediatr.*, sept.-oct. 2013 ; 13 (5) : 408-20. <http://dx.doi.org/10.1016/j.acap.2013.04.015>, PMID : 24011745.
9. Vouking, M. Z., Takougang, I., Mbam, L. M., Mbuagbaw, L., Tadenfok, C. N. et Tamo, C. V. The contribution of community health workers to the control of Buruli ulcer in the Ngoantet area, Cameroon. *Pan Afr Med J.*, 22 oct. 2013 ; 16 : 63. <http://dx.doi.org/10.11604/pamj.2013.16.63.1407>, PMID : 24711863.
10. Alliance mondiale pour les personnels de santé et Organisation mondiale de la Santé. Global experience of community health workers for delivery of health related millennium development goals– a systematic review, country case studies, and recommendations for integration into national health system. Genève : Organisation mondiale de la Santé 2010 (<http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/themes/community>, consulté le 7 juillet 2016).
11. Perry, H. et Zulliger R. How effective are community health workers? An overview of current evidence with recommendations for strengthening community health worker programs to accelerate progress in achieving the health-related Millennium Development Goals, 2012 (http://www.coregroup.org/storage/Program_Learning/Community_Health_Workers/review%20of%20chw%20effectiveness%20for%20mdgs-sept2012.pdf, consulté le 7 juillet 2016).
12. Kok, M. C., Kane, S. S., Tulloch, O., Ormel, H., Theobald, S., Dieleman, M. et al. How does context influence performance of community health workers in low- and middle-income countries? Evidence from the literature. *Health Res Policy Syst*, 7 mars 2015; 13 (1) : 13. <http://dx.doi.org/10.1186/s12961-015-0001-3>, PMID : 25890229.
13. Kok, M. C., Dieleman, M., Taegtmeier, M., Broerse, J. E., Kane, S. S., Ormel, H. et al. Which intervention design factors influence performance of community health workers in low- and middle-income countries? A systematic review. *Health Policy Plan.*, nov. 2015 ; 30 (9) : 1207-27. <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czu126>, PMID : 25500559.
14. McPake, B., Edoka, I., Witter, S., Kielmann, K., Taegtmeier, M., Dieleman, M. et al. Cost-effectiveness of community-based practitioner programmes in Ethiopia, Indonesia and Kenya. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 1er sept. 2015 ; 93 (9) : 631-639A. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.144899>, PMID : 26478627.
15. Vaughan, K., Kok, M. C., Witter, S. et Dieleman, M. Costs and cost-effectiveness of community health workers: evidence from a literature review. *Hum Resour Health*, 1er sept. 2015 ; 13 (1) : 71. <http://dx.doi.org/10.1186/s12960-015-0070-y>, PMID : 26329455.

Étude de cas n°3 : Les agents de santé en situation de crise humanitaire

1. Sommet mondial sur l'action humanitaire : 23–24 mai 2016. Sommet mondial des Nations Unies sur l'action humanitaire [site Internet] (<http://www.un.org/fr/conf/whs/>, consulté le 7 juillet 2016).
2. Rubinstein, L. No protection, no respect: health workers and health facilities under attack 2015 and early 2016. Washington (D.C.): Safeguarding Health in Conflict Coalition, mai 2016 (<https://www.safeguardinghealth.org/sites/shcc/files/SHCC2016final.pdf>, consulté le 7 juillet 2016).
3. Attacks on Health Care. Prevent. Protect. Provide (Report on attacks on health care in emergencies based on consolidated secondary data 2014 and 2015). Genève : Organisation mondiale de la Santé. (<http://www.who.int/hac/techguidance/attacksreport.pdf?ua=1>, consulté le 7 juillet 2016).
4. Hearn, A. et Deeny, P. The value of support for aid workers in complex emergencies: a phenomenological study. Disaster Manag. Response, avril-juin 2007 ; 5 (2) : 28–35. <http://dx.doi.org/10.1016/j.dmr.2007.03.003>, PMID : 17517360.
5. Weizman, M.J.. Analysis of the 2014 Ebola outbreak in Guinea, Sierra Leone, and Liberia. University for Peace [site Internet]. 14 août 2015 (http://www.monitor.upeace.org/innerpg.cfm?id_article=1089, consulté le 7 juillet 2016).
6. Evans, D. K., Goldstein, M. P. et Popova, A. The next wave of deaths from Ebola? The impact of health care worker mortality. Document de travail de recherche sur les politiques; n° WPS 7344. Washington (D.C.): Groupe de la Banque mondiale, 2015 (<http://documents.banquemondiale.org/curated/fr/408701468189853698/The-next-wave-of-deaths-from-Ebola-the-impact-of-health-care-worker-mortality>, consulté le 7 juillet 2016).
7. Garvanne, K. Humanitarian assistance and disaster relief deployments. AmeriForce [site Internet], 2015 (<http://www.ameriforce.net/humanitarian-assistance-and-disaster-relief>, consulté le 7 juillet 2016).
8. Résolution 2286 du Conseil de sécurité des Nations Unies (2016). ([http://www.un.org/fr/documents/view_doc.asp?symbol=S/RES/2286\(2016\)](http://www.un.org/fr/documents/view_doc.asp?symbol=S/RES/2286(2016)), consulté le 7 juillet 2016).

Étude de cas n°4 – Quand les professionnels de santé cherchent asile : mesures d'appui

1. International migration report 2015: Highlights. New York : Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Population Division, 2016 (ST/ESA/SER.A/375; http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2015_Highlights.pdf, consulté le 7 juillet 2016).
2. Réponse régionale à la crise des réfugiés en Syrie : Portail interagence de partage de l'information [Internet]. Genève : Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, 2016 (<http://data.unhcr.org/syrianrefugees/regional.php>, consulté le 7 juillet 2016).
3. Asylum quarterly report. Eurostat statistics explained [Internet], 2016 (http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Asylum_quarterly_report, consulté le 7 juillet 2016).
4. Aiyar, S., Barbku, B., Batini, N., Berger, H., Detragiache, E., Dzioli, A. et al. The refugee surge in Europe: economic challenges. Washington (D.C.) : Fonds monétaire international, 2016 (<https://www.imf.org/external/pubs/ft/sdn/2016/sdn1602.pdf>, consulté le 7 juillet 2016).
5. Dettmer, M., Katschak, C. et Ruppert, G. Rx for prosperity: German companies see refugees as opportunity. SPIEGEL Online International [Internet]. Hambourg, Allemagne : The SPIEGEL Group, 2015 (<http://www.spiegel.de/international/germany/refugees-are-an-opportunity-for-the-german-economy-a-1050102.html>, consulté le 7 juillet 2016).
6. Braw, E. Syrian doctors are saving German lives – and that's a problem. Foreign Policy [Internet]. 7 mars 2016 (<http://foreignpolicy.com/2016/03/07/syrian-doctors-are-saving-german-lives-problem-refugee-crisis/>, consulté le 7 juillet 2016).
7. Federal Recognition Act. Recognition in Germany [Internet]. Federal Institute for Vocational Education and Training, n. d. (https://www.anerkennung-in-deutschland.de/html/en/federal_recognition_act.php, consulté le 7 juillet 2016).
8. Germany: Foreign doctors are main beneficiaries of the 2012 Recognition Act. Helsinki, Finlande : Bleedle [Internet], 2014 (<http://www.bleedle.net/germany-foreign-doctors-are-main-beneficiaries-of-the-2012-recognition-act/>, consulté le 7 juillet 2016).
9. McKenna, K. Refugee doctors are a healthy boost for Scotland. Londres : The Guardian [Internet], 16 février 2016 (<http://www.theguardian.com/commentisfree/2016/feb/13/refugee-doctors-health-scotland-asylum>, consulté le 7 juillet 2016).
10. Bridges Programmes [Internet]. Glasgow : Bridges Programmes Ltd ; n. d. (<http://www.bridgesprogrammes.org.uk/about>, consulté le 7 juillet 2016).

Étude de cas n°5 – Un enjeu se cache derrière les ressources humaines pour la santé : l'affectation et la mutation de personnel

1. La Forgia, G., Shabbeer, S., Sunil Kumar, M., Rabia, A. et Shomikho, R. Parallel systems and human resource management in India's public health services: a view from the front lines. Document de travail de recherche sur les politiques n° WPS 6953. Washington (D.C.) : Groupe de la Banque mondiale, 2014 (<http://documents.banquemondiale.org/curated/fr/170541468260100207/Parallel-systems-and-human-resource-management-in-Indias-public-health-services-a-view-from-the-front-lines>, consulté le 7 juillet 2016).
2. Lindelow, M. et Serneels, P. The performance of health workers in Ethiopia: results from qualitative research. *Soc Sci Med.*, mai 2006 ; 62 (9) : 2225–35. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.10.015>, PMID : 16309805.
3. Sakyi, E. K. A retrospective content analysis of studies on factors constraining the implementation of health sector reform in Ghana. *Int J Health Plann Manage.*, juil-sept. 2008 ; 23 (3) :259–85. <http://dx.doi.org/10.1002/hpm.947>, PMID : 18536006.
4. Sheikh, K., Freedman, L., Ghaffar, A., Marchal, B., el-Jardali, F., McCaffery, J. et al. Posting and transfer: key to fostering trust in government health services. *Hum Resour Health.*, 13 oct. 2015 ; 13 (1) : 82. <http://dx.doi.org/10.1186/s12960-015-0080-9>, PMID:26462768.
5. Garimella, S. et Sheikh, K. 013: Workforce governance: reflections on the role of postings and transfers at the primary health care level. *BMJ Open*, 2015 ; 5 (Suppl n° 1) :A5–6. (http://bmjopen.bmj.com/content/5/Suppl_1/bmjopen-2015-forum2015abstracts.13.abstract, consulté le 7 juillet 2016).
6. Ramani, S., Rao, K. D., Ryan, M., Vujcic, M., Berman, P. For more than love or money: attitudes of student and in-service health workers towards rural service in India. *Hum Resour Health*, 21 nov. 2013 ; 11 (1) : 58. <http://dx.doi.org/10.1186/1478-4491-11-58>, PMID : 24261330.
7. Blunt, P., Turner, M. et Lindroth, H. Patronage's progress in post Soeharto Indonesia. *Public Adm Dev.*, 2012 ; 32 (1) : 64–81. <http://dx.doi.org/10.1002/pad.617>.
8. Harris, D., Wales, J., Jones, H., Rana, T. et Chitrakar, R. L. Human resources for health in Nepal – the politics of access in remote areas. Londres : Overseas Development Institute, 2013 (<https://www.odi.org/publications/7375-human-resources-health-nepal-politics-access-remote-areas>, consulté le 7 juillet 2016).
9. Abimbola, S., Olanipekun, T., Schaaf, M., Negin, J., Jan, S., Martiniuk, A. L. Where there is no policy: governing the posting and transfer of primary health care workers in Nigeria. *Int J Health Plann Manage.*, 4 mai 2016 . <http://dx.doi.org/10.1002/hpm.2356>, PMID : 27144643.
10. Wurie, H. R., Samai, M. et Witter, S. Retention of health workers in rural Sierra Leone: findings from life histories. *Hum Resour Health*, 1er févr. 2016 ; 14 (3) : 3. <http://dx.doi.org/10.1186/s12960-016-0099-6>, PMID : 26833070.
11. Shemdoe, A., Mbaruku, G., Dillip, A., Bradley, S., William, J., Wason, D. et al. Explaining retention of healthcare workers in Tanzania: moving on, coming to 'look, see and go', or stay? *Hum Resour Health*, 19 jan.2016 ; 14 (2) : 2. <http://dx.doi.org/10.1186/s12960-016-0098-7>, PMID : 26783192.
12. Lewis, M. et Pettersson, G. Governance in health care delivery: raising performance. Document de travail de recherche sur les politiques n° WPS 5074. Washington (D.C.) : Banque mondiale, 2009 (<http://documents.banquemondiale.org/curated/fr/792741468330936271/Governance-in-health-care-delivery-raising-performance>, consulté le 7 juillet 2016).
13. Bonenberger, M., Aikins, M., Akweongo, P. et Wyss, K. The effects of health worker motivation and job satisfaction on turnover intention in Ghana: a cross-sectional study. *Hum Resour Health*, 9 août 2014 ; 12 (43) : 43. <http://dx.doi.org/10.1186/1478-4491-12-43>, PMID : 25106497.
14. Thu, N. T, Wilson, A. et McDonald, F. Motivation or demotivation of health workers providing maternal health services in rural areas in Vietnam: findings from a mixed-methods study. *Hum Resour Health*, 2 déc. 2015 ; 13 (1) : 91. <http://dx.doi.org/10.1186/s12960-015-0092-5>, PMID : 26626015
15. Schaaf, M. et Freedman, L. P. Unmasking the open secret of posting and transfer practices in the health sector. *Health Policy Plan.*, févr. 2015 ; 30 (1) : 121-30. <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czt091>.

ANNEXE 2

Termes de référence

Ce document présente les tâches et les procédures qui seront suivies par les membres du Groupe d'experts qui conseilleront la Commission sur l'Emploi en Santé et la Croissance économique.

Contexte

La Commission du Secrétaire-Général des Nations Unies sur l'Emploi en Santé et la Croissance économique (« la Commission ») a pour objectif de formuler des propositions d'actions sur la manière de soutenir la création de près de 40 millions d'emplois pérennes dans le secteur santé d'ici à 2030, en accordant une attention particulière pour remédier à la pénurie prévue de 18 millions de professionnels de santé d'ici 2030, principalement dans revenu faible ou moyen inférieur. Ces actions devront contribuer à stimuler à la fois une croissance économique mondiale inclusive, la création d'emplois décents et l'atteinte de la Couverture Universelle en Santé, ainsi qu'à atteindre les objectifs de développement fixés par la communauté internationale. La Commission est une initiative stratégique politique conçue pour compléter les initiatives plus larges développées par d'autres agences internationales.

La commission sera conseillée et informée par un Groupe d'experts techniques spécialisés en économie, éducation, santé, droits humains et du travail. Le Groupe d'experts sera présidé par deux présidents ayant des compétences respectivement, en santé et en économie.

Les tâches du Groupe d'experts

Le groupe d'expert contribuera à l'atteinte des objectifs de la Commission en particulier en réalisant les dix tâches suivantes pour la Commission:

- a. **déterminer (i) les conditions nécessaires pour que les investissements consacrés à l'emploi dans le secteur sanitaire et social induisent une croissance économique inclusive** (en particulier pour les femmes et les jeunes) en créant une source locale et durable de nouveaux emplois décents, (ii) en quoi ce secteur contribue plus largement à l'économie et à l'emploi des pays, et estimer les coûts socio-économiques de l'inaction (notamment en matière de sécurité sanitaire mondiale et de perte de croissance économique) ;
- b. **identifier les freins au développement des capacités en ressources humaines en santé pour atteindre les Objectifs de Développement Durables (ODD) et progresser vers la Couverture Universelle en Santé (CUS)**, en tenant compte des évaluations et perspectives pour les 15 prochaines années en matière de demande et de production de personnels (au niveau mondial, par région et grandes spécialités) ;
- c. **analyser les risques de déséquilibres mondiaux et régionaux et les inégalités dans la répartition des ressources humaines en santé**, et, compte tenu des défis sanitaires spécifiques qui se posent selon les régions du monde, mesurer les problèmes éventuels d'inadéquation entre les besoins et les ressources humaines disponibles ;
- d. **étudier les effets positifs et négatifs potentiels de la mobilité internationale** (transferts financiers, innovation,

déplacement du personnel qualifié, frein au déploiement et fidélisation, discrimination et stéréotypes dans l'accès aux emplois) et proposer des alternatives innovantes et compensatrices ;

- e. **formuler des recommandations concernant la révision des modèles de formation théorique et pratique et le développement des compétences dans le secteur sanitaire et social** afin de faciliter la production de personnels de santé qualifiés, en particulier dans les zones géographiques défavorisées (médecins ruraux, infirmiers communautaires, etc.), et de s'assurer que l'éventail des compétences soit en adéquation avec les services de santé prioritaires et les besoins en santé des populations ;
- f. **identifier des sources de financements**, y compris innovants, nécessaires pour amorcer le changement, et déterminer comment maximiser les retours sur investissement à horizon 2030 ;
- g. **formuler des recommandations concernant les réformes institutionnelles nécessaires** – par exemple lutte contre la corruption et mécanismes de gouvernance nationale et internationale – pour atteindre les objectifs ;
- h. **formuler des recommandations pour une action multisectorielle qui impliquerait, au-delà du secteur de la santé, les secteurs économiques et sociaux**. Le développement des personnels de santé, leur protection et leur sécurité dépendent de l'engagement de l'ensemble de l'appareil d'Etat et de ses partenaires ;
- i. **déterminer les implications politiques pour les gouvernements et les partenaires clés**, et générer les engagements politiques nécessaires à l'appui de la mise en œuvre des recommandations de la Commission.

Calendrier et modalités de rencontre

Les travaux de la Commission sont limités dans le temps: le rapport de la Commission sera soumis au Secrétaire-Général de l'Organisation des Nations Unies en marge de la 71e session de l'Assemblée générale de l'ONU (13-26 Septembre 2016). Durant cette période, les membres du Groupe d'experts contribueront en fonction de leur capacité professionnelle et de leur expertise au développement du rapport de la Commission. Le rapport sera mis à la disposition des décideurs et du public.

Une série de documents techniques ont été commandées par le Secrétariat en vue de fournir à la Commission une base solide et actualisée de preuves. En collaboration avec le Secrétariat, le Groupe d'experts aura la responsabilité principale de l'examen et de la synthèse des documents techniques. Ils auront également, à identifier un ensemble de recommandations concrètes se rapportant aux tâches indiquées ci-dessus pour la délibération de la Commission. Les coprésidents du Groupe d'experts devront présenter les conclusions de leurs travaux à la Commission au nom de l'ensemble des experts.

Les membres du Groupe d'experts se réuniront d'une part, virtuellement sur une base mensuelle et d'autre part, au moins deux fois en face à face en 2016. Les réunions face à face du Groupe d'experts devraient avoir lieu en février et avril 2016, avant les réunions de la Commission planifiées pour les mois de mars et septembre.

ANNEXE 3

Les membres du groupe d'experts



Dr Richard Horton
Président du groupe d'experts
rédacteur en chef de la revue
The Lancet,
125 London Wall (10e étage),
Londres EC2Y 5AS, Royaume-Uni de
Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord.



Dr Edson C Araujo
Économiste principal
à la Banque mondiale,
1818 H Street NW,
Washington, D.C. 20433,
États-Unis d'Amérique.



Professor Haroon Borhat
Professeur d'économie et directeur de
l'unité de recherche sur les politiques
de développement à l'Université du
Cap, Rondebosch, le Cap 7700,
Afrique du Sud.



Professor Barbara McPake
Directrice du Nossal Institute for Global
Health de l'université de Melbourne,
Alan Gilbert Building (4e étage),
161 Barry Street, Carlton, V
ictoria 3010, Australie.



Saskia Bruysten
Présidente-directrice générale
de Yunus socialbusiness,
Zehdenicker Straße 1,
10119 Berlin, Allemagne.



Dr Ritva S Reinikka
Économiste du développement,
Juntulantie 80,
54920 Taipalsaari, Finlande.



Professor Claudia Jacinto
Chercheuse principale au Centro de
Estudios Sociales (CIS) de l'Instituto
de Desarrollo Economico Y Social –
CONICET, Arazo 2838,
1425 ville autonome de
Buenos Aires, Argentine.



Professor K Srinath Reddy
Président de la Fondation de santé publique d'Inde, PHD House (2e étage), 4/2 Sirifort Institutional Area, August Kranti Marg, New Delhi 110016, Inde.



Dr Viroj Tangcharoensathien
Secrétaire général de l'International Health Policy Program Foundation, ministère de la Santé publique, Nonthaburi, 10110, Bangkok, Thaïlande.



Dr Jean-Olivier Schmidt
Directeur du Centre de compétence pour la santé, la protection sociale et l'inclusion de l'Agence allemande de coopération internationale (GIZ) GmbH, PF 5180, 65760 Eschborn, Allemagne.



Dr David Weakliam
Responsable national du Programme pour la santé dans le monde du Health Service Executive, Red Brick Building, Stewarts Hospital, Mill Lane, Palmerstown, Dublin D20 DV79, Irlande.



Professor Lina Song
Présidente du Département de sociologie économique et de politique sociale à la faculté des sciences de l'Université de Nottingham, Siyuan Centre (salle C11), Jubilee Campus, Nottingham, NG8 1BB, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord.



Alicia Ely Yamin
Chargée de cours en droit et santé mondiale à l'École de santé publique T.H. Chan et directrice du Centre François-Xavier Bagnoud pour la santé et les droits de l'homme à l'Université de Harvard, 677 Huntington Avenue, Cambridge, MA 02115, États-Unis d'Amérique.



Rear Admiral Sylvia Trent-Adams
Deputy Surgeon General et Chief Nurse Officer du Public Health Service des États-Unis d'Amérique, Département américain de la santé et des services sociaux, 200 Independence Avenue SW (suite 701-H), Washington, D.C. 20201, États-Unis d'Amérique.

ANNEXE 4

Liste des contributeurs

Une liste des contributeurs et des éléments fournis est disponible à l'adresse suivante :
http://www.who.int/hrh/com-heeg_submissions/en/

ANNEXE 5

Consultations

Le rapport du groupe d'experts aux commissaires a été élaboré à partir des données et des informations recueillies dans le cadre de deux appels à contributions et des consultations techniques menées auprès des différentes parties prenantes. Voici la liste des consultations qui ont été organisées :

Koweït, 6 avril 2016 : rencontre avec les responsables de la santé et des finances de la région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord (MENA) dans le cadre du séminaire sur les politiques de santé du Centre d'études économiques et financières FMI-Moyen-Orient organisée conjointement par la Banque mondiale, la Banque islamique de développement et l'OMS ;

Pretoria, 8 avril 2016 : réunion technique avec les parties prenantes du ministère de la Santé ;

Genève, 11 avril 2016 : entretiens avec des représentants d'associations et de syndicats de professionnels et d'étudiants de la santé ;

Genève, 18 mai 2016 : rencontre avec des représentants d'associations nationales d'infirmières participant à la réunion de la Triade organisée par le Conseil international des infirmières ;

Genève, 27 mai 2016 : consultation ouverte auprès des gouvernements, de la société civile, des organes professionnels, des syndicats, des employeurs et des universitaires organisée par l'Organisation internationale du Travail (OIT) ;

Abidjan, Côte d'Ivoire, 15-16 juin 2016 : consultation francophone auprès des décideurs politiques de la santé, du travail, de l'éducation et des finances originaires de 23 pays. Cette consultation a été organisée conjointement par l'OMS, le ministère français des Affaires étrangères et du Développement international avec l'OIT, le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), l'ONU-Femmes et l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).

Durban, 20 juillet 2016 : séance d'information et présentation à l'intention des participants à la Conférence internationale sur le sida 2016.

ANNEXE 6

Synthèses des notes d'orientation

Toutes les notes d'orientation ci-dessous paraîtront bientôt dans : Buchan J, Dhillon I, Campbell J, éditeurs. *Health employment and economic growth: an evidence base*. Geneva: World Health Organization; 2016 *L'emploi en santé et la croissance économique : base de connaissances factuelles*. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2016.

Health workforce needs, demand and shortages to 2030: an overview of forecasted trends in the global health labour market (Les besoins, la demande et les pénuries en personnels de santé d'ici 2030 : aperçu des tendances à venir au niveau du marché mondial de la santé) (Cometto G., Scheffler R., Liu J, Maeda A., Tomblin-Murphy G., Hunter D., Campbell J.)

Cette note s'appuie sur des analyses menées par l'OMS et la Banque mondiale à l'aide des meilleures connaissances factuelles disponibles. Le niveau inégal de la qualité et de l'exhaustivité des données a nécessité l'utilisation d'hypothèses et de techniques d'imputation et de modélisation. Les estimations modélisées démontrent que la demande croissante en professionnels de la santé devrait contribuer quelques 40 millions de nouveaux emplois dans le secteur de la santé à l'économie mondiale d'ici 2030. La plupart de ces postes seront à pourvoir dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et à revenu élevé. En parallèle, les estimations modélisées prévoient un besoin non satisfait de plus 18 millions de professionnels de santé supplémentaires d'ici 2030 par rapport aux effectifs de personnels de santé requis pour répondre aux objectifs de développement durable et aux objectifs de couverture sanitaire universelle, les pénuries étant surtout situées dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire.

Dans les pays à faible revenu et certains pays à revenu intermédiaire, l'offre et la demande continueront d'être en-deçà des besoins de santé de la population. Dans ces contextes, il est nécessaire que les investissements – publics et privés – pour la formation des agents de santé s'accompagnent d'un accroissement de l'espace budgétaire afin de soutenir la création et le pourvoi de postes financés dans le secteur de la santé et dans l'économie de la santé. Il conviendrait que les stratégies concernant les personnels de santé veillent à garantir que l'accroissement de l'enveloppe budgétaire de la santé entraîne une allocation rationnelle des ressources.

Women's contributions to sustainable development through work in health: using a gender lens to advance a transformative 2030 agenda (La contribution des femmes au développement durable par le biais du travail dans le secteur de la santé : regard sur l'égalité des sexes pour promouvoir un programme de transformation d'ici 2030) (Magar V., Gerecke M., Dhillon I., Campbell J.)

Cette note examine les tendances en matière de travail des femmes dans le secteur de la santé par rapport aux objectifs de développement durable (ODD), plus particulièrement les objectifs 3, 5 et 8. Elle décrit les difficultés causées par des lacunes de la base de connaissances, par les préjugés sexistes existant dans les systèmes de santé ainsi que dans les institutions qui entourent les systèmes de santé. Un examen documentaire qualitatif a été complété par une ventilation des données par sexe fournies par différentes organisations internationales.

Le secteur social et de la santé est l'un des principaux pourvoyeurs d'emploi pour les femmes. Néanmoins, il existe une importante ségrégation professionnelle en fonction du sexe et un système de hiérarchie institutionnalisée très répandu à l'intérieur de chaque profession et entre elles, notamment en termes de rémunération, de parcours de carrière et de pouvoir de décision. Les préjugés sexistes créent des faiblesses systémiques au sein des systèmes de santé en limitant la productivité, la répartition, la motivation et la fidélisation des femmes agent de santé.

Alors que le secteur de la santé joue un rôle positif pour faire entrer les femmes dans l'emploi, il pourrait contribuer plus largement au développement durable en s'attaquant à des préjugés sexistes tenaces et en reconnaissant et valorisant le travail non rémunéré et informel des femmes. Cette note appelle les décideurs politiques à collecter des données factuelles sur les femmes dans le secteur de la santé ; à œuvrer dans tous les secteurs pour reconnaître et réformer les lois et institutions ne pratiquant pas l'égalité entre les sexes ; et à éliminer les préjugés sexistes existant dans les systèmes de santé.

Achieving sustainable and appropriately trained health and social care workers for ageing populations (Former de manière appropriée et durable des personnels de santé et travailleurs sociaux pour répondre au vieillissement de la population) (Salsberg E., Quigley L)

Les maladies chroniques augmentent avec l'âge tandis que les aptitudes intrinsèques diminuent. D'une manière générale, la population âgée de 60 ans et plus devrait passer de 901 millions, soit 11 % de la population mondiale, en 2015, à 2,1 milliards, soit 22 % de la population mondiale, en 2050. Une croissance aussi rapide de cette population ayant des besoins élevés va susciter de nouveaux besoins en services.

Suite à l'examen de 127 articles, cette note recommande une stratégie en trois volets pour garantir la fourniture et la répartition adéquates de professionnels de santé et travailleurs sociaux de façon à optimiser la qualité de vie à mesure

que les gens vivent plus longtemps. À cet effet, il faut aider les pays à évaluer les écarts quantitatifs et qualitatifs entre les services actuellement disponibles et ceux qui seront nécessaires dans les quinze années à venir, et concevoir des stratégies adéquates en matière de ressources humaines ; garantir que les professionnels de santé et travailleurs sociaux possèdent les qualifications et les compétences nécessaires pour dispenser des soins utiles et de qualité aux personnes âgées, y compris avec l'encadrement d'un réseau de personnels de santé spécialisés en gériatrie ; et organiser et déployer la main d'œuvre pour tirer le meilleur parti, tant sur le plan de l'efficacité que de l'efficience des agents de santé et des travailleurs sociaux (p. ex. en amplifiant le champ de leurs pratiques, en déployant davantage d'agents dotés de rôles spécifiques tels que les coordinateurs de soins pour assurer l'interface avec les services sociaux et de santé concernés, et en adoptant une utilisation élargie des équipes de soin).

International migration of doctors and nurses to OECD countries: recent trends and policy implications (Les migrations internationales des médecins et infirmiers vers les pays de l'OCDE : tendances récentes et incidences politiques) (Dumont J., Lafortune G.)

Cette note examine les tendances récentes enregistrées dans les migrations internationales des professionnels de santé vers les pays de l'OCDE depuis l'an 2000. Au total, le nombre de médecins et infirmiers migrants travaillant dans les pays de l'OCDE a augmenté de 60 % au cours de la dernière décennie. Ce taux est plus élevé pour ceux qui immigreront vers des pays de l'OCDE depuis des pays connaissant une forte pénurie de main d'œuvre dans le secteur de la santé, avec une augmentation de 84 % pour la même période. Les médecins et infirmiers immigrés représentent une part croissante des professionnels de santé travaillant dans les pays de l'OCDE. Les médecins nés à l'étranger représentent 22 % des médecins en exercice dans les pays de l'OCDE en 2010-2011 (en hausse de 20 % par rapport à 2000-2001), alors que les infirmiers nés à l'étranger représentent 14 % de l'ensemble des infirmiers (en hausse par rapport à un taux de 11 % en 2000-2001).

La note appelle à des initiatives pour favoriser une autosuffisance accrue dans les pays de l'OCDE grâce à une augmentation de l'instruction et de la formation à l'échelle nationale, comme requis pour répondre à la demande actuelle et prévue dans l'avenir ; la mise en œuvre de mesures de rétention (p. ex., de meilleures conditions de travail et des rémunérations plus élevées) dans les pays à faible revenu, ce qui exigera une bonne gouvernance des systèmes de santé et peut nécessiter une aide internationale telle que la prévoit le Code de pratique mondial de l'OMS ; et une meilleure gestion des migrations des professionnels de santé par la négociation d'accords mutuellement avantageux, ainsi que des approches plus ambitieuses de la gouvernance mondiale.

Human resources for health care in the Nordic welfare economies: successful today, but sustainable tomorrow? (Les ressources humaines pour la santé dans les économies sociales des pays nordiques : efficaces aujourd'hui, mais durables demain ?) (Merker T., Kristiansen I, Saether E)

Les pays nordiques sont des « champions de l'aide sociale » avec des économies à revenu élevé, des inégalités faibles, une espérance de vie élevée et des services de santé performants. Une part élevée des financements publics assurée par l'impôt, une majorité des prestataires de services appartenant au secteur public et une faible participation financière des citoyens qui bénéficient d'un accès universel aux soins caractérisent le modèle de soins de santé nordique. Cette note présente des prévisions qui mettent en avant le besoin de réformer le modèle de soins de santé, même dans les plus riches des pays nordiques, pour garantir la pérennité du système.

Selon les projections, il y aura une pénurie de 76 200 ETP (équivalents temps plein) dans le secteur de la santé en Norvège, dont 28 200 ETP pour les infirmiers et 1400 ETP pour les médecins d'ici 2035. Ces chiffres vont vraisemblablement augmenter encore aux alentours de 2060. Les estimations de l'Institut de la statistique norvégien suggèrent que pas moins de 38 % de la population active norvégienne devra travailler dans le secteur de la santé d'ici 2060 si le système n'est pas réformé. Cette note appelle à une efficacité accrue et à mettre le patient au centre du dispositif dans le secteur ; à l'introduction de mécanismes destinés à modérer la demande et réduire la charge fiscale ; et à ce que les dirigeants composent des équipes de santé optimales conformément au Code de pratique mondial de l'OMS.

Global estimates of the size of the health workforce contributing to the health economy: the potential for creating decent work in achieving universal health coverage (Estimations globales du nombre de personnels de santé contribuant à l'économie de la santé : le potentiel pour créer des emplois décents et parvenir à une couverture santé universelle) (Scheil-Adlung X., Nove A.)

L'accomplissement des objectifs de santé requiert des personnels dans les professions de la santé (HO, health occupations), tels que des médecins et des infirmiers, ainsi que des personnels ne relevant pas du secteur de la santé (NHO, non-health occupations) pour fournir des biens et services nécessaires (ex. produits pharmaceutiques, nettoyage). Dans ce document, les aides familiales qui fournissent des soins de santé de manière informelle, très souvent des femmes, sont aussi inclus dans la catégorie des personnels NHO. Les personnels NHO contribuent à la croissance économique et à l'accomplissement des objectifs de santé, et pourtant ni la part qu'ils représentent dans

le monde ni la contribution économique qu'ils apportent n'ont été évalués. Cette note adopte une perspective large de l'économie de la santé et présente de nouvelles données probantes sur l'ampleur et l'étendue des personnels NHO.

On estime que les personnels NHO, y compris ceux non rémunérés, représentent actuellement 70 % de l'ensemble de tous les personnels de l'économie de la santé dans le monde. La croissance démographique indique que peut-être jusqu'à 57 millions d'emplois décents pour les personnels NHO d'ici 2030 seront nécessaires pour parvenir à une couverture sanitaire universelle. Ces conclusions mettent en évidence que les politiques de renforcement des personnels de l'économie de la santé doivent tenir compte des personnels à la fois HO et NHO. Cette note appelle spécifiquement les décideurs politiques à combler la pénurie d'emplois décents pour les personnels NHO au moyen de politiques macro-économiques et du marché du travail favorables ; à investir dans des emplois nouveaux et plus qualifiés pour stimuler la croissance économique en faisant évoluer la protection médicale vers une couverture sanitaire universelle ; et à transformer le travail informel en emplois formels afin d'engendrer une croissance inclusive et durable.

Pathways: the health system, health employment and economic growth (Approches de la santé : système de santé, emploi dans le secteur de la santé et croissance économique) (Lauer, J, Soucat, A, Araujo E., Weakliam D.)

Le principal objet d'un système de santé est de fournir des soins de santé. D'un point de vue économique toutefois, le système de santé contribue également à la croissance. En outre, certaines des retombées qu'il engendre sont positives non seulement dans ces deux domaines, mais également pour le bien-être non lié à la santé. Ces avantages pluriels sont obtenus par des voies de cause à effet distinctes, dont nous ne faisons toutefois pas une présentation exhaustive. Nous nous limitons aux principales approches pertinentes pour le travail de la Commission en ce qu'elles concernent l'emploi du personnel de santé et favorisent la croissance économique. Les six approches abordées sont les suivantes : (1) l'approche de la santé porte sur les avantages propres à la santé. (2) *L'approche du produit économique* s'applique aux avantages économiques (c'est-à-dire la valeur marchande) procurés par le système de santé. (3) L'approche de la protection sociale se réfère à la couverture maladie, à l'assurance invalidité, aux allocations chômage et retraite, à la protection financière contre la perte de revenu et à la prise en charge des dépenses de santé catastrophiques. (4) L'approche de la cohésion sociale porte sur le rôle que peut jouer le système de santé pour promouvoir l'équité et favoriser la redistribution et la croissance. (5) *L'approche de l'innovation et de la diversification* se rapporte au rôle du système de santé en tant que moteur de développement technologique et garant d'une protection contre les chocs macroéconomiques. (6) *L'approche de la sécurité sanitaire* porte sur le rôle du système de santé dans la protection contre les épidémies et les pandémies potentielles.

Health and inclusive growth: changing the dialogue (Santé et croissance inclusive : changer le dialogue) (James C.)

Cette note démontre comment le secteur des soins de santé et de meilleurs résultats en matière de santé contribuent à une croissance économique inclusive et les modalités selon lesquelles cet apport peut être davantage renforcé. Cette note s'appuie essentiellement, mais exclusivement, sur des expériences issues de pays de l'OCDE.

Les systèmes de santé sont essentiels au fonctionnement efficace de l'économie d'un pays. Les adultes en bonne santé sont plus productifs, les enfants en bonne santé réussissent mieux à l'école. La performance économique s'en trouve renforcée et induit une croissance plus durable et inclusive. Le secteur de la santé est également une source importante d'emplois. En moyenne, les activités du secteur social et de la santé représentaient autour de 11 % de l'emploi total dans les pays de l'OCDE en 2014. Par ailleurs, le pourcentage de personnes employées dans des activités afférentes à la santé et à l'action sociale a augmenté progressivement dans le temps dans la plupart des pays de l'OCDE. Cette tendance est susceptible de se poursuivre. Ainsi, les soins de santé ne devraient pas être strictement considérés comme un inducteur de coûts mais comme un investissement qui peut apporter un rendement précieux à la société. Cela ne signifie pas qu'une dépense plus importante en matière de santé est automatiquement rentable. Au contraire, il est essentiel d'évaluer de manière critique les investissements pour chaque type de dépense de santé, de façon à ce que l'emploi dans ce secteur enregistre de meilleurs résultats en matière de santé et augmente la productivité du secteur dans son ensemble.

Paying for needed health workers for the SDGs: an analysis of financial and fiscal space (Financer les personnels de santé nécessaires aux objectifs de développement durable : une analyse des ressources financières et budgétaires) (Lauer J, Soucat A, Araujo E, Bertram M, Edejer T, Dale E, Brindley C, and Tan A.)

Le monde fait face à une pénurie de professionnels de santé, et la réalisation des ODD accroîtra encore les besoins en personnels de tous types dans le secteur. Ce document aborde deux questions : (1) les pays à revenu faible et intermédiaire de la tranche inférieure peuvent-ils assumer les salaires des personnels de santé supplémentaires nécessaires (« ressources financières ») ? et (2) les gouvernements du monde entier peuvent-ils couvrir ces frais supplémentaires à l'aide des recettes publiques (« ressources budgétaires ») ? Pour mieux nous concentrer sur l'écart à combler, nous avons soustrait les nombres actuel et escompté de professionnels de santé (« l'offre ») du nombre de professionnels nécessaires (« la demande ») (estimations extraites de Cometto G et al., Health

workforce needs, demand and shortages to 2030). Puis nous avons multiplié la différence par le montant des salaires dans ce secteur estimé à partir des données de l'OIT sur les salaires. Ces coûts ont alors été comparés à différents scénarios de revenus. En fonction de l'évolution du développement économique, le financement pérenne des personnels de santé, pour l'essentiel assuré par des ressources publiques et privées à l'échelle nationale, peut être garanti dans la plupart des pays à revenu faible et intermédiaire de la tranche inférieure. Des politiques budgétaires progressives et des réformes structurelles peuvent également contribuer à mobiliser des fonds. Si les conditions nécessaires sont mises en place (croissance des recettes publiques et du développement économique, priorité nécessaire accordée au système et au personnel de santé), la majeure partie des pays à travers le monde pourront s'appuyer sur les fonds publics pour financer les coûts récurrents engendrés par leurs personnels de santé. La coopération technique et le financement international peuvent servir à favoriser les investissements à effet catalyseur dans le développement du capital humain et des compétences. .

Evidence on the effectiveness and cost-effectiveness on nursing and midwifery: a rapid review (Données sur l'efficacité et la rentabilité des soins infirmiers et obstétriques : un bilan succinct) (Suhrcke M., Goryakin Y., Mirelman A.)

Ce bilan succinct se penche à la fois sur des données probantes concernant (1) l'efficacité des interventions liées à des soins infirmiers et obstétriques (qui comprenaient des études sur le rôle de ces soins en tant que facteurs déterminants de la santé) et (2) leur rentabilité. Compte tenu du fait que la base de connaissances sur la rentabilité est encore peu fournie et peu développée, il est particulièrement important d'étudier les données probantes sur l'efficacité. Cette note s'intéresse en particulier à deux types d'orientations politiques : (1) augmenter le nombre d'infirmiers et de sages-femmes et (2) transférer certaines compétences de professionnels de santé qui coûtent cher (particulièrement les médecins) aux infirmiers et sages-femmes. L'aspect positif de ces propositions est qu'il existe certainement des données probantes spécifiques permettant d'étayer la position en faveur de l'efficacité et de la rentabilité des soins infirmiers et obstétriques. Cependant, il faut reconnaître que dans l'ensemble la base de connaissances semble relativement limitée et hétérogène, bien qu'elle le soit moins pour ce qui est de l'efficacité que de la rentabilité. Bon nombre des études systématiques évoquées dans ce document ont conclu que la base de connaissances n'était « pas concluante ». La plupart du temps, cela s'expliquait par les divers problèmes méthodologiques liés à l'évaluation de l'efficacité ou de la rentabilité des politiques de soins infirmiers et obstétriques. Les données probantes qui existent sont également, et ce n'est pas surprenant, biaisées en faveur des pays à haut revenu.

A health labour market perspective on the economics of health professional education and careers (Le marché du travail dans le secteur de la santé et les enjeux économiques liés à la formation initiale et continue des professionnels de santé : une perspective) (McPake B., Araujo E., Gillian L.)

Une couverture sanitaire universelle n'est pas envisageable sans un nombre adéquat de professionnels formés pour fournir des services de soins de santé de qualité. Les dispositifs d'enseignement, de formation pratique et de formation continue des professionnels de santé sont donc essentiels. Les professions de santé font actuellement face à un triple enjeu : de nouveaux besoins de la population en matière de santé, une tendance professionnelle qui privilégie la spécialisation et la qualité de l'enseignement. Un examen par intégration de 206 travaux académiques a été lancé pour étudier ces questions.

La note avance que l'évolution de l'enseignement clinique professionnel et le marché du travail dans le secteur de la santé reflètent les défaillances d'un marché qui sous-évalue le rendement des professions de santé les plus importantes pour répondre aux besoins de la population. Elle appelle les décideurs politiques à reconnaître l'importance des forces du marché dans l'enseignement professionnel, la formation et les politiques du travail ; de réorienter les investissements publics dans l'enseignement en faveur des soins primaires, des personnels de niveau élémentaire intermédiaire et de l'innovation pédagogique ; d'équilibrer la représentation des secteurs professionnel et publics au sein des et principaux organes de politique et réglementaires impactent le taux de rendement de toutes les professions cliniques ; de mobiliser des investissements internationaux privés dans les systèmes afin de réglementer les prestataires de formation privés ; et d'accorder la priorité aux recherches qui incluent une évaluation du taux de rendement social dans les analyses économiques.

Transforming the health workforce: unleashing the potential of technical and vocational education and training (Transformer les personnels de santé : libérer le potentiel de l'enseignement et la formation techniques et professionnels) (Fisher J., Holmes K., Chakroun B.)

Cette note avance que l'enseignement et la formation devraient faire l'objet d'une attention toute particulière pour parvenir à une couverture sanitaire universelle. Une démarche intersectorielle concernant les objectifs de développement durable 3 et 4 aiderait à libérer le potentiel de l'enseignement et la formation techniques et professionnels (EFTP) pour favoriser l'emploi des personnels de santé, la croissance économique et l'équité sociale, à l'appui de la mise en œuvre des objectifs de développement durable dans leur ensemble.

Le modèle classique de formation des personnels de santé, basé sur un système d'enseignement formel sélectif, tourné vers la formation initiale et fondé sur une approche biomédicale, ne sera pas en mesure de répondre aux

besoins futurs en professionnels de santé. Il existe d'importants goulets d'étranglement concernant la proportion d'élèves passant dans l'enseignement supérieur et la pénurie d'enseignants qualifiés, particulièrement dans les pays à faible revenu. L'EFTP est un sous-secteur de l'enseignement bien établi et de plus en plus prédominant. Toutefois, son potentiel pour transformer les professionnels de santé a cependant été très largement ignoré. L'EFTP, dans une perspective de formation continue, peut faciliter les transitions de l'école au travail, l'apprentissage des jeunes, l'emploi et un travail décent, la formation professionnelle continue, la validation des acquis d'expérience et il peut développer la gamme de qualifications et de compétences nécessaires dans le secteur de la santé. Cette note identifie quatre domaines d'action politique nécessaires pour libérer le potentiel de l'EFTP, à savoir une collaboration intersectorielle sur la gouvernance et la programmation ; des données, des connaissances et de la recherche ; l'innovation et la technologie ; et le financement et l'investissement.

Enabling universal health coverage and empowering communities through transformative and socially-accountable workforce education (Permettre une couverture sanitaire universelle et l'autonomie des communautés grâce à une formation des personnels socialement responsable et axée sur la transformation) (Pálsdóttir B., Cobb N., Strasser R., Salomon M., Fisher J., Gilbert J., Reeves C.)

Cette note présente des données probantes actuelles sur le rôle positif d'une formation socialement responsable et transformative aux fins d'améliorer la disponibilité, la répartition et l'impact des personnels de santé. Les données probantes ont trait à différents contextes pays, tels que l'Australie, la Bolivie, le Brésil, le Canada, Cuba, les Philippines, l'Afrique du Sud et la Thaïlande.

Les stratégies clés de ce programme comportent l'adaptation des programmes d'enseignement aux besoins communautaires, une sélection ciblée des étudiants, la priorité étant accordée aux populations sous-représentées, une formation interprofessionnelle dans des endroits reculés et dans des régions où des besoins existent, un accroissement du personnel enseignant dans les zones rurales ainsi que des partenariats étroits avec les communautés. Le programme « Stepladder » interprofessionnel et socialement responsable de l'université des Philippines (UMP-SHS), qui exploite ces stratégies, est présenté comme un exemple important. Une étude récente souligne que les jeunes diplômés en médecine de l'UMP-SHS étaient 10 fois plus susceptibles d'exercer dans de petites villes, et 8 fois plus dans des villes plus pauvres que les diplômés des écoles de médecine traditionnelles de la même région ; plus de 80 % des diplômés en soins infirmiers, obstétrique et médecine de l'UMP-SHS choisissent de rester dans des régions moins bien desservies en soins.

Pour réduire les inefficacités et optimiser ces stratégies, les gouvernements et institutions d'enseignement devraient prendre part à une programmation participative intersectorielle, accroître leurs investissements dans les régions sous-desservies et adopter la règle de la juste mesure afin de garantir la qualité.

Equipping health workers with the right skills, in the right mix, and in the right numbers in OECD countries (S'assurer que les personnels de santé possèdent les bonnes compétences et sont présents en nombre approprié dans les pays de l'OCDE) (Moreira L., Lafortune G.)

Cette note identifie les réformes de l'enseignement, de la formation et des prestations de service qui sont nécessaires pour permettre l'évolution des professionnels de santé. Bien que les résultats se aient surtout trait aux médecins et aux infirmiers, le document met l'accent sur la nécessité d'aller au-delà des barrières professionnelles traditionnelles.

La note identifie des politiques permettant de garantir que les professionnels possèdent les bonnes compétences et le bon profil, au bon endroit et qu'ils sont suffisamment nombreux. Une mauvaise adéquation des compétences gaspille du capital humain quand les agents de santé sont surqualifiés, et met en péril la qualité des soins quand ils sont sous-qualifiés. Les pays doivent adapter l'enseignement et la formation professionnelle dans le secteur de la santé afin de mieux aligner les compétences acquises lors de la formation sur celles nécessaires sur le terrain, et faire un meilleur usage de ces qualifications par le biais de collaborations interprofessionnelles et par l'usage des technologies numériques. Par ailleurs, pour répondre aux besoins en santé de la population, les pays auront besoin de former un nombre suffisant de généralistes, de préparer les prestataires non-médecins à dispenser des soins de santé primaires et de faire un meilleur usage des technologies pour atteindre les populations sous-desservies. Enfin, la note appelle tous les pays, et particulièrement ceux de l'OCDE, à instruire et à former un nombre adéquat de personnels de santé pour répondre à leurs besoins nationaux. Cela exige de disposer de données plus robustes concernant le marché du travail et des modèles de planification pour les personnels de santé qui tiennent compte de l'impact des changements technologiques et des modèles de prise en charge, pour guider la prise de décision.

The role of decent work in the health sector (Le rôle du travail décent dans le secteur de la santé) (Wiskow C.)

Cette note traite de l'importance d'offrir un travail décent dans le secteur de la santé pour atteindre les objectifs de développement durable 3, 5 et 8. Elle considère l'ensemble des personnes travaillant dans ou pour le secteur de la santé comme des personnels de santé, intégrant un vaste éventail de niveaux de compétences et de catégories

professionnelles. En référençant les travaux normatifs et documents récents de l'Organisation internationale du travail, ce document propose une synthèse des défis et opportunités liés au travail décent et suggère des stratégies pour créer des emplois de qualité dans le secteur de la santé.

La note met en avant le besoin et l'importance d'investir dans le travail décent dans le secteur de la santé afin d'attirer et fidéliser les personnels de santé, ainsi que de favoriser des prestations de soins de qualité. Les principaux défis à relever portent sur la sécurité de l'emploi, un environnement de travail sûr et sain, l'équité en matière de rémunération et d'avantages, la protection sociale, la formation et le développement professionnel – une attention toute particulière étant accordée à la question de l'égalité des sexes. Cette note préconise une démarche fondée sur le droit en matière d'emploi dans la santé, dans laquelle la négociation collective, la constitution de syndicats et la liberté d'association sont des droits fondamentaux. Elle souligne par ailleurs la contribution positive du dialogue social, en tant que partie intégrante du travail décent, en matière de réformes et d'évolution du secteur de la santé. Les réponses aux défis du secteur de la santé ayant fait l'objet d'un consensus aboutissent à des politiques plus efficaces et durables.

A hidden human resources for health challenge: personnel posting and transfer (Un enjeu invisible des ressources humaines dans la santé : l'affectation et la mutation du personnel) (Schaaf M., Sheikh K., Freedman L., Juberg A.)

L'affectation et la mutation englobent le déploiement initial de l'agent de santé et les mutations qui s'ensuivent. Par mécanisme d'affectation et de mutation irrationnel, on entend des déploiements et mutations qui ne correspondent pas aux besoins de la population en matière de santé. Cette note se base sur un examen documentaire exhaustif et révèle les pratiques actuelles et les règles informelles qui caractérisent l'affectation et la mutation dans les pays à faible revenu et revenu intermédiaire.

On observe dans de nombreux pays à faible et moyen revenu un mécanisme d'affectation et de mutation irrationnel dans le secteur de la santé. Les données existant suggèrent que ceci affecte de nombreux réseaux d'agents et administrateurs de santé – du médecin spécialiste aux agents de vulgarisation. L'affectation et la mutation sont intimement liés à la division des pouvoirs à de multiples niveaux de gouvernance. Les négociations doivent souvent composer avec des règles et incitations officielles et informelles, un manque de ressources humaines adéquates pour la santé, le clientélisme et les influences politiques, les réseaux personnels et la corruption. Un mécanisme d'affectation et de mutation irrationnel peut contribuer à une mauvaise répartition et à l'absentéisme des personnels de santé, nuisant à leur efficacité et à leur moral. Ce sont souvent les régions les plus pauvres qui en souffrent le plus.

Bien que pertinentes pour atteindre les objectifs mondiaux en matière de santé, l'affectation et la mutation demeurent une fonction de la gouvernance du système de santé qu'on ne nomme pas. Cette note appelle les décideurs politiques à faire d'un meilleur déploiement des personnels de santé une fonction centrale du système ; à introduire la notion de responsabilité directe auprès des communautés en matière de déploiement des personnels de santé ; et à améliorer la collaboration entre les acteurs administratifs du secteur de la santé et ceux du secteur public en général.

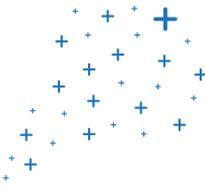
Regional disparities in outpatient physician supply in Germany (Disparités régionales en matière d'offre de médecins pour des consultations externes en Allemagne) (Scholz S., Greiner W.)

Cette note fournit des données empiriques sur les facteurs associés aux variations régionales de l'offre de médecins pour des consultations externes en Allemagne. Il existe des différences régionales notables dans les ratios médecins/population dans le pays, avec une grande densité de médecins évidente dans les zones urbaines ainsi que dans les zones côtières et proches des Alpes. Les liens statistiques entre les facteurs de la demande (population, morbidité et incitations financières) et de l'offre (système de soins de santé, équipements culturels, marché du travail/économie, attractivité et infrastructure) ont été examinés.

Parmi les facteurs de la demande, la densité de médecins présente un lien étroit avec le nombre d'habitants d'un district – de manière positive pour les spécialistes et négative pour les médecins généralistes. Aucun lien significatif n'a été constaté entre la densité de médecins et la morbidité. Les facteurs liés à l'offre que sont le système de soins de santé, la diversité culturelle, l'économie, l'infrastructure et l'attractivité d'un district montrent également des corrélations significatives avec la densité des médecins généralistes et celle des spécialistes.

Les résultats présentés dans cette note n'ont pu être obtenus que grâce à la disponibilité et l'accessibilité d'un large volume de données en Allemagne. Il serait possible et essentiel d'obtenir de meilleures données si davantage de données ventilées sur les médecins (p. ex. par région ou critère démographique) étaient accessibles dans le domaine public.

Commission de haut niveau
sur l'Emploi en Santé et
la Croissance économique



9 789242 511284