

**Planification Stratégique
des Ressources Humaines
pour la Santé :
Évaluation des
Facteurs Financiers,
Éducationnels,
Administratifs et
Politiques**



**Organisation
mondiale de la Santé**

Planification Stratégique des Ressources Humaines pour la Santé : Évaluation des Facteurs Financiers, Éducationnels, Administratifs et Politiques

Thomas Bossert | Till Bärnighausen | Diana Bowser
Andrew Mitchell | Gülin Gedik



**Organisation
mondiale de la Santé**

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS :

Planification stratégique des ressources humaines pour la santé : évaluation des facteurs financiers, éducationnels, administratifs et politiques / Bossert, Thomas ... [et al.].

1. Personnel santé – économie. 2. Personnel sanitaire – enseignement. 3. Personnel santé – organisation et administration. 4. Politique gouvernementale. 5. Planification stratégique. 6. Prise décision. 7. Motivation. I. Organisation mondiale de la Santé. II. Bossert, Thomas.

ISBN 978 92 4 254731 3

(Classification NLM : W 76)

© Organisation mondiale de la Santé 2010

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

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

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

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les 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.

Les opinions exprimées dans la présente publication n'engagent que les auteurs cités nommément.

Imprimé en France.

Table des Matières

Acronymes et abréviations	4
Avant-propos	5
Introduction	7
L'outil.....	7
Calendrier d'application de l'outil.....	9
Analyses.....	9
Section 1 : Les ressources humaines pour la santé	13
Niveau des ressources humaines pour la santé.....	13
Répartition des ressources humaines pour la santé.....	14
Performance des ressources humaines pour la santé.....	16
Problèmes transversaux concernant les ressources humaines pour la santé.....	17
Section 2 : Leviers de l'action politique sur les ressources humaines pour la santé	21
Financement.....	21
Education.....	29
Gestion.....	36
Formulation de politiques pour les ressources humaines pour la santé.....	45
Section 3 : Elaboration des politiques relatives aux ressources humaines pour la santé	53
Evaluation de l'état actuel des agents de santé.....	53
Elaboration de critères pour fixer les priorités quant aux problèmes.....	54
Choix de politiques pour améliorer les ressources humaines pour la santé.....	56
Fixer l'ordre de mise en application des politiques.....	56
Annexe 1 – Etat des ressources humaines pour la santé	59
Annexe 2 – Leviers financiers concernant les ressources humaines pour la santé	63
Annexe 3 – Leviers éducationnels concernant les ressources humaines pour la santé	69
Annexe 4 – Leviers politiques de gestion concernant les ressources humaines pour la santé	75
Références	79

ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

DFID	Département du Développement international du Royaume-Uni
DRH	Développement des Ressources humaines
RHS	Ressources humaines pour la Santé
GRH	Gestion des Ressources humaines
OIT	Organisation internationale du Travail
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OPS	Organisation panaméricaine de la Santé
PIB	Produit intérieur brut
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPP	Parité du Pouvoir d'Achat (Purchasing Power Parity)
Sida	Syndrome d'Immunodéficience acquise
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence pour le Développement international des États-Unis
WFME	Fédération mondiale pour l'Enseignement de la Médecine

AVANT-PROPOS

La crise des ressources humaines est plus que jamais au centre des préoccupations des pays développés comme des pays en développement et constitue un obstacle fondamental au renforcement des systèmes de santé nationaux des pays affectés. Remédier à cette crise représente un défi d'envergure.

Le *Rapport sur la santé dans le monde 2006 – Travailler ensemble pour la santé* préconise la direction au niveau national pour mener à bien les stratégies retenues et recommande une action soutenue tout au long de la décennie à venir. Cette initiative nationale doit déboucher sur l'élaboration de politiques appropriées en matière de ressources humaines dans la planification nationale des personnels de santé. A cette fin, il convient de disposer de compétences variées, notamment de systèmes et d'outils adéquats de gestion des personnels de santé.

Les institutions multilatérales et bilatérales, les pays bailleurs de fonds, les organisations non gouvernementales et le monde universitaire sont à la recherche d'un cadre commun de ressources humaines pour la santé et d'outils pour étayer l'effort visant à résoudre la crise de ces ressources et à mieux réagir à la réalité à laquelle les pays sont confrontés.

Une grande part du mandat de l'OMS est d'appuyer les pays en leur fournissant des outils et des lignes directrices et en facilitant la mise en place de processus qui leur permettent de se doter de systèmes de santé susceptibles de fournir une couverture universelle et des interventions efficaces en santé publique. Créé en collaboration avec le programme *International Health Systems* de l'Ecole de santé publique de Harvard, le présent outil fait partie des efforts de l'OMS pour remplir ce mandat, compte tenu de la nécessité d'un outil d'évaluation actualisé pour le développement des personnels de santé.

L'outil fournit des indications pour l'évaluation de la situation des ressources humaines pour la santé ; il peut servir de guide pour l'élaboration de stratégies de développement du personnel de santé. La méthode utilisée se fonde sur les outils existants – tout en tenant compte des circonstances nouvelles et des nouveaux défis du XXI^e siècle – et fait la synthèse d'une expérience considérable en matière de politique, stratégie et planification des ressources humaines pour la santé. L'outil peut servir à l'établissement d'un état des lieux et à l'évaluation des changements d'orientation, ainsi qu'à la mise à jour et à une meilleure compréhension de la situation des ressources humaines pour la santé.

Avant publication et plus ample diffusion, l'outil a été testé dans plusieurs pays. Les auteurs ont reçu des contributions et des commentaires à diverses étapes et remercient James Buchan, Norbert Dreesch, Gilles Dussault, Peter Hornby, Uta Lehman et Mary O'Neil pour leur révision et leurs commentaires.

Les auteurs remercient également le Programme des Ressources humaines pour la Santé (OMS, Bureau régional pour l'Afrique) pour la traduction du document. L'Union européenne a soutenu financièrement la traduction et l'impression de cette publication dans le cadre du projet *Strengthening health workforce development and tackling the critical shortage of health workers* (SANTE/2008/153-644).

Dr Mario R. Dal Poz

Coordonateur

Département des Ressources humaines pour la Santé

Groupe Systèmes et Services de Santé

Organisation mondiale de la Santé

INTRODUCTION

Ces dernières années ont souligné combien il était important de disposer de politiques appropriées en matière de ressources humaines pour améliorer la performance des systèmes de santé (Martinez & Martineau, 1998 ; Joint Learning Initiative, 2004, *Rapport sur la santé dans le Monde 2006*). Il se fait que la mise en place de la planification stratégique des ressources humaines pour la santé et de l'élaboration des politiques se heurte à deux difficultés. Premièrement, la planification des ressources humaines n'a pas toujours été l'une des priorités des ministères de la santé des pays en développement. Sans doute faudra-t-il du temps et des preuves factuelles plus probantes pour les convaincre de modifier leurs priorités. Deuxièmement, quand cette planification a lieu, elle est généralement axée sur les entrées et les sorties ou sur les besoins en personnels de tel ou tel programme de santé. Ainsi, la formation préalable et le rapport agent de santé/population cible prennent le pas sur tout le reste. La formation et l'affectation des effectifs sont certes importantes, mais ce ne sont que deux éléments d'un ensemble plus vaste de questions qui influent sur les politiques concernant les ressources humaines pour la santé. Parmi ces questions citons le financement et la rémunération, le contexte éducatif général, la gestion du personnel de santé, les conditions de travail, et l'environnement politique. Une approche plus globale de l'élaboration des politiques concernant les ressources humaines pour la santé s'impose.

Le présent document contient une méthode d'évaluation des systèmes financier, éducationnel et administratif et du contexte politique qui constituent des éléments essentiels pour la planification stratégique et l'élaboration des orientations concernant les personnels de santé. Cet outil est un auxiliaire de diagnostic global reposant sur des bases factuelles, qui vise à éclairer l'élaboration des politiques eu égard aux ressources humaines pour la santé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Il procède selon les trois étapes suivantes :

- évaluer la situation actuelle des personnels de santé et des capacités en matière de mise en œuvre des politiques les visant, l'accent étant mis sur quatre aspects – finance, éducation, gestion, et élaboration des politiques ;
- déterminer les besoins et actions prioritaires en fonction de la situation actuelle des personnels de santé ;
- montrer comment échelonner les politiques et établir un plan d'action classé par ordre de priorité pour les personnels de santé.

Cet outil n'a pas pour but d'évaluer la pertinence des référentiels de compétences des agents de santé ou la qualité technique des programmes d'études avant l'entrée en service, qui font l'objet de plusieurs autres outils d'évaluation¹. En revanche, il vise à déterminer – et à fournir des recommandations successives pour améliorer – les capacités du système à augmenter l'efficacité des personnels de santé.

L'outil est censé servir d'instrument de diagnostic initial dans le processus d'élaboration d'un plan stratégique national concernant les ressources humaines pour la santé. Il permet de faire une évaluation initiale rapide et d'établir un plan stratégique préliminaire dans le cadre d'un processus soutenu et à plus long terme de planification des ressources humaines.

L'OUTIL

L'outil présente un cadre général pour évaluer les déterminants de personnels de santé efficaces, qui doivent à leur tour être jugés par rapport à des objectifs plus vastes du système de santé. L'objectif ultime de toute intervention sanitaire est d'améliorer l'état de santé de la population. Récemment, toutefois, on a pris conscience de ce que les interventions sanitaires doivent aussi s'attacher à réduire le risque financier de la morbidité, notamment pour les plus pauvres, et tenir compte des parties prenantes, des patients et de la population en général (OMS, 2000). Pour atteindre ces objectifs finaux, il conviendra de s'intéresser aux objectifs intermédiaires du système, à savoir améliorer l'équité, la qualité, l'efficacité, l'accès, et la pérennité². Le cadre présenté ici est axé sur la manière dont les composantes du système de santé qui ont trait aux ressources humaines contribuent aux objectifs finaux et intermédiaires.

¹ La pertinence et la qualité technique des programmes d'études à l'intention des médecins, du personnel infirmier, des agents de première ligne et d'autres personnels de santé sont certes importantes, mais cet outil laisse à d'autres études et experts le soin de traiter de ces questions. Voir, par exemple, Hornby & Forte (2000).

² Ce cadre s'inspire des travaux d'évaluation de Roberts (2004) de la performance du système de santé par rapport au personnel de santé. Il correspond au cadre de l'OMS qui figure dans OMS (2000).

L'outil met en évidence un simple enchaînement causal idéalisé qui, en remontant à partir des objectifs intermédiaires, précise *l'état des ressources humaines* – leur nombre et type, leur distribution et leur performance en tant que résultat de *problèmes transversaux* tels que la migration, l'attrait des professions et la motivation des travailleurs, qui à leur tour peuvent être le résultat des *leviers politiques* du changement dans les systèmes de financement, d'éducation et de gestion, ainsi que dans le processus même de la réforme (voir la Figure 1).

L'outil fournit des indicateurs de l'état actuel des ressources humaines, des problèmes transversaux et des leviers politiques du financement, de l'éducation et de la gestion. Ces indicateurs servent à *cerner les problèmes* que peut résoudre la planification stratégique des ressources humaines et *fournissent des repères* pour évaluer les progrès réalisés en vue d'améliorer le système de santé.

L'outil se fonde sur l'examen des meilleures données factuelles dont on dispose actuellement sur la relation entre changements dans les indicateurs des divers leviers politiques et l'effet de ces changements sur les éléments de l'enchaînement causal décrit ci-dessus. Il convient de reconnaître que cette *approche fondée sur des données factuelles* est limitée par le nombre relativement modeste d'études bien conçues sur ces liens de cause à effet. Les données dont on dispose figurent en annexes et devront servir à l'appui des recommandations d'ordre général qui devraient découler de l'analyse présentée dans la troisième partie du document.

La Figure 1 présente un organigramme de cet enchaînement causal idéalisé pour illustrer son utilisation dans un cas précis. A titre d'exemple, une faible capacité éducationnelle pour assurer la formation d'un personnel de santé hautement qualifié peut réduire l'attrait des professions liées à la santé par rapport à des occupations dans d'autres secteurs. Ces facteurs peuvent donner lieu à une pénurie d'agents disponibles pour travailler dans le service de santé. En outre, un nombre insuffisant d'agents de santé peut compromettre la qualité ou la couverture des services de santé et, en fin de compte, nuire à l'état de santé de la population.

Les problèmes transversaux (par exemple les décès prématurés) n'ont pas tous un lien spécifique avec les facteurs financiers, éducationnels, administratifs ou politiques. Dans certains cas, de nombreux facteurs peuvent influencer sur un problème transversal particulier (par exemple les quatre facteurs peuvent intervenir également dans la migration). Le cadre (Figure 1) vise donc à une meilleure compréhension de la façon dont chacun des leviers politiques peut avoir une incidence sur divers facteurs importants pour la performance du système de santé.

Figure 1. Outil de planification stratégique : cadre conceptuel pour l'évaluation des ressources humaines pour la santé (RHS)

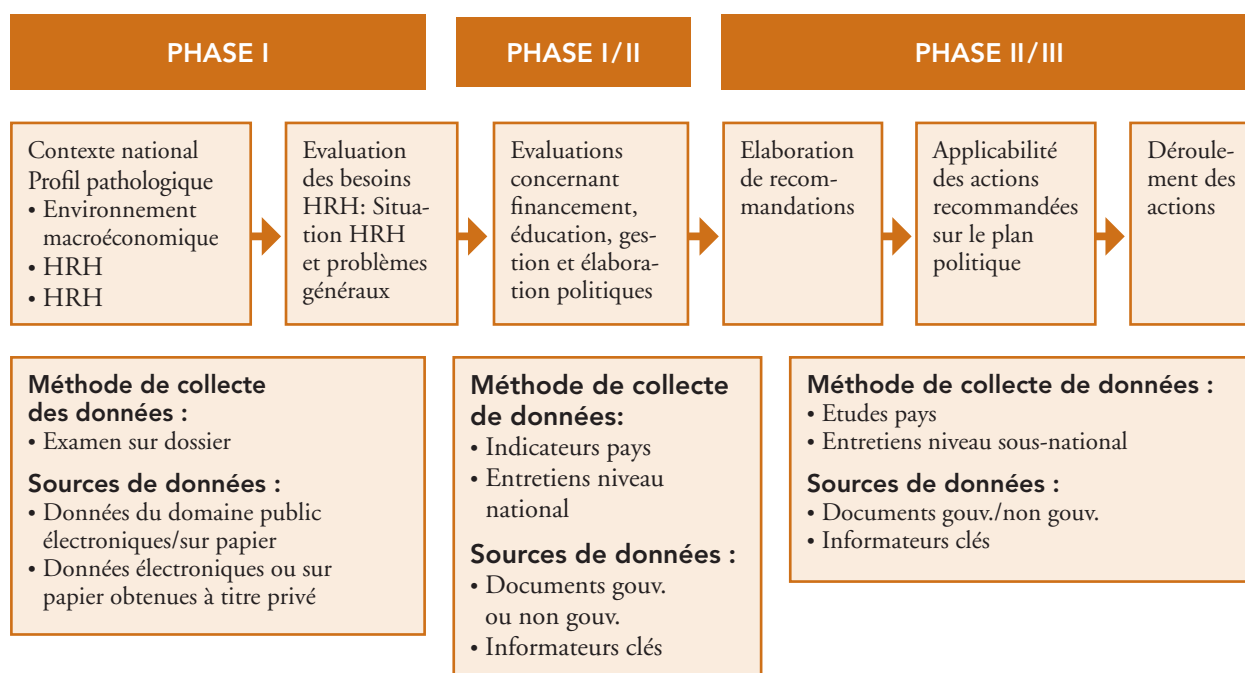
Leviers politiques →	Problèmes transversaux →	Situation des RHS →	Objectifs du système →	Objectifs sanitaires
Financement Education Gestion Elaboration des politiques	Attrait de la profession Migration Epidémie de VIH/sida Cumuls d'emplois Absentéisme et employés fantômes Motivation	Niveau de densité RHS (combien ?) • Catégorie RHS Distribution RHS (où ? qui ?) • Référentiel pour la catégorie • Lieu géographique • Secteur • Genre Performance RHS (que font-ils ? comment le font-ils ?) • Qualité (clinique ; services) • Rendement	Qualité Rendement Equité/ accessibilité Viabilité	Etat de santé Financement équitable Réactivité
<i>Exemple : Education</i>				
Petit nombre de diplômés école intermédiaire/ supérieure, d'où	Nombre limité de candidats aux professions de santé, d'où	Niveau RHS insuffisant, d'où	Qualité/équité compromise, d'où	Etat de santé de la population peu satisfaisant

CALENDRIER D'APPLICATION DE L'OUTIL

Il faut prévoir un délai pour recueillir les données et préparer l'équipe à s'initier à l'analyse des données et à la planification stratégique. Il est probable qu'il faudra plusieurs mois pour sensibiliser l'équipe nationale et la former aux méthodes de base et aux techniques de collecte des données. Si les ressources et le temps des responsables sont limités, il pourrait s'avérer nécessaire de recourir à une équipe de consultants internationaux pour assurer la formation initiale et aider à l'analyse et à la préparation des rapports et séminaires pour la diffusion de l'information. Bien que l'outil soit destiné à réduire au minimum le recours à un soutien international, il est important de s'assurer que l'on dispose de la capacité nécessaire pour mener à bien un examen complet et détaillé des indicateurs clés, compte tenu des types de données disponibles et de la période de temps limitée consacrée à cette évaluation initiale. Nous prévoyons que la mise en application de cet outil sera suivie par des évaluations plus détaillées des besoins et capacités dans le cadre d'une planification stratégique durable et à plus long terme des ressources humaines.

La Figure 2 présente l'organisation et le calendrier de l'outil. En Phase I, examen sur dossier pour recueillir des données sur la situation des ressources humaines pour la santé du pays ainsi que sur les facteurs contextuels qui pourraient à terme peser sur les politiques relatives aux ressources humaines dans le secteur de la santé (p. ex., profil pathologique, conditions macroéconomiques). En Phases I et II, examen sur dossier et consultations au niveau national permettront de procéder à l'évaluation des ressources humaines pour la santé par rapport aux divers leviers politiques. Le choix des données à recueillir eu égard aux leviers politiques dépendra en partie du contexte et des données déjà réunies pour l'évaluation des besoins. Pendant les Phases II et III, les consultations dans le pays aux niveaux national et infranational permettront une collecte plus étendue de données et l'examen approfondi des domaines prioritaires. La Phase III inclura également le recensement des actions prioritaires et l'échelonnement proposé des actions.

Figure 2. Calendrier de l'évaluation des ressources humaines pour la santé (RHS)



ANALYSES

Les sections suivantes décrivent de façon détaillée les composantes des trois phases. Pour chaque composante, des *menus d'indicateurs de diagnostic* sont proposés pour évaluer les divers éléments ayant trait aux personnels de santé. Ces indicateurs ont été choisis sur la base de trois critères : lien théorique ou empirique avec les ressources humaines pour la santé ; adaptabilité des indicateurs d'instruments précédents concernant les ressources humaines ; réalité pratique de la collecte de données. Il est évident que la pertinence ou la faisabilité de la collecte de données sur certains indicateurs variera selon le pays concerné. Pour cette raison, le texte principal comprend des *indicateurs primaires*, qui sont les plus pertinents, les plus susceptibles d'être disponibles, ou pour lesquels on peut le plus probablement faire des estimations approximatives. Les annexes

contiennent d'autres indicateurs (*indicateurs secondaires*) qui complètent les indicateurs primaires/essentiels. L'élaboration d'un plan stratégique significatif dépend des indicateurs primaires. Si l'on ne dispose pas de données pour ces indicateurs primaires, il convient de faire des estimations en se fondant sur l'opinion d'experts nationaux et internationaux. Les indicateurs secondaires dont on dispose doivent être utilisés pour une évaluation plus pointue – notamment pour les questions de qualité et de gestion. À terme, le but doit être de trianguler l'information de manière appropriée à la situation particulière du pays. Le cas échéant, et dans la mesure du possible, d'autres indicateurs peuvent se substituer à ceux que propose l'instrument, afin de produire la meilleure évaluation de la situation des ressources humaines pour la santé dans le pays concerné.

Situation des personnels de santé

La première partie couvre l'évaluation globale des besoins en personnels de santé, qui sert de point de départ pour l'évaluation des leviers politiques : financement, éducation, gestion et élaboration des politiques (traitée dans la Partie 2). L'évaluation globale des besoins examine d'abord la situation des ressources humaines pour la santé – à savoir le *niveau* des effectifs (nombre suffisant de ressources humaines), leur *répartition* et leur niveau de *performance* – ainsi que les problèmes transversaux susceptibles d'influer sur la situation des ressources humaines pour la santé.

Les besoins en personnel de santé sont définis comme *l'écart entre l'état actuel* (ou l'état prévu si les conditions actuelles persistent) et *l'état souhaité* des ressources humaines pour la santé pour chaque catégorie de personnel. L'évaluation des besoins en personnels de santé à ce stade ne tient pas compte de la pénurie de certaines ressources (telles que capacité de formation ou de financement). Il s'agit plutôt de comparer l'état actuel des personnels de santé par rapport à un idéal ou, du moins, à une norme de référence, ce qui permet d'élaborer un *plan d'action hiérarchisé*. C'est le plan d'action final qui prend en compte à la fois les résultats des évaluations et les pénuries en matière de ressources d'un pays donné.

En évaluant les besoins en personnels de santé, on produit un ensemble de cibles quantitatives qui, par la suite, contribuent à axer et mettre en œuvre les leviers politiques. Une pénurie générale de personnel infirmier, par exemple, peut axer l'évaluation des leviers politiques sur un problème particulier, comme le nombre de candidats formés ou la riposte politique à la migration. Un excédent de personnels infirmiers associé à une mauvaise distribution peut, toutefois, donner lieu à une orientation différente, à savoir renforcer les capacités gestionnaires à partir d'un référentiel adéquat des compétences. L'évaluation des besoins axée sur les cibles fournit donc un moyen objectif d'évaluer la situation actuelle d'un pays eu égard aux ressources humaines pour la santé. Elle permet la comparaison avec les référentiels d'autres pays et des comparaisons dans le temps pour un même pays. Comme pour toutes les étapes de la collecte des données dans cet outil, il conviendra dès le départ d'évaluer la qualité et la fiabilité des données existantes sur l'état actuel des ressources humaines pour la santé et sur les profils épidémiologiques. Les données de mauvaise qualité doivent être signalées et il faut expliquer les modalités d'estimation.

Cet outil suppose que d'autres outils existants ont fixé des cibles en nombre et en catégories de professionnels et auxiliaires de la santé nécessaires pour atteindre les objectifs en matière de santé et de satisfaction des patients. L'information nécessaire pour l'évaluation des besoins variera en fonction de la méthode de projection utilisée. Dans l'idéal, l'évaluation des besoins en personnels de santé devrait reposer sur les besoins en matière de soins de santé d'un pays, compte tenu de son profil épidémiologique et des projections de ses futurs besoins de développement, étant donné son cheminement actuel. Mais il est possible que l'évaluation des besoins en personnel de santé doive recourir à des données indirectes. Les indicateurs de demande satisfaite ou non en soins de santé – longueur du temps d'attente pour certains services, ou taux d'utilisation dans différentes régions du pays – sont des exemples de ces données. En outre, les besoins actuels ou projetés de soins de santé devront être traduits en densités idéales actuelles et futures d'agents de santé, par catégorie. Cette analyse peut être exigeante en données et nécessiter des informations non seulement sur les densités actuelles d'agents de santé, mais aussi sur les taux actuels et projetés de départs ou d'arrivées, la mesure de la productivité, et la moyenne des heures de travail hebdomadaires, par catégorie.

La méthode utilisée pour estimer les besoins en ressources humaines comporte généralement *deux composantes de base* : a) la détermination *du nombre et des types appropriés* de services de santé à dispenser ; et b) celle des *délais* dans lesquels les interventions doivent être faites. Les méthodes les plus courantes incluent : une approche axée sur les besoins dans laquelle les exigences en matière de personnel de santé ou celles du service sont estimées sur la base des tendances de la mortalité, de la morbidité et des carences en matière de santé ; des évaluations basées

sur la demande qui intègrent les tendances démographiques prévues dans l'utilisation actuelle des services ; la détermination du ratio souhaité agent de santé/population ; et enfin la fixation de cibles pour la prestation de services, puis leur conversion en besoins en personnel de santé. Récemment sont apparues des méthodes qui combinent des éléments des quatre approches, à savoir une approche qui utilise les besoins, les cibles, le temps et la productivité comme base pour estimer les besoins en personnel de santé et une approche adaptée axée sur les services, qui intègre des données telles que les programmes de formation et les compétences requises pour diverses tâches relatives aux objectifs de Développement du millénaire.

La détermination des besoins est certes un élément constitutif essentiel de toute politique nationale concernant les ressources humaines pour la santé, mais elle dépasse le cadre d'action de cet outil. Pour une analyse plus complète des méthodes de planification du personnel et des approches relatives aux ressources humaines pour la santé, ainsi que pour une vue d'ensemble assortie de renvois aux instruments appropriés, voir Joint Learning Initiative (2004) et Dreesch et al. (2005).

Si l'on ne dispose pas de suffisamment de temps, de ressources ou d'informations pour procéder à une évaluation générale des besoins en personnels de santé, le fait de comparer la densité actuelle d'agents de santé par rapport à des normes externes (par exemple, celles de la région géographique) peut fournir une première estimation des besoins. Parmi les exemples de normes externes, citons :

- la densité médicale (par exemple, un médecin pour 5000 habitants)
- le rapport agent/agent (par exemple, deux infirmières/un médecin)
- le rapport agent/ressources (par exemple, une infirmière à plein temps pour dix lits)
- le rapport agent/programme (par exemple, deux agents de santé communautaires/programme de santé) (Hall, 2001).

Ces calculs, toutefois, sont loin d'être l'idéal parce qu'ils présument que le dénominateur (population, autres professionnels, installations) prend déjà en compte les demandes en soins de santé. Dans grand nombre de pays, les besoins de santé sont complexes et la distribution des établissements et des personnels de santé n'est pas toujours idoine pour s'attaquer aux problèmes.

Leviers politiques susceptibles d'influer sur les ressources humaines pour la santé

La situation du personnel de santé d'un pays peut être améliorée de plusieurs manières, allant de l'augmentation numérique des ressources humaines dotées d'un ensemble de compétences propres jusqu'à la mise en œuvre de pratiques de gestion basées sur la performance. La Partie 2 met l'accent sur quatre leviers politiques essentiels pour les ressources humaines pour la santé : financement, éducation, gestion et élaboration de politiques. Selon les données dont on dispose, on est conduit à penser que chacun de ces leviers politiques a – de diverses façons – des incidences sur la situation des personnels de santé et, par conséquent, sur la performance du secteur de santé.

La Partie 2 de cet outil décrit les circuits entre chacun des leviers et la densité, la répartition et la performance des personnels de santé, ainsi que les problèmes transversaux qui pèsent sur ce que nous appelons la *situation des ressources humaines pour la santé*. Il est utile à ce stade de dire quelques mots concernant les méthodes. Pour chacun des leviers d'orientation politique, nous fournissons un vaste ensemble d'indicateurs quantitatifs qui ont été utilisés dans des études ou évaluations précédentes, ou dont la littérature fait état, ou encore qui ont été élaborés pour cet outil sur des bases théoriques. Le bien-fondé du recours à ces indicateurs est exposé en annexe. Dans la mesure du possible, les indicateurs quantitatifs sont assortis d'un ensemble d'indices de référence. Comme on le notera tout au long du texte, nombreux sont les indicateurs pour lesquels ni la littérature ni l'expérience ne fournissent d'indices de référence suffisants. Il serait utile de commencer à mettre en place des données et des indices pour ces indicateurs et notamment les indicateurs clés. Etant donné qu'on ne s'attend pas à ce que chaque indicateur soit applicable ou disponible dans tous les contextes, il conviendra de connaître la situation du pays pour pouvoir sélectionner les indicateurs et les indices de référence les plus appropriés parmi ceux qui sont proposés. On pourra obtenir certaines des informations nécessaires grâce à des entretiens avec des informateurs clés, avec des fonctionnaires locaux chevronnés s'occupant de ressources humaines pour la santé et avec des experts dans les domaines du financement, de la gestion et de la formation en matière de santé. Pour d'autres, il faudra peut-être prévoir des enquêtes rapides, des groupes de consultation ou des échanges entre experts internationaux et nationaux. La disponibilité et la qualité des données devraient, dans une large mesure, déterminer le choix final des indicateurs.

Bien que les indicateurs quantitatifs facilitent la fixation éventuelle des cibles, une évaluation qualitative de la situation du personnel de santé est nécessaire pour compléter les résultats et les contextualiser. Par exemple, un degré extrême de rotation parmi les gestionnaires de district peut nuire à la performance du système de santé. Sans une évaluation qualitative de la manière dont le personnel perçoit les niveaux très élevés (ou très faibles) de rotation, il est difficile de savoir si les taux de rotation du personnel indiquent des problèmes sous-jacents de renouvellement (ou d'enracinement) de la direction. Les évaluations qualitatives font donc partie intégrante de cet outil au même titre que les indicateurs quantitatifs.

Pour les deux classes d'indicateurs – quantitatifs et qualitatifs – il convient de mettre en garde contre les conclusions que l'on pourrait tirer si l'on n'a pas auparavant examiné attentivement la situation sous tous ses angles. Par exemple, le pourcentage du budget de la santé alloué aux ressources humaines peut être un bon indicateur du bien-fondé du financement du personnel par rapport à d'autres dépenses du secteur de la santé³. Cependant, si l'on ne connaît pas le niveau absolu des dépenses de santé – et par extension celui des dépenses pour les ressources humaines en matière de santé – il ne sera pas possible de savoir si les dépenses actuelles du secteur santé sont suffisantes pour améliorer les capacités en mettant en œuvre les actions recommandées. De même, un nombre peu élevé de candidats qualifiés dans les établissements d'enseignement de la santé peut résulter d'un manque de capacité au niveau du secondaire, tout comme il peut également être dû au nombre limité de places dans les écoles de médecine et de soins infirmiers, ou indiquer le peu d'attrait que présente pour les étudiants une carrière dans l'une des professions de la santé. En termes de gestion, les ruptures de stock des médicaments essentiels peuvent donner une idée du fonctionnement du système et des conditions de travail des agents de santé. Cependant, beaucoup d'autres aspects moins quantifiables déterminent également ce fonctionnement et ces conditions de travail (par exemple la qualité de la communication entre différents niveaux du système), ce qui signifie qu'il ne faut pas s'en tenir à un seul indicateur en matière de gestion et de logistique. Du fait de la nature hautement contextuelle d'une évaluation politique, le chercheur doit utiliser les sources d'information locales pour déterminer la position et le pouvoir des acteurs.

Cet outil est donc destiné à « trianguler » l'information et à fournir à l'équipe d'évaluation une approche globale de la planification stratégique et de l'élaboration des politiques pour améliorer les ressources humaines pour la santé et, par voie de conséquence, les capacités du système de santé. Les indicateurs fournis devront donc être utilisés en gardant à l'esprit cette approche, et ils doivent être adaptés aux problèmes particuliers du pays pour mieux comprendre le sort des personnels de santé, la situation des ressources humaines pour la santé et les facteurs qui influencent les agents de santé.

Elaboration des politiques concernant les ressources humaines pour la santé

La Partie 3 du présent outil recense les stratégies/solutions et le déroulement des travaux pour l'examen des quatre leviers politiques mis en œuvre en matière de personnels de santé : financement, éducation, gestion et élaboration des politiques. Elle présente des lignes directrices générales pour : examiner la situation actuelle au regard d'indices de référence, classer par ordre de priorité les domaines posant problème, choisir des orientations réalistes sur les plans technique et politique, et mettre au point un guide pour échelonner la mise en œuvre des politiques. Nous recommandons que les matériels et les bases factuelles présentés dans les Parties 1 et 2, ainsi que dans les annexes, forment la base des activités décrites dans la Partie 3.

Les annexes ont pour objet de fournir des données plus détaillées concernant les indicateurs décrits dans le corps du texte. Nous fournissons ces données afin que les analystes des personnels de santé soient à même d'étayer leur évaluation à partir d'informations plus détaillées et d'expliquer de manière convaincante l'importance des indicateurs retenus lorsque les résultats de l'évaluation seront présentés aux responsables de l'élaboration des politiques.

Les annexes contiennent également des indicateurs supplémentaires (secondaires) et leurs indices de référence. Les indicateurs secondaires proviennent pour la plupart d'études réalisées dans des pays à revenu élevé, et il est peu probable qu'ils se rencontrent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Ils serviront, si on peut les obtenir, à affiner l'analyse de chacun des leviers politiques.

³ Il est important d'inclure le budget pour la formation des professionnels de la santé, qui est rarement inclus dans celui du ministère de la santé et qu'il faut glaner auprès du ministère de l'éducation et d'autres budgets gouvernementaux. Si possible, il convient de faire une estimation des dépenses du secteur privé ou des organisations non gouvernementales pour les personnels de santé. Les comptes nationaux de la santé peuvent donner une idée approximative de ces chiffres.

SECTION 1 Les ressources humaines pour la santé

Des politiques explicites et bien conçues concernant les ressources humaines pour la santé constituent un mécanisme important grâce auquel les gouvernements peuvent améliorer la performance du système de santé. Les orientations politiques peuvent influencer sur la situation actuelle des ressources humaines selon trois grandes dimensions :

- le niveau de densité (le nombre d'agents de santé dans différentes catégories professionnelles, administratives et auxiliaires) ;
- la répartition et la composition (répartition *intra-nationale* des ressources humaines dans l'ensemble des régions géographiques, les catégories de compétences et caractéristiques personnelles ou institutionnelles, et la distribution *intra-organisationnelle* des compétences nécessaires ou des cadres) ;
- la performance (ce que font les agents de santé et comment ils le font).

Cette première partie examine ces dimensions. Elle présente les catégories et les indicateurs, et explique brièvement les incidences politiques des résultats éventuels à divers niveaux, jouant sur le nombre, la répartition et la performance dans les pays qui appliquent cette méthode d'évaluation. Les tableaux présentent les indicateurs de l'évaluation, les indices de référence disponibles, des références bibliographiques, et des commentaires sur les indicateurs et les sources éventuelles de ces indicateurs afin d'aider les équipes d'évaluation à recueillir les données nécessaires.

NIVEAU DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTÉ

La première tâche qui incombe aux équipes d'évaluation est de déterminer le nombre d'agents de santé dans chaque catégorie par rapport à la population desservie. Ce *niveau de densité* est le point de départ de toute évaluation des ressources humaines quel que soit le pays. En règle générale, ces données existent, bien qu'il s'agisse le plus souvent d'estimations, car il arrive souvent que l'enregistrement des praticiens en activité ne soit ni à jour ni complète.

Il n'est guère facile d'établir des indices de référence pour un niveau de densité « a déquat ». On a cherché récemment à énoncer des normes internationales minimales pour certains domaines de la santé. Par exemple, le *Rapport de la Santé dans le Monde 2006* affirme qu'il faut au moins disposer de 2,3 agents de santé pour 1000 habitants pour pouvoir atteindre une couverture satisfaisante pour quelques interventions essentielles, notamment fournir les services de santé fondamentaux définis par les objectifs du Millénaire pour le développement (OMS, 2006). Bien que les liens empiriques entre le niveau des ressources humaines pour la santé et la performance du système de santé ne soient pas toujours bien établis, il est clair que dans nombre de pays en développement les effectifs professionnels sont insuffisants par rapport à la population desservie (l'annexe 1 contient un examen plus poussé des données).

Mis à part les normes proposées pour les médecins et, dans certains cas, pour le personnel infirmier, la littérature internationale donne très peu d'indications concernant les « autres agents de santé » – dentistes, pharmaciens etc. – ainsi que le personnel administratif et autre personnel auxiliaire. Dans l'idéal, nous devrions ventiler ces innombrables catégories professionnelles et paraprofessionnelles, y compris les agents de santé communautaires, les administrateurs et les autres personnels auxiliaires. Dans certains pays il peut y avoir suffisamment d'informations pour effectuer une évaluation aussi détaillée, mais on ne dispose pas de données comparatives en quantité suffisante pour déterminer des indicateurs clés et leurs indices de référence ainsi que les interrelations de ceux-ci afin de pouvoir s'en servir avec le présent outil d'évaluation.

Le tableau suivant présente trois indicateurs, dont deux assortis d'indices de référence, qui devraient servir de base pour évaluer la densité pour différents domaines de la santé. Les équipes d'évaluation pourraient, si les données du pays le permettent, ventiler la catégorie « autre » en catégories précises (y compris le personnel administratif), mais il n'existe pas d'indices généraux de référence pour ces catégories.

Tableau 1. Situation des ressources humaines pour la santé (RHS) : indicateurs primaires de densité des RHS

Dimension	Indicateur	Indices de référence	Référence	Commentaires	
				Indicateur/Indices de référence	Sources
• Densité RHS	Nombre de médecins pour 10 000 habitants	Aucun	<i>Indice de référence</i> • Pas d'indices de référence internationaux	1.0 : ensemble minimal d'interventions cliniques et de santé publique 2.0 : valeur « Santé pour tous »	Bases de données internationales, bases de données nationales ou documents du ministère de la santé
• Densité RHS	Nombre de personnel infirmier pour 10 000 habitants	Aucun	<i>Indice de référence</i> • Pas d'indices de référence internationaux		Bases de données internationales, bases de données nationales ou documents du ministère de la santé
• Densité RHS	Nombre d'autres catégories RHS (p.ex., dentistes) pour 10 000 habitants	Aucun	<i>Indice de référence</i> • Pas d'indices de référence internationaux	Les autres catégories comprennent notamment : sages-femmes, auxiliaires sanitaires, intervenants de première ligne, spécialistes, pharmaciens, administrateurs, autre personnel auxiliaire	Bases de données internationales, bases de données nationales ou documents du ministère de la santé

RÉPARTITION DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTÉ

La densité moyenne peut occulter des différences significatives dans la répartition des ressources humaines selon les zones géographiques, les compétences, le genre et la dimension sectorielle. Ces différences peuvent constituer certains des obstacles les plus importants à l'atteinte des objectifs fondamentaux : amélioration de l'état de santé d'une population donnée, satisfaction du public et protection financière durable des individus. Les déséquilibres géographiques se traduisent le plus souvent par la concentration des ressources humaines pour la santé dans les villes, d'où pénurie d'agents de santé dans les zones rurales. En général, la littérature internationale pose en principe l'objectif d'une plus grande équité dans la répartition géographique, toutefois peu de pays y parviennent. Il y a une gamme d'options politiques pour remédier à ce déséquilibre par des mesures incitatives et des règlements qui n'ont toutefois que peu d'efficacité.

Les déséquilibres en matière de compétences, par exemple le ratio personnel infirmier/personnel médical ou ressources humaines qualifiées/non qualifiées, peuvent également être révélateurs de différences dans l'offre et la qualité des services. Cependant, les analyses comparatives de ces ratios ne révèlent ni schéma constant dans les pays ni justification des indices de référence pour les divers ratios. Il est probable qu'une évaluation plus détaillée des tâches et des compétences des différentes catégories, assortie d'une analyse coût-efficacité de différentes combinaisons de compétences, sera nécessaire pour disposer d'indices de référence par pays.

La répartition par genre, qui entraîne une concentration de femmes ou d'hommes dans certaines des professions de santé – prédominance masculine chez les médecins et féminine parmi le personnel infirmier et les agents de moindre statut – peut se justifier pour certaines catégories dans la mesure où les patientes sont plus à l'aise avec des prestataires féminines. En général, toutefois, la littérature récente préconise une plus grande équité pour cet indicateur.

Les différences sectorielles peuvent être évaluées en déterminant le ratio agents de santé du secteur privé/agents de santé du secteur public. Bien qu'il n'y ait pas de lignes directrices pour ce ratio, celui-ci est sans doute important pour déterminer les options politiques en matière d'accès pour les plus pauvres, réglementer la qualité des services et fixer les subventions.

On estime que les déséquilibres de répartition entraînent un certain nombre de conséquences négatives, notamment : exode des cerveaux des centres publics ruraux vers les centres urbains privés ; manque d'attention portée aux problèmes de santé sexospécifiques et aux schémas d'utilisation des services ; baisse de la qualité et de la productivité des services ; listes d'attente de plus en plus longues et réduction du nombre de lits d'hôpitaux disponibles ; enfin réalisation de certaines interventions par des personnels sous-qualifiés (Zurn et al., 2002 ; Gupta et al., 2003 ; Wibulpolprasert & Pengpaibon, 2003).

Le tableau ci-après présente les indicateurs, les indices de référence, les références et les sources éventuelles de données pour l'évaluation de la répartition des agents de santé.

Tableau 2. Situation des ressources humaines pour la santé (RHS) : indicateurs primaires de répartition

Dimension	Indicateur	Indices de référence	Référence	Commentaires	
				Indicateur/indices de référence	Sources
• RHS. Répartition géographique	Ratio densité médicale la plus/la moins élevée par région	1.0	<i>Indice de référence</i> • 1.0 : pour des raisons d'équité		Bases de données internationales, bases de données nationales ou documents du ministère de la santé
• RHS Répartition géographique	Ratio densité soins infirmiers la plus/la moins élevée par région	1.0	<i>Indice de référence</i> • 1.0 : pour des raisons d'équité		Bases de données internationales, bases de données nationales ou documents du ministère de la santé
• RHS Répartition géographique	Ratio densité autres RHS la plus/la moins élevée par région	1.0	<i>Indice de référence</i> • 1.0 : pour des raisons d'équité	Les autres catégories comprennent, entre autres, sages-femmes, auxiliaires sanitaires, intervenants de première ligne, spécialistes, pharmaciens, personnel administratif, autre personnel auxiliaire	Bases de données internationales, bases de données nationales ou documents du ministère de la santé
• RHS Répartition par genre	Ratio hommes/femmes par catégorie RHS	Aucun		Les catégories comprennent, entre autres, personnel médical, personnel infirmier, sages-femmes, auxiliaires sanitaires, intervenants de première ligne, spécialistes, pharmaciens, personnel administratif, autre personnel auxiliaire	Bases de données internationales, bases de données nationales ou documents du ministère de la santé
• Répartition des compétences RHS	Ratio personnel infirmier/personnel médical	2.0	<i>Indice de référence</i> • 2.0 Banque mondiale (1994a)		Bases de données internationales, bases de données nationales ou documents du ministère de la santé
• Répartition des compétences RHS	Ratio RHS qualifiés/non qualifiés	Aucun			Bases de données internationales, bases de données nationales ou documents du ministère de la santé
• Répartition des compétences RHS	Ratio prestataires publics / privés par catégorie RHS	Aucun		Les catégories comprennent, entre autres, personnel médical, personnel infirmier, sages-femmes, auxiliaires sanitaires, intervenants de première ligne, spécialistes, pharmaciens, personnel administratif, autre personnel auxiliaire	Bases de données internationales, bases de données nationales ou documents du ministère de la santé

PERFORMANCE DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTÉ

La performance des ressources humaines pour la santé comprend à la fois le *rendement* du personnel et la *qualité* du prestataire. Le rendement des ressources humaines pour la santé peut être analysé sur le plan *financier* (par exemple le nombre d'agents de santé employés par dollar dépensé) et sur le plan de la *productivité* (par exemple le nombre de services fournis par personne-heure). Ces deux aspects sont importants pour la performance des systèmes de santé, quant à l'utilisation optimale de ressources limitées et à la réduction des coûts liés aux agents de santé. Les indicateurs bruts simples peuvent cependant occulter l'impact d'autres éléments (fournitures, installations) ainsi que la relation entre la quantité et la qualité de la production.

S'agissant des soins de santé, la qualité peut être divisée en deux catégories : la *qualité clinique* (mesurée objectivement en tant que performance clinique) ; et la *satisfaction des patients* (qualité mesurée subjectivement, telle qu'elle est perçue par les patients). La qualité clinique est cruciale pour améliorer les résultats sanitaires, alors que la satisfaction des patients est en soi un objectif important du système de santé et peut aussi affecter la santé de la population. Même si les évaluations systématiques de la qualité des services font défaut dans beaucoup de pays, nous recensons ici quelques indicateurs de base destinés à mettre en évidence des niveaux généraux de qualité pour divers niveaux de soins. La couverture vaccinale et certains taux d'utilisation des services (par exemple le recours aux soins de santé primaires) peuvent donner des indications sur la qualité générale des soins. Les taux de rupture de stock peuvent servir à l'évaluation générale de la qualité du système logistique, et les taux internes d'infection sont souvent une indication de la qualité générale des soins hospitaliers.

Le tableau ci-après récapitule plusieurs indicateurs et indices de référence donnés à titre d'exemple ainsi que les sources pour l'évaluation de la performance des ressources humaines pour la santé.

Tableau 3. Situation des ressources humaines pour la santé (RHS) : indicateurs primaires de la performance des RHS

Dimension	Indicateur	Indices de référence	Référence	Commentaires	
				Indicateur/critère	Sources
• Performance (rendement) des RHS	Budget annuel pour les RHS/budget total annuel de la santé	Aucun	<i>Indicateur</i> • Hornby & Forte (2000)		Bases de données internationales, bases de données nationales ou documents du ministère de la santé
• Performance (rendement) des RHS	Nombre de RHS par catégorie/budget annuel pour les RHS dans cette catégorie	Aucun	<i>Indicateur</i> • Pas de source précise		Bases de données internationales, bases de données nationales ou documents du ministère de la santé
• Performance (rendement) des RHS	Total dépenses RHS par individu	Aucun	<i>Indicateur</i> • Pas de source précise		Bases de données internationales, bases de données nationales ou documents du ministère de la santé
• Performance (rendement) des RHS	Salaire annuel moyen par catégorie RHS	Aucun	<i>Indicateur</i> • Hornby & Forte (2000)		Bases de données internationales, bases de données nationales ou documents du ministère de la santé
• Performance (productivité) des RHS	Durée moyenne d'un séjour à l'hôpital	Aucun	<i>Indicateur</i> • Pas de source précise		Bases de données internationales, bases de données nationales ou documents du ministère de la santé

Dimension	Indicateur	Indices de référence	Référence	Commentaires	
				Indicateur/critère	Sources
• Performance (productivité/ qualité) des RHS	Nombre moyen de vaccins administrés par jour par nombre de personnel RHS	Aucun	<i>Indicateur</i> • Hall (2001)	Mesure de la capacité à atteindre les cibles de productivité du personnel	Bases de données internationales, bases de données nationales ou documents du ministère de la santé
• Performance (productivité/qualité) des RHS	Fréquentation des soins de santé primaires / total du personnel	Aucun	<i>Indicateur</i> • Hornby & Forte (2000)	Mesure de la capacité à atteindre les cibles de productivité du personnel	Bases de données internationales, bases de données nationales ou documents du ministère de la santé
• Performance (qualité) des RHS	Ruptures de stock de médicaments essentiels	0%	<i>Indicateur</i> • DELIVER/ John Snow (2002) (adapté) <i>Indice de référence</i> • 0% : idéal	Indique la qualité de la logistique au niveau du système (à croiser avec la section gestion)	Revue des documents (par exemple étude sur la gestion pharmaceutique) ou entretiens avec des informateurs clés
• Performance (qualité) des RHS	Nombre de contagions nosocomiales / nombre de personnes hospitalisées	0	<i>Indicateur</i> • Hornby & Forte (2000) <i>Indice de référence</i> • 0 : idéal		Bases de données internationales, bases de données nationales ou documents du ministère de la santé

PROBLÈMES TRANSVERSAUX CONCERNANT LES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTÉ

Outre les indicateurs de base sur la situation des ressources humaines pour la santé – niveaux de densité, distribution et performance générale – nous avons recensé une série de problèmes transversaux qui, par ricochet, influent sur la densité, la distribution et la performance des ressources humaines pour la santé. Il s'agit là de problèmes qui ne sont pas inhérents aux systèmes de financement, d'éducation ou de gestion mais auxquels des changements de politique dans ces systèmes peuvent remédier. On peut y voir des causes *intermédiaires* des changements et de l'état des niveaux de densité, répartition et performance des personnels qui seront affectés par des changements dus aux leviers de l'action politique dans les domaines du financement, de l'éducation et de la gestion présentés dans l'introduction au présent document (Figure 1).

Ces problèmes transversaux sont repris de nombreuses publications sur la « crise » actuelle des ressources humaines (Joint Learning Initiative, 2004 ; OMS, 2006). Il s'agit entre autres de l'attrait qu'exercent les professions de santé sur les diplômés des collèges préprofessionnels, de la migration des professionnels de la santé vers les pays plus riches, du danger que présente l'épidémie de VIH/sida pour la santé des prestataires, du cumul d'emplois, de l'absentéisme et du manque de motivation. Le tableau à la fin de cette première partie reprend les indicateurs de diagnostic essentiels pour ces problèmes.

Attrait des professions de santé pour les diplômés des collèges préprofessionnels

La demande en formation professionnelle dans le domaine de la santé est importante pour déterminer la densité, la répartition et, en fin de compte, la performance des ressources humaines pour la santé. Sans nouvelles entrées

dans les écoles de médecine, de soins infirmiers et d'autres écoles professionnelles, il n'y aura pas suffisamment de sorties pour améliorer les indicateurs de la situation des ressources humaines pour la santé. Il est également important de reconnaître que les professions de santé se disputent les diplômés hautement qualifiés et motivés avec d'autres professions et que, par conséquent, la qualité des ressources humaines pour la santé se ressentira de cette concurrence. On peut considérer que le choix par un étudiant de son orientation professionnelle est une décision d'investissement dans laquelle sont mis en balance les frais de formation et le rendement financier escompté. Outre les gains financiers attendus du choix de la profession de santé, des facteurs non monétaires peuvent jouer un rôle dans cette décision. Parmi ces facteurs : les conditions de travail, la sécurité de l'emploi, les perspectives de carrière, le statut de la profession, ainsi que des motifs personnels comme le désir de promouvoir la santé. D'après des données empiriques, les avantages monétaires et non monétaires pèsent tous deux sur la décision (l'annexe 1 contient un examen plus poussé de ces données).

Migration

L'émigration des agents de santé pose un problème de taille aux systèmes de santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire. S'il est vrai que la libre circulation du personnel médical, du personnel infirmier et d'autres ressources humaines pour la santé favorise le partage d'informations et le développement des connaissances, il n'en reste pas moins que les pays à faible revenu sont particulièrement vulnérables à l'exode de leurs travailleurs les plus hautement qualifiés. Le départ d'agents de santé hautement qualifiés est susceptible de nuire à la qualité des soins du système de santé du pays d'origine, et la réduction quantitative des ressources humaines peut compromettre les perspectives macroéconomiques. Même si la nature de la migration (par exemple temporaire ou permanente) joue un rôle important eu égard à son impact éventuel, l'émigration entraîne souvent des conséquences plus négatives que positives pour les pays qui souffrent déjà du manque de ressources humaines essentielles pour la santé (Forcier et al., 2004). Des données empiriques indiquent que les flux de migration sont considérables, et que l'émigration en provenance de pays en développement peut avoir des conséquences négatives sur le niveau de densité des ressources humaines pour la santé et sur le rendement de leur système de santé (l'annexe 1 contient un examen plus poussé des données).

Danger de l'épidémie de VIH/sida pour la santé des personnels de santé

Les taux élevés de mortalité chez les professionnels de la santé, imputables en particulier à l'épidémie de VIH/sida, pèsent lourdement sur le capital humain et sur les ressources financières du fait que les agents décédés doivent être remplacés. Bien que l'on ne dispose que de peu de données à ce sujet (voir l'annexe 1), on peut tirer des enseignements d'autres secteurs sociaux. Dans le secteur de l'éducation, par exemple, le remplacement nécessaire des enseignants ayant succombé au VIH/sida dépasse les capacités des pays (Cohen, 2002). De même, les systèmes de santé, notamment en Afrique, font face à la morbidité et à la perte de nombreux agents de santé qualifiés (Tawfik, 2006). De plus, le danger que courent les agents de santé qui traitent des personnes infectées (du fait du manque de protection contre les piqûres d'aiguilles etc.) peut influencer sur la décision d'entrer ou de rester dans la profession et de migrer dans des pays où l'incidence de la maladie est moindre.

Cumul d'emplois

Le cumul d'emplois dans le secteur de la santé – prestation simultanée de services par des fonctionnaires dans le secteur privé – peut nuire de diverses façons au rendement et à la qualité des soins. D'une part, le cumul d'emplois peut réduire la productivité du poste le moins bien payé (le plus souvent du secteur public) ou même entraîner un surmenage qui nuira à la productivité et à la qualité des deux emplois. D'autre part, le cumul d'emplois peut donner lieu à l'usage à des fins privées de ressources publiques ou à un transfert inutile du public vers le privé (Ferrinho & Lerberghe, 2000 ; Ensor & Duran-Moreno, 2002 ; Berman & Cuizon, 2004). Le rapport entre le cumul d'emplois et la performance du système n'est pas encore clairement perçu (l'annexe 1 contient un examen plus poussé de la question) mais, comme il s'agit d'un phénomène répandu, le cumul d'emplois fait partie des éléments à prendre en compte ici.

Absentéisme et « employés fantômes »

L'absentéisme dans le secteur public et les « employés fantômes » (postes qui n'existent que sur le papier et dont les salaires sont perçus par un personnel fictif) peuvent nuire à la performance du système de santé en réduisant le rendement (à savoir la productivité des agents de santé par dollar dépensé et la capacité du gouvernement

à augmenter le niveau global des salaires), l'accès aux soins (à savoir le nombre d'heures par semaine que les prestataires consacrent aux patients) et la qualité – clinique et perçue – de ceux-ci (Chaudhury & Hammer, 2003 ; Huddart & Picazo, 2003). L'on sait que l'absentéisme et les employés fantômes constituent un problème important dans de nombreux contextes, mais il sera nécessaire d'entreprendre de nouvelles recherches pour relier ces phénomènes à la performance des systèmes de santé (on trouvera à l'annexe 1 une information plus détaillée).

Motivation

Étant donné que le secteur de la santé utilise par nature la main d'œuvre de façon intensive, la motivation des agents de santé joue, ainsi que leurs compétences, un rôle clé dans le niveau de performance du système. Par motivation de l'agent de santé on entend la volonté de l'employé d'exercer et de maintenir une action pour atteindre des objectifs organisationnels (Franco et al., 2002) en influant sur l'allocation par les travailleurs de leurs ressources personnelles en vue d'atteindre ces objectifs. La motivation influe à son tour sur le rendement et la productivité. La satisfaction professionnelle peut être une voie majeure entre la motivation et la performance organisationnelle. Les difficultés inhérentes à toute recherche sur la motivation ont jusqu'ici fait obstacle à la collecte de données reliant celle-ci à la performance du système (l'annexe 1 contient un examen plus poussé des données).

Tableau 4. Problèmes transversaux concernant les ressources humaines pour la santé (RHS) : indicateurs primaires

Dimension	Indicateur	Indices de référence	Référence	Commentaires	
				Indicateur/Indices de référence	Sources
• Attrait de la profession	Nombre de candidats / nombre de places en formation par catégorie de RHS	Aucun	Aucune	Les catégories comprennent, entre autres, personnel médical, personnel infirmier, sages-femmes, auxiliaires sanitaires, intervenants de première ligne, spécialistes, pharmaciens, personnel administratif, autre personnel auxiliaire	Bases de données internationales, bases de données nationales ou documents du ministère de la santé
• Attrait de la profession	Évaluation de la qualité des candidats	Aucun	Aucune	Les catégories comprennent, entre autres, personnel médical, personnel infirmier, sages-femmes, auxiliaires sanitaires, intervenants de première ligne, spécialistes, pharmaciens, personnel administratif, autre personnel auxiliaire	Bases de données internationales, bases de données nationales ou documents du ministère de la santé ou panels d'experts ou autres méthodes d'évaluation
• Migration	Immigration annuelle nette en % par catégorie de RHS	Aucun	Aucune	Les catégories comprennent, entre autres, personnel médical, personnel infirmier, sages-femmes, auxiliaires sanitaires, intervenants de première ligne, spécialistes, pharmaciens, personnel administratif, autre personnel auxiliaire	Bases de données internationales, études sur le marché du travail ou autres études spécialisées, bases de données nationales, documents du ministère de la santé, panels d'experts ou autres méthodes d'évaluation

Dimension	Indicateur	Indices de référence	Référence	Commentaires	
				Indicateur/Indices de référence	Sources
• Migration	Emigration annuelle nette en % par catégorie RHS	Aucun	Aucune	Les catégories comprennent, entre autres, personnel médical, personnel infirmier, sages-femmes, auxiliaires sanitaires, intervenants de première ligne, spécialistes, pharmaciens, personnel administratif, autre personnel auxiliaire	Bases de données internationales, études sur le marché du travail ou autres études spécialisées, bases de données nationales, documents du ministère de la santé, panels d'experts ou autres méthodes d'évaluation
• Décès prématurés	Taux moyen de décès imputables au VIH/sida par catégorie RHS	Aucun	Aucune	Les catégories comprennent, entre autres, personnel médical, personnel infirmier, sages-femmes, auxiliaires sanitaires, intervenants de première ligne, spécialistes, pharmaciens, personnel administratif, autre personnel auxiliaire	Bases de données internationales, bases de données nationales, documents du ministère de la santé, panels d'experts ou autres méthodes d'évaluation
• Cumul d'emplois	Proportion de médecins occupant plus d'un poste de santé	Aucun	Aucune		Bases de données internationales, bases de données nationales ou documents du ministère de la santé, panels d'experts ou autres méthodes d'évaluation
• Cumul d'emplois	Proportion d'autres catégories RHS occupant plus d'un poste de santé	Aucun	Aucune	Les autres catégories comprennent, notamment sages-femmes, auxiliaires sanitaires, intervenants de première ligne, spécialistes, pharmaciens, personnel administratif, autre personnel auxiliaire	Bases de données internationales, bases de données nationales ou documents du ministère de la santé, panels d'experts ou autres méthodes d'évaluation
• Absentéisme et « employés fantômes »	Taux d'absentéisme des RHS (global)	Aucun	Aucune		Bases de données internationales, bases de données nationales ou documents du ministère de la santé, panels d'experts ou autres méthodes d'évaluation
• Absentéisme et « employés fantômes »	Nombre moyen d'heures de travail par semaine par catégorie de RHS	Aucun	Aucune		Bases de données internationales, bases de données nationales ou documents du ministère de la santé, panels d'experts ou autres méthodes d'évaluation
• Motivation	Indicateur qualitatif : avis sur l'ampleur des problèmes de motivation	Aucun	Aucune		Etudes nationales précédentes, entretiens avec des informateurs clés ou autres méthodes d'estimation

FINANCEMENT

L'un des facteurs les plus importants parmi ceux qui influent sur la situation des ressources humaines pour la santé et les problèmes transversaux qu'elle soulève est le financement disponible pour le paiement des salaires et des autres dépenses non salariales majeures nécessaires à l'efficacité du système de santé. Dans cette deuxième partie nous présentons des indicateurs permettant d'évaluer l'adéquation du niveau des salaires, la relation entre salaires et les dépenses non salariales et l'enveloppe de ressources économiques nationales affectée à ces dépenses.

Le salaire des personnels est d'ordinaire l'élément le plus important des dépenses de fonctionnement pour la santé¹. Par rapport aux autres dépenses telles que médicaments et autres fournitures, les salaires des prestataires tendent à absorber une grande partie des sommes affectées au secteur de la santé. Saltman & Von Otter (1995) estiment que le niveau total des salaires dans la plupart des pays représente 65% à 80% des dépenses de fonctionnement pour la santé². Ce pourcentage peut être particulièrement élevé dans les systèmes de santé où une grande partie des soins est dispensé au niveau primaire et communautaire, étant donné que le coût des médicaments et des autres fournitures est d'ordinaire peu élevé à ce niveau (Pong et al., 1995).

Le niveau des salaires – ainsi que celui des dépenses non salariales telles que médicaments et autres fournitures, qui d'ordinaire varie en fonction directe du niveau des ressources humaines – est l'un des éléments les plus importants de la performance d'un système de santé et influe sur la quantité, la répartition et la performance des agents de santé d'un pays (Diallo et al., 2003). Il est également important de reconnaître qu'à mesure que la part des dépenses renouvelables consacrée aux ressources humaines pour la santé augmente, les ressources disponibles pour d'autres dépenses essentielles, comme les médicaments et le matériel, peuvent diminuer considérablement, ce qui nuit à la qualité du service et rend les conditions de travail plus difficiles. L'accroissement des dépenses engagées pour les ressources humaines influent à leur tour sur la capacité du système à atteindre des niveaux plus élevés pour ce qui est des objectifs intermédiaires : rendement et viabilité du système de santé et protection financière des usagers. L'accroissement des dépenses engagées pour les ressources humaines entraînera aussi une dépense totale plus élevée, ce qui pourrait diminuer le rendement du système de soins et sa capacité à assurer sur le long terme la protection financière de la population. Le niveau des salaires et celui des dépenses non salariales pour les ressources humaines devront donc être déterminés en équilibrant l'objectif de l'efficacité financière du système de santé dans son ensemble et la nécessité d'optimiser la quantité, la répartition et la performance des agents de santé³.

S'il est vrai que les évaluations financières des ressources humaines pour la santé se limitent souvent à une évaluation du salaire ou de la masse salariale, les analystes devraient également être aptes à juger du bien-fondé de certaines *dépenses non-salariales sélectionnées* par rapport aux buts à atteindre en matière de ressources humaines pour la santé. Étant donné le grand nombre de dépenses non salariales potentiellement pertinentes dans ce domaine, cet examen permettra aux analystes de repérer d'importants leviers financiers qui ont des chances d'être plus efficaces que des modifications salariales pour atteindre les objectifs en matière de ressources humaines, tout en permettant une analyse rapide. Pour guider cette sélection, on trouvera plus loin une liste des dépenses non salariales susceptibles d'avoir des incidences sur la quantité, la répartition ou la performance des ressources humaines pour la santé dans un pays donné. L'analyse des postes de dépense retenus pourra suivre le même processus logique que pour l'analyse des niveaux de salaire.

¹ Nous utilisons le terme « salaire » pour toutes les sources de revenu des personnels de santé (salaires, primes, honoraires, etc.) pour lesquelles on dispose de données. Certains économistes préfèrent l'expression « masse salariale ».

² Huddart & Picazo (2003) estiment qu'en Afrique 50% à 70% des dépenses renouvelables pour la santé sont consacrées aux ressources humaines.

³ Un examen plus approfondi de deux besoins particuliers de financement des ressources humaines pour la santé se trouve dans l'analyse du financement de l'enseignement et de la formation, et dans celle des incitations financières comme outil de gestion.

Si l'on conclut que les dépenses (salariales et non salariales) consacrées aux ressources humaines pour la santé doivent être augmentées, il convient d'évaluer également la possibilité et les moyens de financer cette augmentation en tenant compte des contraintes macroéconomiques du pays. La troisième section propose un cadre pour l'évaluation rapide de la capacité d'un pays à financer l'augmentation des dépenses liées aux ressources humaines pour la santé.

Niveaux de salaire des agents de santé

Les niveaux actuels de salaire des agents de santé d'un pays peuvent être analysés en se posant les questions suivantes :

- Les niveaux de salaire sont-ils suffisamment élevés pour atteindre les objectifs de santé?
- Les niveaux de salaire produisent-ils des niveaux appropriés de services? Ou, pour poser la question en termes économiques : sont-ils fonctionnellement (ou techniquement) efficaces?
- Par rapport aux autres dépenses, les niveaux salariaux sont-ils justes? Ou, pour poser la question en termes économiques : ces dépenses sont-elles distribuées de façon efficace?

La première partie de cette section fournit des indicateurs de diagnostic pour répondre à la première question concernant l'état, la quantité, la répartition et la performance des ressources humaines pour la santé d'un pays. En deuxième partie, elle offre un cadre de diagnostic pour répondre aux deuxième et troisième questions.

Le niveau de salaire en tant que déterminant de la quantité, de la distribution et de la performance des agents de santé

Les salaires sont un déterminant important de la quantité, de la répartition et de la performance des agents de santé. La modicité des salaires de certaines catégories d'agents de santé peut être un facteur dissuasif au moment d'entrer dans les professions de santé ou d'accepter une affectation en zone rurale et ne motivent pas à améliorer le rendement ni la qualité de la performance. Les bas salaires interviennent également sur plusieurs problèmes transversaux, notamment le cumul d'emplois et la migration vers des pays où les salaires sont beaucoup plus élevés.

Pour évaluer l'effet des salaires, il est souvent utile de les comparer à ceux de professions similaires, d'examiner la différence entre les salaires des secteurs privé et public, et de chercher à savoir si les agents de santé estiment ou non que leur salaire est suffisant.

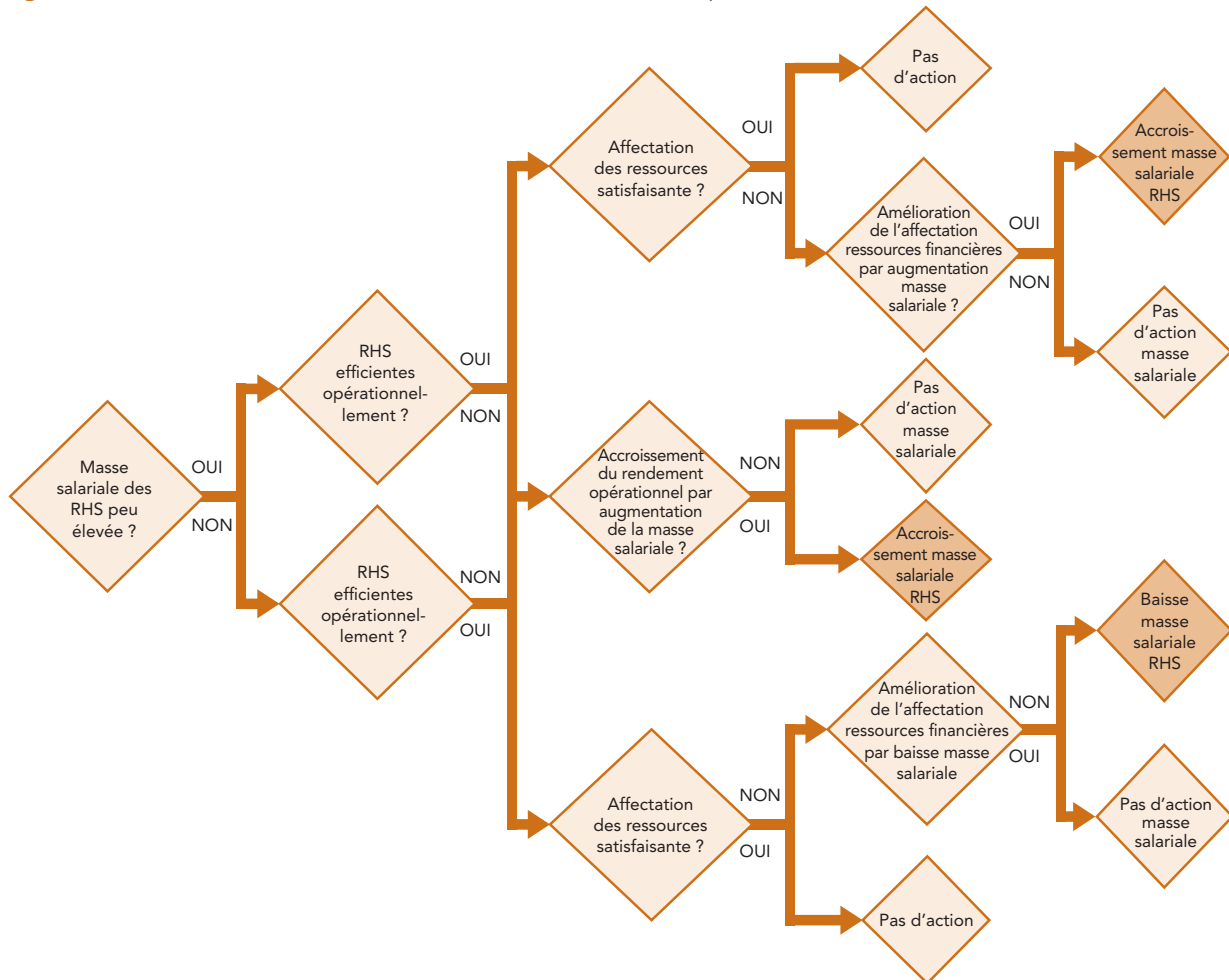
Augmenter les salaires ou en cibler certains pour encourager une meilleure performance ou inciter à servir dans des régions mal desservies sont des stratégies qui peuvent accroître les chances d'atteindre les objectifs du système de santé. Il est important, toutefois, de concevoir des mécanismes de paiement susceptibles d'accroître aussi bien le rendement que la motivation et la satisfaction des membres du personnel. Des augmentations de salaire qui n'incitent pas à un meilleur service résoudront sans doute les problèmes de maintien du personnel mais aux dépens d'autres objectifs (l'annexe 2 examine cette question plus avant).

Il n'y a pas d'indices de référence précis pour établir un niveau optimal de dépenses salariales dans un pays donné ; cependant, les dépenses salariales per capita sont souvent citées dans les chiffres nationaux concernant les ressources humaines. Pour savoir si l'on dépense trop ou pas assez pour les salaires des ressources humaines pour la santé, on peut comparer ce montant per capita au même montant dépensé dans d'autres pays ayant une charge de morbidité similaire et un même niveau de développement économique.

Rendement des affectations financières et rendement opérationnel

Pour évaluer le financement des ressources humaines pour la santé, il convient de déterminer si les fonds sont utilisés rationnellement. Cette question, à laquelle il n'est pas facile de répondre, comporte au moins deux éléments : a) les salaires produisent-ils les niveaux les plus élevés de prestations par rapport au financement (rendement opérationnel) ; et b) est-ce bien aux salaires qu'il faut affecter les ressources financières pour atteindre les objectifs de santé (rendement des affectations).

Figure 3. Rendement des affectations et rendement opérationnel des salaires



L'arbre de décision de la Figure 3 offre un cadre pour évaluer à la fois le rendement des affectations financières et le rendement opérationnel des niveaux de salaire des ressources humaines pour la santé. Alors qu'il serait idéal d'établir le rendement du salaire en ce qui concerne les ressources humaines pour la santé au moyen d'études concernant la productivité des agents de santé, celles-ci sont rarement disponibles dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Pour le présent outil, il faudra sans doute utiliser des indicateurs plus étendus pour déterminer le rendement des dépenses de salaires.

Il existe deux causes possibles de mauvais rendement opérationnel pour les niveaux de salaires des ressources humaines pour la santé. Premièrement, les niveaux de salaire peuvent être trop élevés. En d'autres termes, les résultats sanitaires demeureraient inchangés même si les agents de santé étaient moins rétribués. Pour savoir si tel est le cas, on peut, par exemple, comparer les salaires des agents de santé du pays à ceux d'agents de santé dans des pays similaires ou encore aux salaires que l'on gagne dans d'autres professions qui requièrent un même niveau d'instruction dans le pays faisant l'objet de l'analyse, ou plus simplement en examinant la relation entre le salaire moyen des ressources humaines pour la santé et le produit intérieur brut par habitant (PIB). Deuxièmement, si le niveau de salaire est aussi bas qu'il est possible sans que l'on soit dans l'impossibilité de recruter suffisamment d'agents de santé, ce niveau sera opérationnellement inefficace si les agents de santé n'atteignent pas leur productivité maximale au regard des objectifs sanitaires. Pour savoir si tel est le cas, on peut, par exemple, comparer le degré d'atteinte des résultats de santé intermédiaires dans différentes régions d'un même pays en fonction de la densité d'agents de santé de ces régions (compte tenu dans l'idéal d'autres facteurs importants qui pourraient influencer sur ces résultats sanitaires)⁴. Ainsi, si l'atteinte des objectifs de santé publique comme la couverture vaccinale des enfants est associée de manière négative à la densité des agents de santé dans différentes régions du pays (compte tenu du niveau régional d'instruction, de revenus, de la distance moyenne à un établissement de santé, des dépenses de santé autres que les salaires des agents de santé), il est probable que les agents de santé d'une région où la couverture vaccinale est faible travaillent de manière opérationnellement inefficace par rapport à cet objectif de couverture vaccinale universelle de l'enfant. Ceci peut être mesuré indirectement en évaluant la densité des agents de santé (comme indicateur de substitution pour leur niveau de salaire) par rapport à l'incidence des maladies (l'annexe 2 examine plus avant les données disponibles).

⁴ Si la productivité des agents de santé est fonction du niveau de salaire, le niveau optimal de salaire n'est peut-être pas le niveau minimum de salaire auquel ils ont été recrutés.

Si le niveau de salaire des ressources humaines pour la santé est efficient sur le plan opérationnel, un niveau élevé de salaire peut résulter d'une affectation inefficace des ressources, par exemple des dépenses excessives pour rémunérer les ressources humaines par rapport à d'autres postes budgétaires ou pour une catégorie d'agents de santé par rapport à d'autres catégories. Les exemples d'indicateurs qui peuvent suggérer un mauvais rendement en matière d'affectation des niveaux de salaire des ressources humaines sont le ratio personnel médical/ personnel infirmier ou le ratio agents de santé communautaires/dispensaires communautaires.

Juger du rendement des affectations financières pour les ressources humaines en santé implique la prise en compte de divers facteurs comme l'équilibre entre différentes catégories (par exemple entre spécialistes, médecins généralistes et personnel infirmier), ainsi que nous l'avons vu ci-dessus à propos de la performance des ressources humaines pour la santé. Pour cette évaluation rapide, on utilisera des mesures économiques plus larges du rendement des affectations financières. On peut prendre ici comme indicateur général du rendement lié à l'affectation le niveau de dépenses allouées aux ressources humaines par rapport aux dépenses totales de santé, étant donné que des dépenses salariales plus élevées ont d'ordinaire pour effet de réduire les allocations non salariales nécessaires à l'efficacité des agents de santé. D'autres indicateurs de ce type de rendement sont la proportion du PIB consacrée à la santé et les dépenses pour la santé par habitant. Ces indicateurs indiquent l'allocation des ressources économiques générales à la santé et constituent les limites dans lesquelles doivent se situer les dépenses de salaire des ressources humaines.

A l'aide de la Figure 3, il est possible de savoir si le niveau de la masse salariale d'un pays est trop élevé ou trop bas d'après les estimations du rendement opérationnel et en matière d'affectation. De même, il est possible d'évaluer le bien-fondé de tout autre poste de dépense intéressant les ressources humaines (la voir, par exemple, la section suivante sur les dépenses non salariales). En suivant l'arbre de décision de gauche à droite, les décisions binaires prises à chaque nœud de décision (efficient / inefficace) peuvent être orientées par différentes sortes de comparaisons :

- *Comparaison avec d'autres pays.* Les niveaux de salaire dans les pays qui ont atteint leurs objectifs en matière de ressources humaines pour la santé peuvent servir de comparaison pour déterminer les niveaux optimaux de salaire. Les comparaisons entre pays seront d'autant plus significatives que les pays comparés seront plus semblables sur de nombreux plans dont la culture, le type de système de santé, les besoins en matière de santé et d'autres facteurs socioéconomiques tels que PIB, taux de pauvreté et éducation. En outre, la comparaison avec d'autres pays a pour avantage d'être une méthode relativement rapide d'évaluation des niveaux de financement des ressources humaines pour la santé parce que les comptes nationaux de la santé et ceux des autres sources de financement pour diverses dépenses de santé sont aisément accessibles. Les niveaux de salaire devront être ajustés en tenant compte du pouvoir d'achat pour permettre une comparaison significative entre pays.
- *Comparaison dans le temps.* Si un pays dispose d'information en séries temporelles pour certains des indicateurs décrits ci-dessus, les niveaux de salaire (ajustés pour tenir compte de l'inflation et, si possible, pour les salaires dans d'autres professions que la santé) peuvent être utilisés comme points de comparaison pour tous les domaines de performance du système de santé.
- *Comparaison avec d'autres professions.* Les salaires des professions qui ont les niveaux désirés de densité et de qualité des candidats, de migration externe nette, de changement d'emploi et de satisfaction professionnelle peuvent servir de points de comparaison pour les salaires des ressources humaines pour la santé. Étant donné qu'il est difficile de comparer les niveaux de performance dans différentes professions et que les possibilités de cumul d'emplois diffèrent sensiblement d'une profession à l'autre, il est moins probable que les comparaisons entre professions dans ces deux domaines soient significatives.
- *Comparaison avec une cible politique.* Si un pays a établi une cible politique concernant un indicateur, la valeur de l'indicateur doit être comparée à cette cible afin d'assurer l'acceptation des recommandations découlant de la comparaison.

L'arbre de décision des salaires débouche sur un diagnostic permettant d'établir si le niveau de salaire des ressources humaines pour la santé est :

- trop élevé, ce qui conduit à réduire le niveau global des salaires ;
- trop bas, ce qui conduit à décider d'augmenter le niveau des salaires ;
- adapté, ce qui conduit à ne prendre aucune mesure concernant le niveau des salaires.

Le tableau suivant donne les principaux indicateurs de diagnostic pouvant servir à évaluer le financement des ressources humaines pour la santé.

Tableau 5. Financement des ressources humaines pour la santé (RHS) : indicateurs primaires

Dimension	Indicateur	Indices de référence	Référence	Commentaires	
				Indicateur/comparaison	Sources
• Niveau de salaire	Salaire moyen des RHS par catégorie	Aucun	Aucune	Types de comparaison : • entre professions • entre pays • selon le coût de la vie par région Information supplémentaire : • Perception par les RHS de leur niveau de salaire • Perception par les RHS des niveaux de salaire d'autres pays ou professions	Bases de données internationales, bases de données nationales, documents du ministère de la santé
• Attractivité du niveau de salaire des professions de la santé	Niveaux de salaire RHS par rapport à ceux d'autres professions (p. ex. avocats, enseignants)	Aucun	Aucune	Information supplémentaire : • Raisons données par des diplômés récents du collège ou du lycée pour avoir ou n'avoir pas choisi une profession de la santé	Bases de données internationales, bases de données nationales
• Distribution géographique : niveau de salaire	Salaire moyen zones rurales/zones urbaines, par catégorie de RHS	Aucun	Aucune	Types de comparaison : • Entre professions • entre pays Information supplémentaire : • Raisons données pour avoir ou ne pas avoir choisi d'exercer en zone rurale, par catégorie de RHS	Bases de données internationales, bases de données nationales
• Distribution par genre : niveau de salaire	Niveaux moyens de salaire RHS Ratio femme/homme	1	<i>Indice de référence</i> • Raison d'équité au niveau national	Types de comparaison : • entre pays • par rapport à une cible politique	Bases de données internationales, bases de données nationales
• Rendement d'affectation et capacité de financement des RHS	Niveau des salaires en proportion du total des dépenses gouvernementales renouvelables	65%–80% 50%–70% (Afrique)	<i>Indice de référence</i> • 65%–80% (Saltman & Von Otter, 1995) • 50%–70% (Huddart & Picazo, 2003)		Comptes nationaux de la santé, documents du ministère de la santé
• Rendement d'affectation et capacité de financement des RHS	Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB	Indice de référence 6,6%–13,9% (OCDE) 4%–7,8% (Afrique)	<i>Indice de référence</i> • 6,6%–13,9% (Huber & Orosz, 2003) • 4%–7,8% (Bossert et al., 2004)		Bases de données internationales, publications scientifiques, bases de données nationales, documents du ministère de la santé

Dimension	Indicateur	Indices de référence	Référence	Commentaires	
				Indicateur/comparaison	Sources
• Rendimento d'affectation et capacité de financement des RHS	Total des dépenses de santé per capita en \$PPP	1500–4880 (OCDE) 112 (moyenne Afrique de l'Est et australe)	<i>Indice de référence</i> • 1500–4880 (Huber & Orosz, 2003) • 112 (Bossert et al., 2004 ; Nandakumar et al., 2004)		Bases de données internationales, publications scientifiques, bases de données nationales, documents du ministère de la santé
• Rendimento opérationnel	Niveau de salaire RHS par comparaison avec le PIB per capita	1,2 (infirmière USA) 3–13 (médecin USA) 5–24 (fourchette en Afrique subsaharienne)	<i>Indice de référence</i> • 5–24 (Banque mondiale, 2004)		Bases de données internationales, bases de données nationales, documents du ministère de la santé, publications scientifiques
• Rendimento opérationnel	Résultats en matière de santé par rapport à la densité RHS (p.ex. décès dus au paludisme, taux de mortalité infantile, taux de mortalité maternelle)	Aucun	Aucune	Comparer Anand & Barnighausen (2004)	Bases de données nationales, documents du ministère de la santé

Dépenses non salariales

Il est évident que le niveau de salaire n'est pas le seul déterminant possible du niveau, de la répartition et de la performance des ressources humaines pour la santé. Plusieurs autres facteurs auront une incidence sur l'attrait des professions de la santé ou sur la satisfaction des agents de santé qui travaillent actuellement dans un pays donné. Ces facteurs comprennent les assurances, les indemnités, les retraites, et la formation en cours d'emploi ou continue. La Figure 4 présente un certain nombre de dépenses non salariales concernant les agents de santé, et l'annexe 2 fournit de plus amples informations sur les données relatives à ce sujet.

Le cadre utilisé pour analyser le bien-fondé du niveau actuel des salaires des ressources humaines pour la santé peut aussi être appliqué à toute dépense non salariale.

Figure 4. Dépenses de santé non salariales concernant les ressources humaines pour la santé

Catégorie	Exemples
Dépenses de fonctionnement	
Fournitures	<ul style="list-style-type: none"> • Produits pharmaceutiques • Instruments de chirurgie
Sécurité sur le lieu de travail	<ul style="list-style-type: none"> • Techniques chirurgicales • Immunoprofylaxie post-exposition au VIH • Gants de haute qualité • Aiguilles et scalpels de haute qualité

Catégorie	Exemples
Dépenses de fonctionnement	
Formation	<ul style="list-style-type: none"> • Sous-spécialisations • Possibilités de formation permanente
Prestations	<ul style="list-style-type: none"> • Retraite • Soins aux enfants • Assurance maladie • Assurance accidents
Structures de soutien psychosocial	<ul style="list-style-type: none"> • Consultations psychologiques pour les agents de santé • Groupes d'entraide par les pairs
Dépenses d'investissement	
	<ul style="list-style-type: none"> • Installations • Matériel de laboratoire • Techniques d'imagerie • Techniques chirurgicales

Contexte macroéconomique

Les niveaux de financement des ressources humaines pour la santé sont limités en premier lieu par le financement octroyé au secteur de santé et ensuite par leur affectation aux agents de santé au sein du secteur. Pour évaluer les affectations au secteur de la santé, il faut d'abord procéder à une estimation globale des dépenses de santé en proportion du PIB, ce qui donne une idée des dépenses totales pour les secteurs tant public que privé. Comme les leviers politiques couvrent les dépenses de santé consenties par le gouvernement national et celles que prennent en charge les bailleurs de fonds, il est particulièrement important d'évaluer aussi bien la part du budget national qui est consacrée à la santé que la part des dépenses nationales de santé qui est financée par les bailleurs de fonds. En ce qui concerne les ressources humaines pour la santé, le budget le plus important est celui des dépenses renouvelables, bien que le budget des dépenses d'investissement puisse avoir une incidence sur les conditions de travail et les possibilités de formation. Les comptes nationaux de santé sont souvent une bonne base pour ce genre d'analyse.

Si les évaluations de la densité des agents de santé ou les évaluations des niveaux et du rendement des dépenses salariales conduisent à augmenter le nombre d'agents de santé, il faudra étudier deux aspects. Premièrement, estimer ce que cet accroissement proposé des effectifs va coûter et deuxièmement, vérifier si le contexte macroéconomique et le montant global des dépenses de santé permettront une telle augmentation des dépenses salariales.

Il y a différentes manières d'effectuer une projection des besoins financiers dans le cas d'une augmentation des ressources humaines pour la santé. Voici, par exemple, une formule simplifiée pour ce calcul :

(nombre initial d'agents de santé) × (taux d'augmentation) × (1 – taux de perte en personnel) × (salaire moyen + dépenses non salariales moyennes par agent de santé),

dans laquelle :

nombre initial d'agents de santé = nombre d'agents de santé (par catégorie) dans l'année en cours

taux d'augmentation = 1 + augmentation proportionnelle désirée du nombre d'agents de santé (par catégorie) par an,

taux de perte en personnel = proportion des départs d'agents de santé (par catégorie) par an.

Si l'analyse ci-dessus indique qu'une augmentation des dépenses pour les ressources humaines pour la santé augmentera nettement l'adéquation des ressources humaines quant à leur densité, répartition et performance, il faudra étudier la capacité du pays à assumer de manière durable cette augmentation. En théorie, une augmentation des dépenses pour les ressources humaines pour la santé pourra être financée au moyen d'un certain nombre de dispositifs utilisés séparément ou en association. L'analyste devra décider lesquels de ces dispositifs choisir en tenant compte des problèmes communs que leur utilisation entraîne. La Figure 5 offre un guide d'analyse.

Si l'économie nationale est en expansion, il est possible d'augmenter les dépenses en matière de ressources humaines pour la santé sans augmenter la proportion du budget public qui leur est actuellement consacrée. Toutefois, la croissance économique n'est peut-être pas suffisamment élevée pour satisfaire de manière durable

un nouveau besoin de financement. En l'absence de croissance économique, la part de PIB (ou le budget public) dépensée pour les ressources humaines pour la santé peut certes augmenter, mais cette augmentation implique l'un ou plusieurs des éléments suivants :

- une augmentation du financement des ressources humaines pour la santé comme part du PIB
- la production de recettes
- une orientation des dépenses publiques vers la santé
- une orientation des dépenses en santé publique vers les ressources humaines pour la santé.

Une augmentation du financement des ressources humaines pour la santé comme part du PIB peut ne pas être réalisable parce que le gouvernement (ou les fonds de sécurité sociale) ne peuvent pas augmenter les impôts (ou les taux de cotisation). La production de recettes (au moyen du ticket modérateur par exemple), par ailleurs, peut augmenter l'inégalité en matière d'accès aux soins de santé. L'orientation des dépenses d'un autre secteur au profit du secteur de la santé peut se heurter à la résistance des intéressés. Une réorientation des dépenses au sein du secteur de la santé, par exemple aux dépens des dépenses non salariales, ne sera judicieuse que si elle ne nuit pas au rendement lié aux affectations. Si les bailleurs de fonds reconnaissent qu'il est nécessaire d'augmenter le financement des ressources humaines pour la santé, ils peuvent alors assurer ce financement. Cependant, les dons sont rarement une source fiable à long terme pour les dépenses renouvelables parce que les bailleurs de fonds peuvent ne pas vouloir financer les salaires des ressources humaines ou changer d'objectifs avec le temps. En résumé, pour analyser les sources possibles en vue d'une augmentation des dépenses pour les ressources humaines pour la santé, l'équipe d'évaluation devra sans doute comparer avantages et inconvénients de toute une gamme d'options financières.

Si l'augmentation des dépenses a bien lieu, il faudra veiller à ce qu'elle ait bien l'effet escompté (par exemple une augmentation du niveau des ressources humaines). Une augmentation qui ne serait pas accompagnée de l'effet bénéfique escompté (ou tout autre effet bénéfique) entraînerait une diminution du rendement opérationnel.

Figure 5. Facteurs macroéconomiques concernant les ressources humaines pour la santé (RHS)

Possibilités de financement	Problèmes potentiels	Indicateurs
Croissance économique	<ul style="list-style-type: none"> • Il peut ne pas y avoir de croissance • Si croissance il y a, elle peut ne pas être durable 	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de croissance du PIB
Augmentation du financement RHS comme part du PIB	<ul style="list-style-type: none"> • Peut signifier soit une augmentation de l'assiette fiscale et des contributions au régime d'assurance, soit une réduction des dépenses dans d'autres secteurs 	<ul style="list-style-type: none"> • Dépenses de santé actuelles en tant que proportion du PIB
Bailleurs de fonds	<ul style="list-style-type: none"> • Peut ne pas être durable 	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage des 20 plus grands bailleurs de fonds qui nomment expressément les RHS dans leurs plans stratégiques comme l'une de leurs priorités • Pourcentage des 20 plus grands bailleurs de fonds qui ont publié au cours de deux dernières années un document stratégique RHS
Production de recettes	<ul style="list-style-type: none"> • Peut accroître l'inégalité du financement des soins de santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Frais de participation ou contributions en proportion des dépenses totales de santé
Orienter les dépenses publiques vers la santé	<ul style="list-style-type: none"> • Peut se heurter à la résistance d'autres ministères ou secteurs 	<ul style="list-style-type: none"> • Budget de santé en proportion des dépenses publiques totales
Orienter les dépenses en santé publique vers les RHS	<ul style="list-style-type: none"> • Peut nuire au rendement des affectations 	<ul style="list-style-type: none"> • Budget RHS en proportion du budget de santé publique

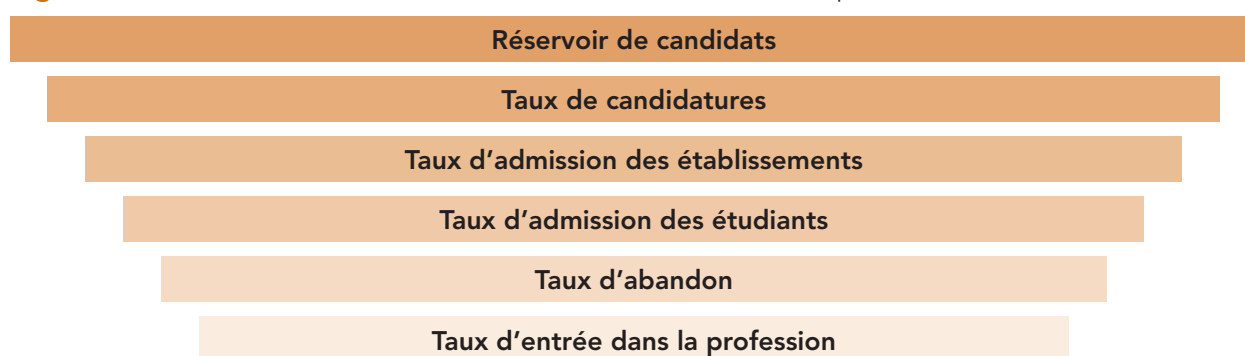
ÉDUCATION

Le système d'éducation pour la santé d'un pays devrait produire des effectifs ayant les compétences nécessaires pour répondre aux priorités sanitaires. Le système éducationnel aide à déterminer deux éléments clés : le nombre de diplômés possédant l'ensemble de compétences requises (par exemple personnel médical et infirmier, pharmaciens, techniciens de laboratoire, auxiliaires) et la qualité de ces ressources humaines (par exemple connaissances et savoir-faire). Pour évaluer le rôle du système d'éducation pour ce qui est de la planification stratégique et de l'élaboration des politiques, il est important d'élaborer des indicateurs de la quantité et de la qualité des diplômés formés aux professions de la santé.

Diplômés – aspects quantitatifs

La capacité d'un système d'éducation à fournir des effectifs convenablement formés et une quantité suffisante d'agents de santé peut être présentée sous forme d'un « entonnoir de l'éducation » (Figure 6).

Figure 6. «Entonnoir de l'éducation» des ressources humaines pour la santé



Dans ce cadre, le nombre de candidats qui terminent leur formation et entrent dans la vie professionnelle est déterminé par une série de filtres principaux que l'on peut présenter sous forme d'un « entonnoir ». La Figure 6 illustre cet entonnoir et ses filtres : le réservoir de candidats (le nombre de personnes susceptibles d'entrer dans un programme d'études leur permettant de devenir agent de santé) ; le taux de candidatures (le pourcentage de ceux qui demandent à être admis dans une institution d'enseignement de santé par rapport au total des candidats potentiels) ; le taux d'admission des établissements (le pourcentage de candidats acceptés par l'établissement d'enseignement de santé auquel ils ont postulé) ; le taux d'admission des étudiants (le pourcentage de personnes qui entrent dans l'établissement, par rapport à celles qui ont été acceptées) ; le taux de succès (la proportion de personnes qui terminent avec succès un programme d'études, par rapport à toutes celles qui y étaient inscrites) ; et le taux d'entrée dans la profession (le pourcentage de personnes qui entrent dans la vie professionnelle, par rapport à celles qui ont terminé leur curriculum).

Ces taux peuvent être déterminés par un nombre de facteurs qui ne sont pas tous du ressort du planificateur. Le réservoir de candidats et les taux de candidatures, par exemple, peuvent être limités par le niveau et la qualité de l'enseignement secondaire du pays. En revanche, le taux d'admission des établissements peut être régi par les institutions (par exemple par la limitation du nombre de places dans les écoles de médecine) ; il a été prouvé que le choix de la méthode pédagogique influe sur le taux d'abandon. On trouvera à l'annexe 3 de plus amples données concernant ces filtres.

Diplômés – aspects qualitatifs

L'entonnoir de l'éducation détermine le niveau des effectifs de santé dans un pays et, s'il est analysé par rapport à certaines caractéristiques telles que genre, lieu de naissance ou type d'emploi, il peut servir à évaluer l'influence de l'éducation sur la distribution des agents de santé. Toutefois, l'éducation joue aussi un rôle important dans ce que sera la qualité clinique et les services des ressources humaines pour la santé, à savoir la performance des agents de santé. Bien que la sélection du contenu et la qualité des enseignants et des méthodes d'enseignement aient une incidence sur les connaissances, les compétences et les attitudes des étudiants, des stagiaires ou des internes, il y a tendance à présent partout dans le monde à mettre l'accent sur les connaissances théoriques plutôt que sur les compétences nécessaires pour le travail en milieu clinique (Majoor, 2004). Dans un grand nombre

de pays africains, par exemple, les programmes de médecine correspondent souvent aux tendances et capacités sanitaires des pays industrialisés, et négligent d'enseigner les connaissances, compétences et attitudes essentielles pour les soins de santé locaux, par exemple comment traiter les maladies prioritaires des pays en développement, comprendre la relation entre médecine scientifique et traditionnelle, les réalités des soins de santé sur le terrain en milieu rural, et la gestion des soins de santé là où les ressources sont limitées et incertaines (Ndumbe, 2003 ; Majoor, 2004). Dans certains pays, les domaines de soins de santé qui sont importants dans le contexte des maladies prévalentes et des ressources disponibles (par exemple la santé publique) ne sont pas du tout enseignés.

Plusieurs cadres ont été proposés pour évaluer la qualité de l'enseignement pour les professionnels de la santé. Parmi ceux-ci nous avons retenu les normes (WFME, 2003) de la Fédération mondiale pour l'enseignement de la médecine (WFME) comme point de départ pour la détermination des indicateurs de la qualité de l'enseignement de santé. La WFME recense neuf domaines pour l'évaluation de la qualité et l'amélioration potentielle de l'enseignement :

- mission et objectifs
- programme éducatif
- évaluation des étudiants
- étudiants
- personnel académique
- ressources d'enseignement
- évaluation du programme
- gouvernance et administration
- renouvellement continu.

Nous avons choisi le cadre WFME de préférence aux autres cadres que nous avons examinés pour les raisons suivantes :

- il couvre de manière plus exhaustive les divers éléments de la qualité de l'enseignement ;
- il propose de manière plus détaillée des indicateurs de la qualité de l'enseignement ;
- ses indicateurs semblent plus facilement applicables partout dans le monde (l'outil WFME a été mis au point pour tous les pays du monde alors que d'autres outils ont été conçus pour un pays particulier).

L'annexe 3 donne un aperçu d'autres cadres qui peuvent être utilisés pour évaluer la qualité de la formation des ressources humaines pour la santé.

Bien que nous ayons suivi la structure de base du document WFME (2003) – (à savoir neuf domaines où évaluer la qualité –, nous y avons apporté divers changements pour adapter le cadre et ses indicateurs dérivés aux fins du présent outil. Ces changements comprennent :

- l'ajout (ou la suppression) de sous-domaines sur la liste de sous-domaines de la qualité de l'enseignement proposés par la WFME (2001);
- l'ajout (ou la suppression) d'indicateurs sur la liste d'indicateurs pour l'évaluation de l'enseignement proposés par la WFME (2001);
- la traduction opérationnelle de certains aspects de la qualité en termes d'indicateurs;
- la hiérarchisation des indicateurs (en indicateurs primaires et secondaires).

Ces changements étaient nécessaires étant donné que le document WFME (2003) est axé sur l'enseignement médical fondamental alors que notre outil doit pouvoir évaluer la formation de tous les agents de santé, y compris l'enseignement infirmier, l'enseignement médical postuniversitaire, la formation des agents de santé communautaires, etc. En outre, un grand nombre des indicateurs se trouvant dans le document WFME (2003) sont des descriptions de structures, activités ou processus existants, qui ne se prêtent pas à des exercices de comparaison.

Selon le contexte de l'évaluation en cause (définition des tâches, ressources disponibles pour l'évaluation etc.) l'analyste devra utiliser les indicateurs de différentes manières, notamment en évaluant les indicateurs au niveau du pays (savoir, par exemple, si les politiques nationales définissent la structure et le processus de l'enseignement des professionnels de la santé) ou en évaluant les indicateurs dans un échantillon représentatif d'établissements d'enseignement pour les agents de santé (savoir, par exemple, si les établissements d'enseignement sont à même de définir en toute indépendance une grande partie de leurs programmes d'études).

Les indicateurs essentiels à l'évaluation de la qualité de la formation des ressources humaines pour la santé se trouvent dans le tableau suivant.

Tableau 6. Formation des ressources humaines pour la santé (RHS) : indicateurs primaires

Dimension	Indicateur	Indices de référence	Référence	Commentaires	
				Indicateur/comparaison	Sources
• Niveau RHS : Réservoir de candidats	% diplômés du secondaire ou % effectifs du secondaire	91 (taux net d'inscriptions dans les pays à revenu élevé) 74 (taux brut d'inscriptions dans les pays à revenu intermédiaire) 44 (taux brut d'inscriptions dans les pays à faible revenu)	<i>Indice de référence</i> • (Banque mondiale, 2004)	Autres indicateurs : • nombre de diplômés de l'école intermédiaire (total et par dimension distributive) • nombre de diplômés de l'enseignement secondaire (total et par dimension distributive) • nombre d'étudiants sortant diplômés des écoles de médecine (total et par dimension distributive) • % des candidats à des établissements d'enseignement de santé qui ne sortent pas cette même année d'un programme de formation leur permettant d'accéder à un établissement pour la formation des RHS (total et par dimension distributive)	Documents du ministère de l'éducation
				<i>Commentaire</i> : Dans certains pays, par exemple ceux où le service militaire est obligatoire pour les hommes, ce pourcentage peut être très élevé. Toutefois, du moment qu'il varie peu dans le temps, le nombre des étudiants diplômés sortants sera une assez bonne estimation du réservoir de candidats potentiels.	

Dimension	Indicateur	Indices de référence	Référence	Commentaires	
				Indicateur/comparaison	Sources
<ul style="list-style-type: none"> Niveau RHS : taux de candidatures 	Nombre de candidats par place en formation pour les RHS	1,9 (USA) 1,5 (minimum)	<i>Indice de référence</i> <ul style="list-style-type: none"> (Cooper, 2003) 	<p>Autres indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> % de diplômés du secondaire candidats à l'entrée dans les <ul style="list-style-type: none"> – écoles de médecine, – écoles de santé publique, – écoles de pharmacie, – écoles de soins infirmiers et obstétriques – écoles de formation des auxiliaires sanitaires et de formation paramédicale % de diplômés de l'école intermédiaire (total et par dimension distributive) candidats aux : <ul style="list-style-type: none"> – écoles de soins infirmiers et obstétriques – écoles de formation des auxiliaires sanitaires et de formation paramédicale % de diplômés d'écoles de médecine candidats à un programme d'internat, par catégorie de spécialisation <p>Déterminants du taux de candidature :</p> <ul style="list-style-type: none"> proportion de diplômés des écoles intermédiaire et secondaire ayant bénéficié d'informations et de campagnes de promotion RHS coût moyen de la formation, par filière RHS <p>Facteurs limitants du taux de candidature :</p> <ul style="list-style-type: none"> Revenu annuel moyen par catégorie RHS Salaire horaire moyen, par catégorie RHS Rang dans la liste « emploi le plus admiré » % RHS actuellement sans emploi, par catégorie Revenu annuel moyen par catégorie RHS 	Documents du ministère de l'éducation, Documents des établissements de formation RHS Entretien avec des administrateurs d'écoles pour les RHS
<ul style="list-style-type: none"> Niveau RHS : taux d'admission des établissements 	% de candidats (total et par dimension distributive) acceptés dans un type particulier d'établissement de formation RHS	Aucun	Aucune	<p>Facteurs influant sur le taux d'admission des établissements :</p> <ul style="list-style-type: none"> nombre de places, par filière RHS <p>Contraintes pesant sur le taux d'admission :</p> <ul style="list-style-type: none"> distribution des moyennes de points des candidats à la formation RHS 	

Dimension	Indicateur	Indices de référence	Référence	Commentaires	
				Indicateur/comparaison	Sources
• Niveau RHS : taux d'entrée en formation des candidats	Proportion de candidats acceptant une place de formation RHS	Près de 100%	• Idéal	Contraintes pesant sur le taux d'entrée : • % de candidats (total et par dimension distributive) ayant fait une demande d'admission à plus d'une école (par filière RHS)	Documents du ministère de l'éducation, documents des établissements de formation RHS Entretiens avec l'administration des écoles RHS
• Niveau RHS : taux de succès	Diplômés (total et par dimension distributive) en % des effectifs de départ	85% dans les écoles de médecine (Afrique du Sud) 90%–95% écoles de soins infirmiers (Afrique du Sud)	• (Huddart & Picazo, 2003)	Facteurs influant sur le taux de succès : • raisons de l'abandon selon : – les étudiants qui ont abandonné – ceux qui ont réussi – les enseignants RHS	Documents du ministère de l'éducation, documents des établissements de formation RHS, entretiens avec l'administration des écoles RHS
• Niveau RHS : taux d'entrée dans les RHS	% de diplômés entrant dans le secteur des soins de santé	Près de 100%	• Idéal	On peut distinguer le taux d'entrée secteur public et secteur privé. Autres informations : • raisons de ne pas entrer selon les diplômés qui ne sont pas entrés • programme d'études RHS axé sur les maladies prioritaires nationales et non sur les maladies revêtant peu d'intérêt dans le contexte national	Documents du ministère de l'éducation et du ministère de la santé
• Niveau RHS : répartition géographique	Densité régionale de diplômés de la plus élevée à la plus faible	Aucun	Aucune		Documents du ministère de l'éducation et du ministère de la santé
• Répartition RHS : répartition par genre	Proportion de femmes diplômées RHS	50%	<i>Indice de référence</i> • Raisons d'équité au niveau national	Sera d'ordinaire évalué séparément pour chaque catégorie RHS	Documents du ministère de l'éducation et du ministère de la santé
• Performance RHS : mission et objectifs (déclarations)	L'énoncé de mission inclut la volonté de travailler pour la santé ou de poursuivre sa formation, la responsabilité sociale, la recherche et l'implication communautaire	Existe	<i>Indicateur</i> • WFME (2003) (adapté)		Examen sur dossier, entretiens avec des informateurs clés dans les établissements de formation des RHS

Dimension	Indicateur	Indices de référence	Référence	Commentaires	
				Indicateur/comparaison	Sources
• Performance RHS : programme de formation (sciences et compétences cliniques)	Participation des étudiants aux soins des patients	Nombre d'heures par semaine consacrées aux soins des patients	<i>Indicateur</i> • WFME (2003) (adapté)		Examen sur dossier, entretiens avec des informateurs clés dans les établissements de formation des RHS, observation des soins cliniques dispensés
• Performance RHS : programme de formation (sciences et compétences cliniques)	% de cours consacrés aux maladies prioritaires du pays	Aucun	Aucune	Par exemple, cours sur le VIH, le paludisme, la tuberculose, etc.	Etablissements de formation des RHS
• Performance RHS : étudiants (étudiants admis)	Taille du contingent définie par rapport à la capacité de l'établissement d'enseignement RHS à toutes les étapes de la formation	Aucun	<i>Indicateur</i> • WFME (2003)	Autre information : • Existe-t-il des mécanismes pour actualiser le contingent étudiant au fur et à mesure que la capacité change ?	Entretiens avec des informateurs clés dans les établissements de formation des RHS
• Performance RHS : évaluation des étudiants (qualité du service)	Politiques d'admission	Existe	<i>Indicateur</i> • WFME (2003)		Examen sur dossier
• Performance RHS : personnel enseignant (politique de gestion et de développement des enseignants)	Mécanismes de perfectionnement des compétences pédagogiques des enseignants	Existence	<i>Indicateur</i> • WFME (2003) (adapté)		Examen sur dossier, entretiens avec des informateurs clés dans les établissements de formation des RHS
• Performance RHS : ressources pédagogiques (intensité de l'apport de l'enseignant)	Taille moyenne des classes	Aucun	Aucune		Documents du ministère de l'éducation, documents des établissements de formation RHS, entretiens avec des administrateurs des écoles RHS

Dimension	Indicateur	Indices de référence	Référence	Commentaires	
				Indicateur/comparaison	Sources
• Performance RHS : ressources pédagogiques (accès aux ordinateurs)	Nombre d'ordinateurs par étudiant				Etude de la documentation, entretiens avec des informateurs clés dans les établissements de formation des RHS Tournées d'inspection
• Performance RHS : ressources pédagogiques (accès à Internet)	Nombre d'ordinateurs avec accès Internet par étudiant				Etude de la documentation, entretiens avec des informateurs clés dans les établissements de formation des RHS, tournées d'inspection
• Performance RHS : évaluation du programme (participation des parties prenantes)	Participation des parties prenantes à l'évaluation du programme	Oui	<i>Indicateur</i> • WFME (2003) (adapté)	Commencer par définir les principales parties prenantes par filière	Etude de la documentation, entretiens avec des informateurs clés dans les établissements de formation
• Performance RHS : gouvernance et administration (gouvernance)	Structures définies de gouvernance	Existe	<i>Indicateur</i> • WFME (2003) (adapté)	Autre information : • Les structures de gouvernance comportent-elles une représentation du personnel enseignant, des étudiants et d'autres parties prenantes ?	Etude de la documentation, entretiens avec des informateurs clés dans les établissements de formation
• Performance RHS : gouvernance et administration (leadership académique)	Définition claire des responsabilités et de l'autorité en matière de cursus et de budget	Existe	<i>Indicateur</i> : • WFME (2003) (adapté)		Etude de la documentation, entretiens avec des informateurs clés dans les établissements de formation
• Performance RHS : renouvellement continu	Mécanisme pour l'examen périodique de la formation RHS	Existe	• WFME (2003) (adapté)	L'examen critique doit porter sur : • la mission éducationnelle • le programme d'études • les méthodes d'enseignement • les méthodes d'évaluation	Etude de la documentation, entretiens avec des informateurs clés dans les établissements de formation

GESTION

De même que la performance du secteur de la santé dépend essentiellement de la performance des agents de santé, la performance du système repose sur une gestion efficace des ressources humaines (Martineau & Martinez, 1997 ; Buchan, 2004). Bien que « l'ensemble croissant » de données disponibles indique qu'une « bonne » gestion, une gestion « très attentive » des ressources humaines est associée à une meilleure performance (Buchan, 2004), on ne sait toujours pas clairement ce que sont ces bonnes pratiques de gestion ni comment en mesurer la performance (Gould-Williams, 2004). En outre, les politiques de gestion des ressources humaines pour la santé ne s'appliquent pas en vase clos, et il est évident que des facteurs de milieu comme les conditions de travail, l'ambiance institutionnelle et la cohérence interne des systèmes de santé influent sur l'efficacité des pratiques de gestion des ressources humaines (Rondeau & Wagar, 2001 ; Green & Collins, 2003 ; Buchan, 2004).

Cette section de l'outil de planification stratégique présente des méthodes d'évaluation des capacités gestionnaires et des conditions qui régissent les ressources humaines. Les évaluations concernant les ressources humaines ont généralement mis l'accent sur le nombre, les compétences et la répartition des personnels. Dans le cadre du secteur public ou des pays en développement, l'attention s'est portée sur la gestion des ressources humaines ou sur leur développement, en privilégiant d'ordinaire les capacités administratives à mettre en œuvre un ensemble de systèmes, politiques et pratiques qui régissent les questions de personnel. Les composantes associées d'ordinaire à la gestion des ressources humaines ou à leur développement comprennent diverses pratiques et politiques de gestion des personnels (systèmes de classification des emplois, indemnités et prestations sociales, recrutement, mutation, promotion, mesures disciplinaires, procédures disciplinaires et dossiers individuels) (MHS, 1998).

Dans le cadre du présent outil, on donne au terme « gestion » un sens plus large : il englobe non seulement la gestion *des* ressources humaines, mais aussi la gestion *par* ces mêmes ressources de processus à divers niveaux du système. Cette conception correspond à l'orientation nouvelle des évaluations des ressources humaines pour la santé, qui s'intéressent désormais à des questions telles que prestation de services publics par rapport à la prestation de services privés, réforme de la fonction publique, logistique, gestion de la performance et fidélisation du personnel (Van Lerberghe et al., 2002a ; Ferlie & Shortell, 2001). Ainsi les canaux de communication internes susceptibles d'avoir un effet sur la performance des administrateurs peuvent être évalués en même temps que les capacités à gérer les dossiers relatifs aux personnels ; les règles qui fondent les décisions du niveau central au niveau périphérique sont estimées influencer autant sur la gestion que la culture propre de l'établissement en la matière.

On trouvera à la Figure 7 le cadre utilisé pour l'évaluation de la gestion. Les pages qui suivent analysent les hypothèses formulées quant aux liens entre chaque élément de la gestion et les résultats des ressources humaines pour la santé, et proposent des indicateurs pour l'analyse de la situation relative à la gestion dans un pays donné. Il convient de noter que les indicateurs dans cette section sont souvent des approximations imparfaites de concepts de gestion complexes et que tout indicateur quantitatif devrait être assorti de l'appréciation subjective d'experts en gestion.

Figure 7. Evaluation rapide de la gestion des ressources humaines pour la santé (RHS)

Secteur public <ul style="list-style-type: none"> • Décentralisation des fonctions des ressources humaines • Autres initiatives particulières concernant les ressources humaines 	MACRO
Direction des RHS, secteur public <ul style="list-style-type: none"> • Cadres supérieurs du secteur public • Rapports avec le secteur privé et les ONG 	
Administration centrale des ressources humaines⁵ <ul style="list-style-type: none"> • Descriptions de poste, revue des performances • Avancement professionnel (système de classification des postes, promotion) • Affectation des RHS (recrutement, mutation, discipline, revendications, cessation d'emploi) • Dossiers des personnels • Systèmes d'information sur la gestion sanitaire 	MÉSO
Environnement institutionnel <ul style="list-style-type: none"> • Conditions de travail (matériels, équipements adéquats) • Communication à l'intérieur du-système 	MICRO
Pratiques organisationnelles de l'établissement de santé <ul style="list-style-type: none"> • Travail d'équipe • Vision, principes élevés, attentes claires 	

Situation du secteur public

Les ministères de la santé sont souvent soumis à des conditions qui concernent tous les agents de la fonction publique et pas uniquement ceux du secteur de la santé. Les règles, réglementations et réformes du secteur public retentissent aussi bien sur la capacité du système de santé à gérer les ressources humaines que sur la capacité des agents de santé à gérer leurs tâches. Du fait de la décentralisation du secteur public, les administrateurs locaux peuvent, par exemple, se voir conférer ou ôter la faculté d'engager, de licencier, de muter, de rémunérer et de promouvoir le personnel. Ceci, par ricochet, aura un retentissement énorme sur la performance du système de santé (Kolehmainen-Aitken, 2004). Comme il n'y a aucune raison de croire que la réforme ou la décentralisation de la fonction publique entraîneront automatiquement l'amélioration de la gestion des ressources humaines et de la performance du système (Bossert & Beauvais, 2002 ; Van Lerberghe et al., 2002b ; Bossert et al., 2003), il est important de prendre en compte ces deux éléments pour effectuer une macroanalyse de l'environnement qui détermine la gestion des agents de santé et leur propre gestion de leur activité. En effet, les données dont on dispose montrent que le lien entre le contexte du secteur public et la performance du système est complexe (voir l'annexe 4 pour de plus amples informations sur les données).

D'autres orientations politiques, qui s'appliquent à tout le secteur public mais qui n'ont pas de rapport avec la décentralisation, peuvent aussi influencer sur les capacités de gestion et les ressources humaines pour la santé. Un gouvernement, par exemple, peut exiger que chacun des ministères élabore et applique des politiques de développement des ressources humaines propres à son secteur. Comme pour les questions liées à la décentralisation, la connaissance de ces politiques peut aider à comprendre la manière dont le contexte du secteur public influence sur les questions de gestion. Le tableau ci-après propose des indicateurs clés pour l'évaluation de la gestion des ressources humaines dans le secteur public de la santé.

⁵ L'évaluation des indemnités et autres prestations est analysée dans la section sur le financement.

Tableau 7. Gestion des ressources humaines pour la santé (RHS) : indicateurs primaires pour le secteur public

Dimension	Indicateur	Indices de référence	Référence	Commentaires	
				Indicateur/comparaison	Sources
• Décentralisation	Pouvoir en matière d'échelle salariale (limité, moyen, large)	Aucun	<i>Indicateur</i> • Bossert (1998) (adapté)	Limité : déterminé par la loi ou une instance supérieure au ministère de la santé Moyen : choix locaux parmi plusieurs modèles (p. ex., salaire minimum national ; marge de manœuvre pour la classification des postes) Large : pas de limites	Revue de la documentation, entretiens avec des informateurs clés
• Décentralisation	Pouvoir d'engager/de licencier (limité, moyen, large)	Aucun	<i>Indicateur</i> • Bossert (1998) (adapté)	Limité : déterminé par le règlement national du service civil Moyen : déterminé par le règlement local du service civil Large : non déterminé par des règlements du service civil	Revue de la documentation, entretiens avec des informateurs clés
• Décentralisation	Pouvoir en matière d'affectation du personnel ou des normes de dotation en personnel (limité, moyen, large)	Aucun	<i>Indicateur</i> • Bossert (1998) (adapté)	Limité : réservé au ministère de la santé au niveau central Moyen : choix locaux parmi plusieurs modèles (p. ex., normes nationales <i>minimales</i> ; modes multiples ou équivalents de dotation en personnel permis) Large : aucune norme imposée par des instances supérieures	Revue de la documentation, entretiens avec des informateurs clés
• Décentralisation	Pouvoir en matière de recrutement du personnel (limité, moyen, large)	Aucun	<i>Indicateur</i> • Bossert (1998) (adapté)	Limité : réservé au ministère de la santé au niveau central Moyen : choix locaux parmi plusieurs modèles Large : aucune norme imposée par des instances supérieures	Revue de la documentation, entretiens avec des informateurs clés
• Décentralisation	Pouvoir en matière de mutation du personnel (limité, moyen, large)	Aucun	<i>Indicateur</i> : • Bossert (1998) (adapté)	Limité : réservé au ministère de la santé au niveau central Moyen : choix locaux parmi plusieurs modèles Large : aucune norme imposée par des instances supérieures	Revue de la documentation, entretiens avec des informateurs clés
• Décentralisation	Pouvoir en matière de promotion du personnel (limité, moyen, large)	Aucun	<i>Indicateur</i> : • Bossert (1998) (adapté)	Limité : réservé au ministère de la santé au niveau central Moyen : choix locaux parmi plusieurs modèles Large : aucune norme imposée par des instances supérieures	Revue de la documentation, entretiens avec des informateurs clés
• Décentralisation	Pouvoir en matière d'allocation des ressources (% des dépenses locales à soumettre à une instance supérieure)	Aucun	<i>Indicateur</i> : • Bossert (1998) (adapté)	Limité : % élevé Moyen : % moyen Large : % faible	Revue de la documentation, entretiens avec des informateurs clés
• Autres initiatives particulières concernant les ressources humaines	Existence d'initiatives sectorielles publiques concernant les ressources humaines	Aucun			Revue de la documentation, entretiens avec des informateurs clés

Prise en charge des ressources humaines pour la santé

Le concept d'une prise en charge gouvernementale sur le système de santé s'étend au contexte des ressources humaines pour la santé. Comme il est dit dans le *Rapport sur la santé dans le monde 2000* (OMS, 2000), une gouvernance effective du système de santé (par le ministère de la santé par exemple) contribuera à atteindre les objectifs du système en veillant à ce que la qualité et la couverture des services de santé des secteurs public et privé soient satisfaisantes. Pour ce qui est des services du secteur public, il s'agit de l'organisation et de la gestion directes du système de soins de santé. En dehors du secteur public, le ministère de la santé est censé utiliser des outils indirects comme la surveillance, ainsi que des engagements pris par le secteur privé. Ces deux ensembles de compétences de la prise en charge s'appliquent également aux ressources humaines pour la santé.

S'agissant de l'organisation et de la gestion directes des ressources humaines pour la santé, il est probable qu'une adhésion au plus haut niveau aux principes d'une gestion rationnelle est un élément important. Il est vrai que la décentralisation – ou un plus grand pouvoir de décision au niveau sous-national – peut offrir aux cadres des niveaux locaux une marge de manœuvre dans leurs activités de gestion ou de développement des ressources humaines. Toutefois, un désengagement total du niveau central peut augmenter la fragmentation et faire obstacle aux pratiques effectives de gestion et de planification du système. Par conséquent, un leadership capable de motiver les cadres à œuvrer en vue d'améliorer la gestion et le développement des ressources humaines revêt une importance spéciale (Franco et al., 2002 ; Green & Collins, 2003).

Même si au niveau national on attache de l'importance à la gestion et au développement des ressources humaines, un ministère central trop restreint peut entraver la gestion effective des effectifs de santé par simple manque de personnel. L'engagement du personnel ainsi que la capacité des acteurs principaux à chaque niveau du système, y compris leur capacité à recruter du personnel, sont importants pour établir un environnement favorable à une gestion efficace. Pour n'en donner qu'un exemple, il s'avère de plus en plus que la formation à la gestion est un déterminant important de la performance des agents de santé. Le soutien au plus haut niveau liant cette formation aux politiques de gestion et de développement des ressources humaines, notamment dans le contexte d'un pouvoir décisionnel décentralisé, permettra de disposer d'administrateurs bien formés. Même si peu d'études analysent le leadership et les résultats à ce niveau, on dispose de bases factuelles prouvant que cet engagement à rationaliser la gestion est associé à des résultats positifs (voir l'annexe 4 pour un examen plus approfondi des données).

En ce qui concerne le secteur privé, il s'agit pour la prise en charge de mettre en place des politiques et une réglementation qui encadrent – en les encourageant ou en les limitant – certaines pratiques relatives aux ressources humaines pour la santé. La mise à jour active d'un système d'enregistrement des différentes catégories d'agents de santé est une condition préalable de l'application des mesures réglementaires gouvernementales régissant le secteur privé. Sont par exemple nécessaires des règlements clairement énoncés concernant le cumul d'emplois (il n'est pas rare que le secteur public ignore le cumul d'emploi faute de mesures réglementaires) et des indications précises sur la manière de passer un contrat avec le secteur privé pour des services de santé. Les indicateurs essentiels pour évaluer l'efficacité de la gouvernance des ressources humaines pour la santé se trouvent dans le tableau suivant.

Tableau 8. Gestion des ressources humaines pour la santé (RHS) : indicateurs primaires pour l'administration des RHS

Dimension	Indicateur	Indices de référence	Référence	Commentaires	
				Indicateur/comparaison	Sources
• Gestion RHS de haut niveau	% du budget alloué annuellement à GRH ou DRH	Aucun	<i>Indicateur :</i> • MHS (1998) (adapté)	<i>Indicateur :</i> GRH ou DRH efficace impossible sans ressources financières	Documents relatifs au budget du ministère de la santé

Dimension	Indicateur	Indices de référence	Référence	Commentaires	
				Indicateur/comparaison	Sources
• Gestion RHS de haut niveau	Nombre de cadres supérieurs GRH ou DRH équivalent temps plein	1+ selon les besoins	<i>Indicateur :</i> • MHS (1998) (adapté) <i>Indice de référence :</i> • GRH (1998)	<i>Indicateur :</i> L'efficacité GRH ou DRH passe par une direction de haut niveau (Banque mondiale, 2003). <i>Indice de référence :</i> Si les responsabilités DRH ou GRH sont réparties entre plusieurs personnes, la cohérence des programmes et des politiques peut en pâtir	Documents relatifs au personnel du ministère de la santé, entretiens avec des informateurs clés au niveau national
• Gestion RHS de haut niveau	Ratio gestionnaires niveau central / gestionnaires niveau régional	Aucun		<i>Indicateur :</i> Les effectifs du niveau central doivent être en nombre suffisant pour assurer la gestion du système, y compris GRH et DRH ; un ratio trop faible peut indiquer des effectifs en nombre insuffisant pour assurer le développement du secteur de la santé	Documents du ministère de la santé concernant le système d'information pour la gestion
• Gestion des RHS de haut niveau	Existence d'un plan détaillé pour GRH et DRH	Oui	<i>Indicateur :</i> • MHS (1998) (adapté) <i>Indices de référence :</i> • MHS (1998)	Indicateur : L'efficacité GRH ou DRH passe par une direction de haut niveau – un plan détaillé est l'un des éléments nécessaires	Documents de planification stratégique du ministère de la santé, entretiens avec des informateurs clés au niveau national
• Gestion RHS de haut niveau	% du personnel à différents niveaux qui a bénéficié d'une formation en gestion au cours de l'année écoulée	Aucun		<i>Indicateur :</i> Un programme permanent de mise à jour des compétences est nécessaire pour des actions GRH et DRH efficaces	Documents relatifs au budget du ministère de la santé
• Gestion RHS de haut niveau	Définition de mission ou objectifs liés à la planification GRH ou DRH	Oui	<i>Indicateur :</i> • MHS (1998) (adapté) <i>Indice de référence :</i> • MHS (1998)	<i>Indicateur :</i> L'efficacité GRH ou DRH passe par une direction de haut niveau – relier activement le plan détaillé GRH ou DRH aux objectifs du mandat est l'un des éléments nécessaires	Documents de planification stratégique du ministère de la santé, entretiens avec des informateurs clés au niveau national ou infranational
• Engagement du secteur privé	Système d'enregistrement des prestataires privés est exact et à jour	Oui		Pour une interaction efficace avec le secteur privé ou sa régulation, il faut connaître précisément le nombre, le type et les qualifications des prestataires du secteur privé	Documents, entretiens avec des informateurs clés
• Engagement du secteur privé	Nombre de modèles de contrats permis	Aucun	<i>Indicateur :</i> • (Bossert, 1998) (adapté)	Limité : aucun ou 1 Moyen : plusieurs spécifiés Large : pas de limite	Documents, entretiens avec des informateurs clés
• Engagement du secteur privé	Nombre de catégories RHS autorisées à travailler au moins à temps partiel dans le secteur privé	Aucun	<i>Indicateur :</i> • cet outil	Des restrictions imposées au travail à temps partiel dans le secteur privé pour certaines catégories d'agents du secteur public (médecins, pharmaciens, infirmières) dans le secteur privé peuvent affecter les relations avec les prestataires du secteur privé au niveau des établissements	Documents

Gestion des ressources humaines

La performance des ressources humaines pour la santé dépend en grande partie de la bonne gestion des composantes administratives essentielles (Figure 7). Des descriptions de poste bien conçues, par exemple, mettent en évidence les compétences requises en matière d’organisation et de gestion ; elles sont indispensables pour mener une analyse des performances et peuvent contribuer à améliorer la formation et les pratiques administratives en matière de gestion (Ruck et al., 1999). Des perspectives de carrière bien définies peuvent être un atout important pour attirer et fidéliser les agents, pourtant il n’en existe le plus souvent que pour le personnel médical et infirmier (Martinez & Martineau, 1998). On estime que d’autres aspects, comme des dossiers du personnel et des fichiers de paie complets et à jour, révèlent une bonne compétence administrative (Banque mondiale, 2003), bien qu’il n’existe aucune étude reliant spécifiquement ces éléments à la performance. Enfin, l’utilisation effective des systèmes d’information pour la gestion peut agir de façon décisive sur le mode de fonctionnement d’une organisation et l’efficacité avec laquelle elle gère son personnel (Helfenbein et al., 1987). En revanche, un système d’information pour la gestion mal exploité est révélateur de manquements sous-jacents dans l’utilisation des données pour la prise de décision (Lippeveld et al., 2000).

La littérature n’offre aucune information reliant d’autres aspects administratifs essentiels de la gestion des ressources humaines – à savoir manuels ou programmes d’orientation – aux résultats ou à la performance des personnels. Bien que peu d’études aient isolé les liens entre chacun de ces éléments et la performance des ressources humaines ou des systèmes de santé, certaines indications révèlent qu’ils revêtent une importance collective dans les systèmes qui fonctionnent le mieux (on trouvera de plus amples détails sur bases factuelles à l’annexe 4). Le tableau qui suit présente les indicateurs essentiels pour l’évaluation de la gestion des ressources humaines pour la santé.

Tableau 9. Gestion des ressources humaines pour la santé (RHS) : indicateurs primaires pour les éléments administratifs essentiels de la gestion des ressources humaines (GRH)

Dimension	Indicateur	Indices de référence	Référence	Commentaires	
				Indicateur/comparaison	Sources
• Bon système général de gestion	Un fichier principal contient des informations sur les antécédents des agents, les descriptions de poste etc.	Oui	<i>Indicateur :</i> • Banque mondiale (2003) (adapté) • Banque mondiale (2003)	Même si des informations sur le personnel existent dans divers fichiers ou systèmes de conservation des données, une source centrale d’informations (fiable, complète, à jour) est nécessaire	Revue de la documentation, entretiens avec des informateurs clés au niveau national ou infra-national
• Bon système général de gestion	Directives pour la consultation des dossiers du personnel	Oui	<i>Indicateur :</i> • Banque mondiale (2003) (adapté) <i>Indice de référence</i> • Banque mondiale (2003)	Les directives ne sont utiles que si on peut les consulter	Revue de la documentation, entretiens avec des informateurs clés au niveau national ou infra-national
• Bon système général de gestion	Guide d’orientation pour aider à la gestion du personnel	Oui	<i>Indicateur :</i> • Banque mondiale (2003) (adapté) <i>Indice de référence</i> • Banque mondiale (2003)	Les formalités relatives à la gestion des dossiers doivent être consignées dans le guide pour les activités et la formation	Revue de la documentation, entretiens avec des informateurs clés au niveau national ou infra-national
• Évaluation de la performance	Les directives pour l’évaluation de la performance existent et sont consultables	Oui	<i>Indicateur :</i> • Banque mondiale (2003) (adapté) <i>Indice de référence</i> • Idéal	L’évaluation de la performance occupe une large place dans l’administration du personnel, et des directives consultables, fiables et à jour sont nécessaires à son efficacité	Revue de la documentation, entretiens avec des informateurs clés au niveau national ou infra-national

Dimension	Indicateur	Indices de référence	Référence	Commentaires	
				Indicateur/comparaison	Sources
• Perspectives de carrière	Le système de classification des emplois identifie les familles professionnelles précisant les compétences et les perspectives de carrière propres à chacune d'elles	Elevé	<i>Indicateur :</i> • Banque mondiale (2003) (adapté) <i>Indice de référence</i> • Idéal	Des perspectives de carrière claires sont nécessaires pour une gestion efficace du personnel	Revue de la documentation, entretiens avec des informateurs clés au niveau national ou infranational
• Affectation des RHS	Il existe des formulaires et des procédures pour l'approbation des recrutements, promotions et mutations	Oui	<i>Indicateur :</i> • Banque mondiale (2003) (adapté) <i>Indice de référence</i> • Idéal	Des perspectives de carrière claires sont nécessaires pour une gestion efficace du personnel	Revue de la documentation, entretiens avec des informateurs clés au niveau national ou infranational
• Affectation des RHS	Il existe des formulaires et procédures pour la discipline, les revendications et les licenciements	Oui	<i>Indicateur :</i> • Banque mondiale (2003) (adapté) <i>Indice de référence</i> • Idéal	Des perspectives de carrière claires sont nécessaires pour une gestion efficace du personnel	Revue de la documentation, entretiens avec des informateurs clés au niveau national ou infranational
• Dossiers du personnel	Dossiers recrutement, promotion et mutation étudiés par rapport aux postes autorisés, aux budgets annuels et aux fonds disponibles	Oui	<i>Indicateur :</i> • Banque mondiale (2003) (adapté) <i>Indice de référence</i> • Idéal	Une bonne gestion des systèmes exige que soient liés l'affectation du personnel de santé et les niveaux de salaire, ainsi que le budget et les plans stratégiques	Revue de la documentation, entretiens avec des informateurs clés au niveau national ou infranational
• Système d'information sur la gestion de la santé	Nombre annuel de retours d'information fournies par le système d'information pour la gestion s sur le suivi des indicateurs	Au moins une fois par an ou à une fréquence régulière	<i>Indice de référence :</i> • Meilleures pratiques	Le retour d'information des niveaux supérieurs du système aux niveaux subalternes est important pour faciliter la communication entre niveaux et l'évaluation de la performance du système	Revue de la planification stratégique et des documents annuels ou trimestriels, entretiens avec des informateurs clés au niveau national ou infranational
• Système d'information sur la gestion de la santé	% des établissements utilisant les formulaires actuels donnant les rapports de suivi & évaluation (ex. rapports sur la morbidité)	100%	<i>Indicateur :</i> • Banque mondiale (2003) (adapté) <i>Indice de référence :</i> • Idéal	Evaluation de la capacité des établissements de niveau inférieur à fournir et à utiliser les informations correspondant aux priorités ou aux besoins du ministère de la santé	Données internationales, données nationales et documents du ministère de la santé, panel d'experts ou autres méthodes d'estimation
• Système d'information sur la gestion de la santé	% des établissements qui soumettent la notification des maladies à déclarer	100%	<i>Indicateur :</i> • Banque mondiale (2003) (adapté) <i>Indice de référence :</i> • Idéal	Evaluation de la capacité des établissements de niveau inférieur à fournir ou à utiliser les informations correspondant aux priorités ou aux besoins du ministère de la santé	Bases de données internationales, base de données nationales, documents du ministère de la santé

Environnement institutionnel

L’environnement au sein duquel les agents de santé agissent, ainsi que leur relation avec leur milieu de travail, peuvent influencer sur les résultats de diverses manières. Des conditions de travail propices et satisfaisantes sont indispensables à la performance du personnel. Un environnement de travail qui laisse à désirer peut être cause de difficultés accrues et d’une baisse de la satisfaction trouvée dans le travail (Bodur, 2002). En revanche, un stock suffisant de produits, du matériel en bon état de marche et un volume de travail gérable peuvent améliorer directement la qualité des soins. Or ces éléments font souvent défaut dans les pays en développement : les établissements de soins primaires et secondaires manquent le plus souvent de matériels et d’équipements de base tels que médicaments essentiels ou lits (Barua et al., 2003 ; Simoes et al., 2003).

Des niveaux extrêmes de rotation du personnel – taux excessivement élevés ou excessivement faibles – dans certaines professions de la santé peuvent avoir des conséquences négatives, notamment une incapacité à mener à bien un changement de gestion, des coûts plus élevés de recrutement et de formation, et la désorganisation des structures sociales et de communication (Koh & Goh, 1995 ; Collins et al., 2000).

Une bonne communication entre les différents niveaux du système de santé est aussi un mécanisme important en ce qu’elle sert à assurer une prestation efficace et rationnelle des services aux patients. Par exemple, on a constaté dans les milieux hospitaliers de pays développés que la communication entre différentes catégories d’agents de santé donnait lieu à une meilleure performance (Scott et al., 2003a), et on estime qu’un système de transfert qui fonctionne bien est l’élément central de l’approche des soins de santé primaires à la prestation des services, approche qui, justement, met l’accent sur la communication (OMS & UNICEF, 1978). Une fois de plus, cependant, ces éléments sont rarement présents. Des taux extrêmement bas d’aiguillage (moins de 2% de tous les patients) des malades du dispensaire vers un hôpital sont par exemple la norme dans plusieurs parties du monde, notamment en Afrique subsaharienne (Nordberg et al., 1996 ; Font et al., 2002).

Les indicateurs essentiels pour l’évaluation des relations institutionnelles dans le contexte de la gestion des ressources humaines pour la santé se trouvent dans le tableau qui suit. Pour de plus amples informations sur les données empiriques qui relient l’environnement institutionnel et les relations institutionnelles à la performance, voir l’annexe 4.

Tableau 10. Gestion des ressources humaines pour la santé (RHS) : indicateurs primaires de l’environnement institutionnel

Dimension	Indicateur	Indices de référence	Référence	Commentaires	
				Indicateur/comparaison	Source
• Conditions de travail	Ruptures de stock de médicaments essentiels	0%	<i>Indicateur :</i> • DELIVER/ John Snow (2002) (adapté) <i>Indice de référence :</i> • Idéal	Indicateur des capacités de gestion au niveau du système qui influent sur la performance au niveau des établissements	Documents (p. ex., politique pharmaceutique nationale et étude de gestion pharmaceutique), entretiens avec des informateurs clés
• Conditions de travail	% de différence entre le stock disponible et le stock inscrit dans l’inventaire	0%	<i>Indicateur :</i> • DELIVER/ John Snow (2002) (adapté) <i>Indice de référence :</i> • Idéal	Indicateur des capacités de gestion au niveau du système qui influent sur la performance au niveau des établissements	Documents (p. ex., politique pharmaceutique nationale et étude de gestion pharmaceutique), entretiens avec des informateurs
• Conditions de travail	% des établissements disposant de lieux de stockage convenables (rayonnage adéquat, réfrigération, électricité)	100%	<i>Indicateur :</i> • DELIVER/ John Snow (2002) (adapté) <i>Indice de référence :</i> • Idéal	Indicateur des capacités de gestion au niveau du système qui influent sur la performance au niveau des établissements	Documents (p. ex., politique pharmaceutique nationale et étude de gestion pharmaceutique), entretiens avec des informateurs clés

Dimension	Indicateur	Indices de référence	Référence	Commentaires	
				Indicateur/comparaison	Source
• Charge de travail statutaire	Nombre d'heures de travail effectif par nombre d'heures de travail	1	<i>Indicateur :</i> • Hornby & Forte (2000) <i>Indice de référence :</i> • Idéal	Indique le degré de surcharge de travail	Revue des statistiques des services, entretiens avec des informateurs clés
• Communication entre niveaux Supervision en cours de service	Nombre et fréquence de visites de supervision aux postes et centres de santé	Au moins une par an ou sur une base régulière	<i>Indice de référence :</i> • Meilleures pratiques	La supervision et la surveillance régulières des niveaux inférieurs du système par les niveaux supérieurs jouent un rôle important en facilitant la communication entre niveaux et la performance du système	Dans l'idéal, statistiques du service ou étude quantitative, entretiens avec des informateurs clés ou d'une étude non probabiliste
• Rotation du personnel	Nombre annuel de personnes quittant leur emploi par moyenne des personnels en poste + ceux qui ont quitté	Aucun disponible à présent	<i>Indicateur :</i> • Hornby & Forte (2000)		Bases de données internationales et nationales, documents du ministère de la santé, panel d'experts ou autres méthodes d'estimation

Pratiques organisationnelles des établissements

En façonnant l'environnement qui est le cadre de l'action quotidienne, la culture organisationnelle et le leadership au niveau de l'établissement agissent sur la performance du personnel. Bien qu'il n'y ait ni définition précise ni consensus concernant la nature exacte de la culture organisationnelle, l'expression est d'ordinaire utilisée pour désigner une vaste gamme de processus sociaux au sein d'une institution qui aident à définir le caractère et les normes d'une organisation (Scott et al., 2003b).

La culture organisationnelle dans le cadre des établissements de santé est souvent mesurée quantitativement au moyen d'enquêtes approfondies (comprenant de 15 à 120 questions). La catégorisation de la culture organisationnelle est soit typologique (p. ex., hiérarchie par opposition à la culture de type marché) soit dimensionnelle (p. ex., supervision, attitude du personnel, avantages, cohésion) (Scott et al., 2003b). Le leadership dans le secteur de la santé a beaucoup de traits communs avec la culture organisationnelle. On l'a défini comme la capacité d'un individu à en conduire d'autres en vue de l'atteinte de buts/objectifs utiles à l'organisation ou encore comme une conversation suivie entre personnes qui ont profondément à cœur quelque chose de très important (Shortell et al., 1991 ; Ferlie & Shortell, 2001). On mesure en général le leadership au moyen d'enquêtes de longue durée (Huber et al., 2000). Il existe diverses typologies de leadership, allant du leadership transactionnel et transformationnel au leadership conditionnel et situationnel (Bass & Avolio, 1990 ; Clark & Clark, 1990 ; Hersey et al., 2001).

Sur la base de recherches précédentes, l'outil propose des indicateurs pour deux aspects de la culture organisationnelle et du leadership, que l'on suppose déterminants en matière de résultats de l'action des ressources humaines pour la santé.⁶ Le premier aspect comprend le travail en équipe et la prise de décision participative. Le deuxième englobe la vision, les normes, et les perspectives claires. Les deux séries de facteurs ont été liées à de meilleurs résultats organisationnels et systémiques (voir l'annexe 4 pour d'autres éléments concernant les données factuelles). On trouvera dans le tableau ci-dessous les indicateurs essentiels pour l'évaluation des pratiques organisationnelles des établissements de santé.

⁶ Une étude approfondie de la culture organisationnelle et du leadership liant précisément ces éléments aux résultats des ressources humaines pour la santé dépasse le cadre du présent outil. Toutefois, l'annexe 4 fournit des exemples d'instruments possibles de recherche au cas où l'équipe de consultants aurait le temps et les ressources nécessaires pour effectuer une étude sur le leadership ou la culture organisationnelle.

Tableau 11. Gestion des ressources humaines pour la santé (RHS) : indicateurs primaires des pratiques organisationnelles des établissements de santé

Dimension	Indicateur	Indices de référence	Référence	Commentaires	
				Indicateur/Indices de référence	Sources
Travail en équipe, prise de décision participative	Fréquence ou nombre de réunions du personnel par an	Au moins une par trimestre		Des réunions du personnel périodiques et fréquentes sont importantes pour une gestion efficace des RHS au niveau de l'établissement	Etude de la documentation (p. ex., rapports trimestriels), entretiens avec des informateurs clés
• Vision, normes, et perspectives claires	% des ordres du jour des réunions du personnel par minutes enregistrées	100%	<i>Indicateur :</i> • Diaz-Monsalve (2004) <i>Indices de référence :</i> • Idéal	Indique si le déroulement des réunions est bien géré	Etude de la documentation (p. ex., rapports trimestriels), entretiens avec des informateurs clés
• Capacité gestionnaire	Modules de formation à la gestion proposés périodiquement aux administrateurs au début ou en cours d'emploi	Oui	<i>Indicateur :</i> • MHS (1998) (adapté) <i>Indices de référence :</i> • Idéal	Indique les compétences gestionnaires	Etude de la documentation (p. ex., rapports trimestriels), entretiens avec des informateurs clés

FORMULATION DE POLITIQUES POUR LES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTÉ

Tout type de changement apporté au secteur de la santé implique un processus politique. Le *Rapport sur la santé dans le monde 2000* insiste sur le fait que l'évaluation de la performance du système de santé ne doit pas négliger l'analyse des politiques et l'analyse des parties prenantes – deux aspects de la performance absents des analyses précédentes (OMS, 2000). Cette section expose une méthode d'évaluation du contexte politique des ressources humaines pour la santé et d'élaboration de stratégies afin d'obtenir un appui aux politiques relatives aux ressources humaines pour la santé.

Nous proposons de prendre comme cadre de l'analyse de l'élaboration des politiques une analyse des parties prenantes fondée sur un logiciel intitulé *Policymaker* (Reich, 1996). Ce cadre fixe cinq éléments principaux de la conduite d'une analyse des parties prenantes afin d'évaluer les processus de décision, ainsi que les stratégies visant l'élaboration et la mise en œuvre des politiques :

- *Politique.* Définir et analyser la teneur des changements et réformes politiques retenus pour remédier aux problèmes identifiés. A cette fin, il convient de déterminer à la fois les objectifs des politiques et les mécanismes ou les démarches spécifiques nécessaires pour atteindre ces objectifs.
- *Parties prenantes.* Recenser tous les acteurs clés (parties prenantes) dans le champ des ressources humaines pour la santé. Déterminer leurs fonctions, prérogatives et intérêts, et les conséquences de la politique pour chacun d'entre eux. Il convient également de prendre en compte les réseaux et coalitions.
- *Opportunités et obstacles.* Analyser les opportunités et les obstacles qui faciliteront ou s'opposeront à l'adoption et la mise en œuvre de la réforme.
- *Stratégies.* Définir les stratégies politiques qui peuvent être utilisées pour faire adopter et appliquer la politique ou la réforme. Ces stratégies peuvent recourir à divers outils de sensibilisation pour mobiliser les partenaires favorables et réduire l'opposition.
- *Impacts.* Estimer les incidences des stratégies sur la situation et les prérogatives futures des acteurs. Cette estimation produira une évaluation de la possibilité d'adoption ou d'application de la politique ou la réforme et peut déboucher sur un plan d'action.

La littérature faisant le lien entre les ressources humaines pour la santé et le champ des politiques est limitée. Dans certains pays qui ont mis en œuvre des réformes concernant les ressources humaines pour la santé, quelques études de cas ont porté sur l'environnement politique et les stratégies de réforme. Il n'y a néanmoins que de rares données empiriques indiquant le meilleur environnement politique qui concernent les ressources humaines pour la santé. La section suivante examine les différents aspects de l'environnement politique général que l'équipe devra étudier quand elle élaborera des recommandations en matière de réformes concernant le financement, la formation et la gestion des ressources humaines pour la santé. Nous recommandons que l'équipe d'évaluation entreprenne une analyse approfondie des parties prenantes lors d'entretiens avec des partenaires clés et des spécialistes ou autres observateurs ayant de l'expérience dans le domaine de l'analyse des politiques et connaissant le secteur de la santé. La section qui suit présente brièvement les domaines à aborder et donne un aperçu général des fonctions et des prérogatives des parties prenantes potentielles.

Contexte politique

Afin de définir la politique appropriée pour les ressources humaines pour la santé d'un pays, il convient de mener des recherches préliminaires pour se faire une idée du système politique général du pays. Cette analyse doit inclure le type de système gouvernemental en place, la capacité générale de l'Etat à assurer l'application des lois et règlements, ainsi que les procédures et processus de base de l'action politique.

Type de système gouvernemental en place

La faisabilité des différentes stratégies de changement des politiques relatives aux ressources humaines pour la santé dépendra du type de régime en place. Les types de réformes qui peuvent être adoptées, les parties prenantes au processus politique et les types de stratégies qui seront efficaces pour renforcer l'appui aux changements de politique dépendront de la force et du champ d'action des institutions démocratiques. Dans beaucoup de pays démocratiques, les syndicats, par exemple, peuvent être des acteurs de premier plan et promouvoir les politiques des ressources humaines pour la santé, et la voix des masses peut avoir de l'influence. Les pays où les institutions démocratiques sont moins présentes excluent d'ordinaire les syndicats du processus politique et sont plus enclins à tenir davantage compte des intérêts de certaines élites que de ceux du peuple. Le rôle des partis politiques varie également selon le type de gouvernement, certains systèmes ayant besoin de l'appui de partis politiques pour instituer des réformes et d'autres dépendant surtout de puissants groupes d'intérêts. Bien qu'il n'y ait pas de règle stricte indiquant l'importance du type de gouvernement par rapport à la faisabilité des réformes, il est néanmoins important de prendre en compte le type de gouvernement lorsqu'on élabore une stratégie politique en vue de réformes.

Lois et règlements

La mise en œuvre de réformes n'est pas facile parce qu'elle implique un bon nombre d'étapes et d'acteurs. La capacité de l'Etat à assurer l'application des lois et règlements sera donc essentielle pour mener cette entreprise à bien. Il conviendra donc d'évaluer la capacité du pays à cet égard en incluant des éléments tels que les règlements en vigueur concernant l'exercice privé de la médecine, l'autorisation d'exercer la médecine (médecins et autres agents de santé), l'accréditation des hôpitaux et d'autres établissements de soins. Si le bilan du gouvernement en matière d'application des lois et règlements laisse à désirer, les réformes ne se feront pas sans difficultés.

Processus de réforme

Pour connaître l'historique des réformes du secteur de la santé d'un pays, il convient d'examiner de près les politiques sanitaires et le rôle joué par toutes les parties prenantes. Dans certains pays par exemple, les associations professionnelles jouent un rôle primordial dans les questions politiques, alors que dans d'autres elles n'ont pas su s'organiser à ces fins. Dans certain pays, un parti politique dominant a su promouvoir des lois progressistes alors que dans d'autres le parti au pouvoir est plus conservateur et préfère le statu quo.

Corruption

En évaluant l'environnement politique, il faut aussi déceler les obstacles aux réformes tels que la corruption. Celle-ci, une fois installée, est difficile à extirper et il peut être nécessaire de la considérer comme un facteur contextuel du processus politique (Klitgaard, 2000). Si par exemple la politique relative aux ressources humaines pour la santé comporte une augmentation ou une réduction des salaires ou un changement dans les fonctions de certains personnels, la corruption pourrait entraver ces réformes. Lors de certaines réformes de la fonction

publique, on a constaté qu'une augmentation des salaires réduisait le nombre de pots-de-vin mais en accroissait en revanche le volume monétaire (Rose-Ackerman, 1997). Même s'il est difficile de mettre fin à la corruption dans un pays, il est important d'au moins évaluer son ampleur afin d'ajuster les politiques en conséquence.

Transparence

La transparence peut aussi être un élément important pour la réforme des politiques concernant les ressources humaines pour la santé. L'accès à l'information concernant les ressources humaines et la manière dont les réformes aideront le pays peut être utile à l'action de sensibilisation. Les restrictions en matière d'information ou le manque de crédibilité des données officielles peuvent protéger les parties prenantes qui ont tout intérêt au maintien du statu quo et nuire à l'élaboration des réformes ainsi qu'au soutien dont elles pourraient bénéficier.

Acteurs, position et prérogatives

Une des tâches principales de l'analyse des parties prenantes est de déterminer la position que prendront les différents acteurs face à la réforme des ressources humaines proposée au terme de l'évaluation. Il est important d'analyser le point de vue des acteurs par rapport à telle ou telle proposition, étant donné que ce point de vue peut changer selon le contenu de la proposition. Il est aussi important de savoir qu'un grand nombre de propositions éventuelles vont très probablement susciter une vive opposition de la part de tous ceux qui bénéficient du système en place. Les réformes peuvent mettre en péril les intérêts de différents groupes d'agents de santé et entraîner une réaffectation des ressources provenant d'autres secteurs, or souvent les bénéficiaires des réformes (par exemple les nouveaux agents de santé ou la population qu'ils desserviront) ne sont pas au courant des réformes ou ne sont pas encore mobilisés pour soutenir celles-ci.

En outre, le pouvoir des acteurs est difficile à évaluer. Il peut être basé sur des éléments tangibles comme l'argent, un droit de vote ou la capacité organisationnelle, ou intangibles comme le contrôle de l'information, la crédibilité et l'accès aux décideurs. Cette section propose une échelle de pouvoir (grand, moyen, faible) pour chacun des principaux acteurs évoqués ci-dessus. D'ordinaire, on trouve parmi les parties prenantes les plus puissantes le président, le ministère des finances, le ministère du plan, le ministère de la santé, le ministère de l'éducation, ainsi que les principaux bailleurs de fonds internationaux si une part importante des recettes publiques provient de donateurs. Les acteurs qui exercent un pouvoir moyen sont généralement les associations professionnelles, les syndicats, et les directeurs d'hôpitaux ou de dispensaires. Parmi ceux qui n'ont que peu de pouvoir citons les autorités locales, les organisations non gouvernementales et les organisations de patients. Ces relations de pouvoir ne sont toutefois pas les mêmes d'un pays à l'autre et se modifieront avec le temps.

Il serait utile de préparer une « carte politique » des positions et des prérogatives des parties prenantes et d'évaluer ainsi s'il est possible d'obtenir un appui suffisant pour voir ratifiée et mise en œuvre une stratégie pour les ressources humaines pour la santé. Reich (1996) décrit une façon d'établir cette carte.

Il y a beaucoup d'acteurs potentiels dont il faut tenir compte dans une analyse des parties prenantes. La liste ci-après est celle que l'on trouve dans la plupart des pays ; toutefois, certaines catégories de protagonistes peuvent être sans objet dans un pays donné. Pour guider la réflexion concernant les positions et prérogatives des parties prenantes, on trouvera ci-après une présentation générale de leurs caractéristiques basée sur l'expérience acquise dans divers pays. Cette liste est donnée à titre indicatif. Elle devra être modifiée en se fondant sur des études solidement étayées du pays concerné, étant donné que position et les pouvoirs varieront grandement d'un pays à l'autre.

Ministère de la santé

Presque tout ce qui a trait aux ressources humaines pour la santé concerne le ministère de la santé, à savoir embauche, licenciement, rotation, affectation, formation continue et recrutement. En vertu de son rôle central de prestataire de services et de son leadership dans le secteur, le ministère de la santé est d'ordinaire le protagoniste principal en ce qui concerne les politiques du secteur de la santé, bien que son budget puisse être sous le contrôle du ministère des finances et qu'un grand nombre des règles qui régissent les ressources humaines pour la santé puissent être définies par les institutions générales de la fonction publique. Au sein du ministère de la santé, des acteurs situés à de multiples niveaux s'intéressent de près aux politiques relatives aux ressources humaines. Selon le degré de décentralisation, il peut s'agir des administrateurs des bureaux du niveau central ou fédéral, des directeurs régionaux ou de district et, à des niveaux inférieurs du système, les directeurs d'hôpitaux, ainsi que les maires, les gouverneurs et la magistrature locale. Les ministères de la santé ont pris des positions différentes eu

égard aux effectifs de santé, soutenant parfois des réductions de personnel parce qu'elles entraînent des hausses de salaire, et à d'autres moments s'opposant à des changements susceptibles de réduire le pouvoir politique conféré par des nominations partisans.

Ministère des finances

Le ministère des finances joue un rôle primordial dans toute politique ayant des incidences budgétaires et concernant le nombre et les types de postes. Il joue donc un rôle prépondérant chaque fois qu'il y a un changement dans le financement des services de santé ou dans le budget du ministère de la santé. Le ministère des finances ne voit d'ordinaire dans la santé qu'un bien de consommation et, de ce fait, il est rarement favorable aux mesures susceptibles d'entraîner une augmentation des dépenses budgétaires pour les ressources humaines pour la santé.

Ministère de l'éducation

C'est souvent le ministère de l'éducation qui détermine le nombre de personnel médical à former ainsi que le programme d'études des médecins et des autres ressources humaines pour la santé. Le ministère de l'éducation est en général favorable au changement, d'autant plus que la formation contribue à la solution d'un grand nombre de problèmes des ressources humaines pour la santé (Egger et al., 2000). Néanmoins, dans certains pays, le ministère de l'éducation et en particulier la direction des écoles de médecine s'opposent à l'expansion de la formation médicale, craignant que la qualité de la formation ne se dilue ou que les médecins ne se fassent une concurrence accrue. Les enseignants des écoles professionnelles peuvent aussi s'opposer à une augmentation des effectifs dans les catégories d'agents de santé moins qualifiés. Le ministère de l'éducation, comme le ministère de la santé, est puissant en termes de ressources immatérielles et de leadership, mais il manque souvent de ressources financières et organisationnelles.

Ministère de la planification

Le ministère de la planification participera aux propositions de réforme surtout si elles ont une incidence sur la croissance économique globale ou comportent des décisions en matière d'annulation de la dette (Roberts, 2004) ou de décentralisation. Il est susceptible d'appuyer des politiques en faveur des ressources humaines pour la santé si celles-ci ont un rapport avec la croissance économique. En revanche, il y a peu de chances qu'il les appuie s'il y a risque d'échec. En Colombie, par exemple, le ministère de la planification a participé aux réformes intéressant les ressources humaines pour la santé, mais il n'y a pas eu de communication avec le ministère de la santé (Schlette, 1998). Dans de nombreux pays, le ministère de la planification est puissant dans le domaine des finances, des ressources organisationnelles, du leadership, et des ressources immatérielles (information).

Organisme responsable de la fonction publique (ministère de la fonction publique)

L'organisme responsable de la fonction publique intervient dans toute recommandation qui implique des changements aux dispositions des lois et règlements concernant la fonction publique. Dans la plupart des réformes relatives aux ressources humaines pour la santé, l'organisme responsable de la fonction publique doit collaborer étroitement avec les ministères des finances, de l'éducation et de la santé. Souvent, le manque de coordination entre l'organisme responsable de la fonction publique et les autres acteurs gouvernementaux ralentit le processus de réforme. L'organisme responsable de la fonction publique s'oppose souvent à tout changement significatif des règles de la fonction publique que comportent bien des réformes envisagées. Il peut être favorable à des changements de politique concernant les personnels de santé s'ils sont associés à une réforme générale des règles et du règlement de la fonction publique. Le pouvoir qu'exerce l'organisme responsable de la fonction publique varie selon les pays.

Bailleurs de fonds et institutions internationales

Les bailleurs de fonds et les institutions internationales d'assistance technique sont souvent des partenaires de premier plan, surtout dans les pays à faible revenu où les ressources des donateurs constituent une part importante des dépenses publiques. Ils utilisent d'ordinaire leurs ressources financières ainsi que les ressources organisationnelles, de leadership et immatérielles pour peser sur les politiques gouvernementales. Ces acteurs clés comprennent par exemple les grands bailleurs de fonds comme la Banque mondiale, le Fonds monétaire international, l'OMS et d'autres institutions des Nations Unies (UNICEF, PNUD, Fonds mondial), l'Union européenne, les banques régionales de développement et les organismes bilatéraux (comme USAID, DFID) et les grandes fondations comme la Fondation Gates. Les bailleurs de fonds s'emploient de plus en plus à appuyer les réformes visant les ressources humaines pour la santé, surtout lorsqu'elles sont associées au développement

économique ou à des objectifs particuliers de leurs programmes. Les actions que les bailleurs de fonds soutiennent diffèrent d'un pays à l'autre. Au Cameroun, par exemple, où le Fonds monétaire international a collaboré à la réforme de la fonction publique, les salaires ont été réduits et les emplois fictifs identifiés. Dans d'autres pays, les donateurs ont appuyé des augmentations de salaire. D'ordinaire, les bailleurs de fonds sont peu enclins à se borner au paiement des augmentations de salaires, bien qu'il y ait eu quelques exceptions (Egger et al., 2000). DFID a commencé à financer des augmentations importantes de salaire dans des pays africains comme le Malawi.

Syndicats

Les syndicats représentent les travailleurs dans un secteur donné. Dans celui des soins de santé, les syndicats font parfois double emploi avec les associations professionnelles mais le plus souvent ils regroupent toutes les professions. Les personnels du secteur public sont souvent fortement syndiqués et peuvent donc jouer un rôle majeur dans le processus de réforme. Il est important de comprendre et de prévoir la manière dont les syndicats réagiront à un changement afin de faciliter la conception et la mise en œuvre de la réforme. Il est probable que les syndicats appuieront fortement les augmentations en matière de salaire et d'avantages sociaux plutôt que les réformes visant à accroître le rendement en augmentant la productivité. Les pays dont les syndicats sont puissants sont aussi plus à même d'organiser des groupes pour ou contre certaines mesures. Toutefois, les syndicats ne sont pas toujours bien organisés, surtout s'ils sont fragmentés en groupes rivaux ; dans certains régimes autoritaires, ils peuvent être visés par la répression.

Associations de professionnels de la santé

Un pays compte en général plusieurs associations de professionnels de la santé. Les plus souvent, il y a des associations distinctes pour le personnel médical, le personnel infirmier, les sages-femmes, les pharmaciens, les dentistes et les auxiliaires de santé. Ces associations sont souvent des protagonistes clés qui s'intéressent aux salaires, à la qualité de la formation et aux autres mesures concernant les ressources humaines. Comme le ministère de l'éducation et les écoles de médecine mentionnées ci-dessus, elles peuvent s'opposer à l'expansion de la formation dans leur discipline, et à l'incorporation de ressources humaines moins qualifiées. Comme les syndicats, elles peuvent être bien organisées et puissantes, ou fragmentées et faibles. Dans de rares cas, elles peuvent être réprimées par des mesures autoritaires.

Organisations non gouvernementales

Selon le type d'association entre les secteurs public et privé du pays concerné, les organisations non gouvernementales peuvent jouer un rôle considérable en matière de ressources humaines pour la santé. Au fur et à mesure que les organisations non gouvernementales accroissent leur participation aux activités du système de santé, elles peuvent constituer des parties prenantes plus puissantes. S'agissant des réformes administratives, certains pays confient des services de gestion à des organisations non gouvernementales. Bien qu'il y ait souvent des frictions entre les parties prenantes gouvernementales et non gouvernementales, ces dernières peuvent devenir de solides alliés pour mener certains types de réformes.

Maires et autorités locales

Au fur et à mesure qu'un plus grand nombre de pays décentralisent leurs systèmes de santé, les maires et les autorités locales peuvent assumer une plus grande responsabilité dans les réformes visant les ressources humaines. Dans certains pays, ces réformes se sont soldées par le transfert de personnel du niveau central aux niveaux locaux. Si les autorités locales ont davantage voix au chapitre en matière de décisions concernant le financement et les ressources humaines, elles peuvent devenir des partisans essentiels des réformes. Dans d'autres systèmes, elles peuvent faire pression pour susciter des changements qui renforcent la maîtrise des autorités locales sur les salaires et autres mesures concernant les ressources humaines. Les autorités locales s'opposent souvent à des transferts de responsabilités en matière de ressources humaines non accompagnés de moyens financiers, qui pèseraient sur le budget local. Le pouvoir des autorités locales varie en général selon qu'elles maîtrisent ou non le financement et selon le savoir-faire de leurs associations en matière de lobbying au niveau national.

Médias

Les médias peuvent susciter l'intérêt de l'opinion publique sur une préoccupation personnelle, sensibiliser les élites politiques, et jouer un rôle dans le débat public (Roberts, 2004). Les problèmes de ressources humaines pour la santé s'imposent à l'attention des médias quand les associations ou les syndicats se font entendre et

lorsque les médecins et autres agents de santé se mettent en grève. Toutefois, il est rare qu'ils se préoccupent longtemps des questions de santé. En outre, au lieu de présenter le point de vue des partisans des réformes, les médias préfèrent relater les problèmes et ensuite présenter leur propre interprétation « équilibrée » des différentes positions.

Organisations de patients

Les organisations de patients consacrent généralement leur activité à la recherche de fonds et d'accès aux soins pour faire face à une maladie spécifique. Elles jouent rarement un rôle important dans les politiques relatives aux ressources humaines. Toutefois, en cas d'organisations fortes, il peut être intéressant de rechercher leur appui politique aux réformes envisagées.

Hôpitaux et centres de santé

Les directeurs et les administrateurs des hôpitaux et des centres de santé sont à l'évidence des parties prenantes dans la politique des ressources humaines parce que les agents de santé et les responsables administratifs travaillent dans leurs institutions. Les hôpitaux et les centres de santé seront affectés par des mesures comme le renforcement de la formation professionnelle, l'accroissement des mesures d'incitation et les augmentations de salaire. Ces mesures exigent en effet davantage de personnel à la fois pour les appliquer et pour veiller à ce que les agents de santé accomplissent leur travail ordinaire tout en profitant des nouveaux avantages. Les intérêts des administrateurs peuvent différer de ceux des syndicats ou des associations professionnelles. Selon la maîtrise qu'ont les administrateurs sur leur budget salarial et leurs propres mesures incitatives à la performance, ils peuvent privilégier des mesures visant à améliorer le rendement et le contrôle de gestion. Les hôpitaux et les centres de santé disposent d'un certain pouvoir financier et organisationnel, et ils sont parfois proches des décideurs ministériels.

Exemples d'analyse des parties prenantes dans le cas de trois types de réforme politiques différents

Dans cette section, nous verrons comment analyser la position habituelle des parties prenantes dans le cas de trois propositions de réformes différentes. Nous posons l'hypothèse que le pays manque de ressources humaines pour la santé et présente un exode de personnel médical et infirmier hautement qualifié. Il s'agira essentiellement de montrer comment réfléchir aux stratégies. Les changements d'orientation et de politique des ressources humaines pour la santé devront être soigneusement étudiés en tenant compte du contexte du pays concerné.

Augmenter le nombre d'agents de santé

Augmenter le nombre d'agents de santé appartenant à des catégories précises comme les agents de santé communautaires ou les officiers de santé (qui ne sont pas recherchés à l'étranger et qui sont donc peu susceptibles d'émigrer) comporte une augmentation du financement pour couvrir le coût de la formation ainsi que les salaires et les dépenses non salariales. Il faudra pouvoir compter sur des fonds nationaux et parfois, du moins pour la phase initiale, sur l'appui de bailleurs de fonds. Il n'est pas rare que le ministère des finances s'oppose à une réaffectation des ressources nationales au secteur de la santé – souvent considéré par les économistes comme non productif. Les bailleurs de fonds, même s'ils sont favorables à l'augmentation du nombre des agents de santé, sont rarement enclins à financer les salaires de manière durable. En outre, il est fréquent que les écoles de médecine – qui relèvent souvent du ministère de l'éducation – et les associations de médecins s'opposent à la formation de médecins qui n'auraient pas toutes les compétences requises (comme les officiers de santé), accordant leur préférence à une formation médicale de haute qualité agréée sur le plan international. En revanche, les responsables régionaux de la santé, les administrateurs des centres de santé et la direction des établissements de formation de ces catégories d'agents de santé peuvent être favorables à l'augmentation du nombre de ceux-ci.

Modifier les cursus ou les exigences en matière d'admission au postgraduat

Modifier les programmes d'études ou les exigences en matière d'admission au postgraduat pour améliorer la qualité ou remanier le profil des agents de santé peut provoquer une forte opposition de la part des institutions de formation concernées, à savoir les écoles de médecine et les écoles de formation non professionnelle, mais peut en revanche être fortement appuyé par les responsables techniques des bailleurs de fonds et les cadres supérieurs du ministère de la santé.

Augmenter les salaires

Augmenter le niveau des salaires et des indemnités (comme cela a été fait au Chili, en Guinée-Bissau, en Jamaïque et aux Philippines) est onéreux. Il est peu probable que les donateurs financent les salaires, bien qu'au Kirghizistan ils aient payé les salaires des personnels chargés de la mise en œuvre des réformes et du personnel de direction des nouvelles associations de professionnels (Egger et al., 2000). Sur les 18 pays ayant fait l'objet d'un rapport de l'OMS sur les ressources humaines, 12 ont augmenté les salaires pour remédier à la pénurie de personnel (Egger et al., 2000). Ces mesures sont d'ordinaire appuyées par les syndicats, les associations médicales, le personnel du ministère de la santé, et les directeurs d'hôpitaux et de centres de santé. S'y opposent néanmoins en général le ministère des finances, les bailleurs de fonds et les autorités locales qui doivent financer ces augmentations, comme cela a été le cas pour les autorités locales aux Philippines.

Stratégies pour changer les politiques relatives aux ressources humaines pour la santé

Une fois qu'on a analysé une politique, identifié les acteurs clés, et estimé leur position et leur pouvoir, il faut élaborer des stratégies pour augmenter le nombre et la puissance des partisans et réduire ceux des opposants.

Un type de stratégie consiste à mettre au point un ensemble d'actions de sensibilisation pour présenter des arguments montrant les avantages de la réforme pour les différentes parties prenantes. Pour avoir raison de l'opposition de parties prenantes telles que les ministères des finances et de la planification, par exemple, il pourra être utile de mettre l'accent sur les recherches récentes qui démontrent qu'il est important d'investir dans la santé pour le développement économique général (Bloom et al., 2003).

Une deuxième stratégie serait de combattre l'opposition des écoles de médecine à l'augmentation du nombre de leurs élèves ou à la formation de professionnels moins qualifiés en démontrant que cette opposition se fonde davantage sur leur intérêt propre que sur le souci d'améliorer l'état de santé de la population. Cet argument peut être présenté dans les documents de sensibilisation préparés à l'intention de décideurs particuliers ou même des médias.

Une autre stratégie serait d'accepter des compromis techniques touchant la réforme idéale, de façon à réduire l'opposition et à accroître le soutien. Le compromis peut être de réduire le nombre initial de personnes à former, ce qui diminuera évidemment les exigences budgétaires et devrait diminuer l'opposition du ministère des finances ou de la planification. Une autre possibilité de compromis peut être de former un moins grand nombre de personnes moins qualifiées ou encore de proposer une mise en application progressive de la réforme, ce qui peut atténuer l'opposition et aussi donner du temps pour démontrer l'efficacité de la réforme et obtenir de nouveaux appuis. Dans les pays où la réforme ne rencontre que peu d'appui, il est envisageable d'avoir recours aux bailleurs de fonds pour créer un environnement propice aux politiques envisagées en matière de ressources humaines pour la santé. Dans grand nombre de pays, les bailleurs de fonds ont su persuader les gouvernements d'adopter des mesures pour améliorer les capacités des ressources humaines, de moderniser le pays et d'ouvrir l'économie aux investissements étrangers. Les bailleurs de fonds examinent les plans et budgets nationaux, selon le processus ordinaire mené par la Banque mondiale et le Fonds monétaire international, dans lequel l'élaboration d'un document de stratégie pour la réduction de la pauvreté sert de base pour déterminer ce qui doit bénéficier en priorité du financement international. Dans ce processus, le gouvernement souscrit à des objectifs dont la performance est suivie par des missions conjointes de bailleurs de fonds. Sur la base des consultations qui ont lieu, on décide de la poursuite des actions et du renouvellement du financement. L'appui des bailleurs de fonds est un bon tremplin pour recueillir d'autres soutiens pour les politiques relatives aux ressources humaines pour la santé.

Il n'existe pas de processus simple pour analyser la situation d'un pays, fixer des priorités, choisir des solutions et déterminer la séquence d'événements appropriée pour investir dans l'amélioration des ressources humaines pour la santé. Un grand nombre de facteurs doit être pris en compte, notamment l'existence de données fiables, la faisabilité technique et politique de différents types de mesures et les valeurs des acteurs clés du processus politique. Cette section contient une série de directives pour examiner la situation actuelle par rapport à des indices de référence, classer par ordre de priorité les questions qui posent problème, choisir des réformes applicables sur les plans technique et politique et élaborer un guide pour le déroulement et le calendrier des actions.

Pour l'élaboration d'une politique de renforcement des personnels de santé, nous recommandons un processus comprenant cinq étapes :

- évaluer les indicateurs actuels de la situation des personnels de santé par rapport à des indices de référence
- élaborer des critères pour définir l'ordre de priorité des problèmes relatifs aux personnels de santé ;
- choisir des mesures pour améliorer les ressources humaines pour la santé ;
- déterminer l'ordre dans lequel mettre en œuvre les politiques ;
- élaborer une stratégie pour un meilleur soutien aux politiques retenues.

Evaluation de l'état actuel des agents de santé

A l'aide des indicateurs transversaux et des indicateurs de financement, de formation et de gestion, les analystes devront comparer les données du pays aux données de référence pour les pays dont le revenu et les caractéristiques régionales sont similaires (lorsque ces données de référence existent). Au cours de cette étape initiale, il faudra repérer tout problème majeur et commencer à quantifier l'ampleur des problèmes.

Liste pour le contrôle des indicateurs

Problèmes transversaux

- Quelle est la densité de chaque catégorie d'agents de santé par rapport à l'indice de référence ? Quelles sont les catégories qui manquent le plus de personnel ?
- Y a-t-il des problèmes de fidélisation ou une pénurie de candidats qualifiés pour les catégories clés ?
- Y a-t-il des différences régionales importantes concernant la dotation en personnel, la motivation et d'autres aspects ?

Problèmes de capacité en matière d'éducation

- Les contingents formés actuellement sont-ils insuffisants pour augmenter et – à moyen terme – maintenir la densité en personnel de santé ?
- Le réservoir de candidats potentiels à la formation de professionnels de la santé provenant du secondaire est-il suffisant pour étoffer les personnels de santé appartenant à certaines catégories ?
- La répartition de la capacité et de la production éducationnelles entre régions géographiques est-elle équitable en ce qui concerne les ressources humaines pour la santé ?
- La répartition par genre dans les écoles professionnelles de la santé est-elle équitable ?
- La formation à la gestion est-elle suffisante ?
- Y a-t-il des problèmes de coordination entre les ministères de l'éducation et de la santé aux niveaux national et régional ?

Problèmes de capacité financière

- Le secteur de la santé dispose-t-il d'un budget suffisant ?
- Le financement des ressources humaines pour la santé est-il efficient sur le plan des affectations ?
- Le financement des ressources humaines pour la santé est-il efficient sur le plan opérationnel ?
- Le financement des ressources humaines pour la santé est-il également distribué entre régions géographiques ?
- Les salaires sont-ils bas et les mesures d'incitation insuffisantes ?
- Le financement est-il suffisant pour les capacités de formation ?
- Y a-t-il des mesures d'incitation pour le travail en zone rurale et dans les régions émergentes ?

Problèmes de capacité de gestion

- Dispose-t-on de suffisamment d'informations pour l'élaboration des politiques et la prise de décisions ?
- La répartition des rôles et des responsabilités en matière de ressources humaines aux différents niveaux du système est-elle appropriée ?
- Le niveau central donne-t-il aux niveaux administratifs inférieurs les orientations nécessaires ?
- Les personnels de santé sont-ils dotés des compétences gestionnaires appropriées au niveau qu'ils occupent dans le système ?
- De bonnes techniques de gestion sont-elles utilisées à tous les niveaux du système ?
- Les conditions de travail et le climat organisationnel sont-ils bons ?
- Les rapports avec le secteur privé sont-ils satisfaisants (par exemple, les relations avec le secteur privé sont-elles bien définies ; y a-t-il des partenariats public-privé) ?

Élaboration de critères pour fixer les priorités quant aux problèmes

Une fois que les indicateurs d'évaluation ont été analysés, il est important d'établir des critères pour le classement des problèmes par priorité. Les équipes de pays pourraient envisager les critères suivants.

Priorités nationales en matière de personnels de santé correspondant aux problèmes de santé

Grand nombre de pays ont reconnu dans les objectifs du Millénaire pour le développement les priorités les plus élevées en matière de santé. S'il en est ainsi, les priorités des ressources humaines pourraient être de faire en sorte que le pays dispose des catégories d'agents de santé qui peuvent le mieux remédier aux problèmes de santé en question – par exemple les agents de santé de première ligne, les agents de santé communautaire et les médecins généralistes. Si les priorités nationales étaient la réduction de la mortalité imputable aux maladies chroniques, d'autres catégories d'agents de santé seraient plus importantes.

Priorités nationales en matière de personnels de santé tenant compte des attentes du public et des agents ainsi que de la sécurité financière

Il est également important de tenir compte des priorités autres que celles de la santé définies (OMS 2000) dans le *Rapport sur la Santé dans le Monde 2000*, comme la satisfaction du public et des patients et la sécurité financière des ménages. Si l'on tient compte de ces priorités-là il faut aussi, dans l'établissement des priorités en matière de ressources humaines, évaluer les aspects que les populations estiment être les plus importants, et les facteurs qui réduisent la charge financière des familles. A cet égard, il faudra peut-être répondre à la demande du public qui souhaite davantage de spécialistes ou mettre l'accent sur les catégories d'agents de santé, comme celle des programmes de prévention des maladies chroniques, qui permettent d'éviter le recours à des interventions coûteuses.

Initiatives en cours concernant les personnels de santé

Ce serait une erreur de supposer que rien ne se passe dans un pays avant l'évaluation des effectifs de santé. Les initiatives en cours témoignent d'une première définition rudimentaire des priorités dont il conviendra de tenir compte lors de l'établissement des priorités pour aller de l'avant. Par exemple, il se peut que le gouvernement soit déjà en train d'établir de nouveaux programmes de formation pour les agents de santé de première ligne, ou qu'il ait instauré un nouveau programme de médecine familiale. Si ces initiatives s'attaquent aux pénuries graves recensées grâce à l'examen des indicateurs, elles pourront servir de point de départ à un processus plus ample. Il convient de noter que les initiatives en cours peuvent inclure une évolution plus générale – comme la réforme de la fonction publique – qui pourra avoir des répercussions sur le secteur de la santé.

Evaluation préliminaire de la faisabilité politique des mesures visant les ressources humaines pour la santé

S'agissant de faisabilité politique, une évaluation initiale des positions et du pouvoir des parties prenantes clés pour repérer les sources principales d'appui et d'opposition permettra d'apprendre si oui ou non les personnels de santé figurent dans le programme politique. Un calcul préliminaire de l'équilibre général des appuis devrait aider à déterminer l'ampleur et la direction des changements proposés. Si l'on identifie dès le départ des parties prenantes clés suffisamment puissantes pour empêcher certains changements, les décideurs devront envisager soit d'élaborer des stratégies politiques leur permettant de surmonter cette opposition, soit de modifier les réformes proposées afin de neutraliser l'opposition en évitant les éléments contestés.

Besoins techniques pour augmenter le nombre et la qualité des agents de santé

Les priorités doivent aussi être établies par rapport à la logistique de l'augmentation du nombre et de la qualité des agents de santé, quelles que soient les catégories retenues.

La première exigence est qu'au niveau national, le ministère de la santé (et le ministère de l'éducation, le cas échéant) disposent de l'autorité et de la compétence requises pour prendre des décisions sur la base des données de l'évaluation. Sinon, il y a peu de chances d'accomplir quoi que ce soit, même si certains changements sont mis en place grâce au secteur privé.

La deuxième exigence est que la qualité de la formation soit capable de produire des agents de santé possédant les compétences voulues dans les catégories concernées. Des agents sans formation adéquate compliqueront les problèmes plus qu'ils n'y remédieront. Les agents de santé communautaire, le personnel médical ou infirmier dont la formation laisse à désirer ébranleront la confiance du public dans le système de santé. Les efforts à faire pour que les capacités d'éducation et de formation soient telles qu'elles produisent des agents de santé dûment qualifiés sont absolument prioritaires.

Enfin la troisième exigence est que les conditions de travail, les perspectives de carrière, le salaire et autres mesures incitatives soient de nature à attirer et fidéliser les personnels de qualité. Cela signifie veiller à ce que les personnels en place et les nouveaux venus soient motivés à bien s'acquitter de leurs tâches et à continuer à travailler dans le secteur. Si cela n'est pas fait, on risque de voir perdurer les problèmes fréquents en matière de ressources humaines pour la santé, à savoir la migration des personnes qualifiées, leur passage du secteur public au secteur privé et la concentration des agents de santé dans les zones urbaines.

Choix de politiques pour améliorer les ressources humaines pour la santé

Il est souvent utile de commencer par repérer les problèmes, de repérer ceux que l'on estime prioritaires puis d'entreprendre un travail approfondi pour en diagnostiquer les causes. Ce travail peut être effectué à l'aide d'un arbre de diagnostic, et en posant les questions suivantes : « Pourquoi y a-t-il un problème ? Qu'est-ce qui l'a causé ? Qu'est-ce qui a causé cette cause ? » et ainsi de suite jusqu'à ce soient cernées les causes d'ordre financier, organisationnel, salarial, réglementaire et comportementales sur lesquelles porteront les changements de politique (Roberts, 2004).

Dans le cas d'une réforme concernant les ressources humaines pour la santé, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire, il est probable que le changement de certaines politiques puisse s'opérer selon un processus simplifié. La réforme centrale sera sans doute axée sur la formation de certaines catégories d'agents de santé – celles qui s'attaqueront aux problèmes prioritaires. Il y a de fortes chances pour que les réformes nécessitent un financement supplémentaire du budget national ou régional et des bailleurs de fonds. Les options en matière d'éducation et de formation peuvent inclure l'enseignement privé, mais il est probable qu'une expansion des programmes publics de formation sera nécessaire. Les problèmes de gestion nécessiteront également des investissements importants pour renforcer les systèmes d'information pour la gestion et donner aux administrateurs une formation et des compétences de leadership.

A ce stade il serait utile de procéder à une évaluation des risques que comporte l'ensemble des activités préconisées. Cette évaluation doit examiner les principales hypothèses concernant l'appui politique, les disponibilités financières, les capacités de formation et de production du nombre supplémentaire d'agents de santé nécessaire et ainsi de suite. Certaines de ces hypothèses (comme la possibilité d'obtenir un financement de la part de bailleurs de fonds), si elles s'avéraient erronées, pourraient compromettre fortement le succès de la réforme. On peut aussi prévoir la planification d'activités supplémentaires afin que de nouvelles ressources soient disponibles en temps utile. Une évaluation globale des risques politiques et techniques devrait aider à établir les priorités et à montrer clairement aux décideurs les coûts éventuels d'un échec. L'ensemble prévu peut être modifié, selon le degré de tolérance au risque.

Fixer l'ordre de mise en application des politiques

La détermination de l'ordre dans lequel mettre en œuvre les stratégies de réforme n'est pas chose aisée. Le processus commence par la fixation des priorités. Accorder la priorité à la formation de certaines catégories d'agents de santé signifie retarder l'accroissement d'autres catégories jusqu'à ce que les cibles retenues pour les catégories prioritaires soient atteintes.

Il y a deux choix principaux à faire : (a) entre une augmentation du nombre d'agents de santé lente et progressive ou plus rapides et à grande échelle ; et (b) entre augmenter d'office le nombre d'agents et commencer par investir dans l'amélioration des systèmes de santé avec les agents déjà en place.

Il faut trouver un juste équilibre entre, d'une part, la mise en place d'un nombre limité de nouveaux agents de santé ou le perfectionnement des agents en place, ou une combinaison de ces deux approches, et d'autre part une augmentation massive du nombre de nouveaux agents de santé. Cette dernière stratégie peut tirer profit des priorités actuelles des bailleurs de fonds et du pays mais elle risque d'être trop ambitieuse par rapport aux capacités existantes et non viable à terme, laissant un grand nombre d'agents de santé sans salaire adéquat ou sans matériel suffisant pour s'acquitter convenablement de leurs tâches à l'avenir. La stratégie visant à former un nombre moins grand de nouveaux agents de santé est plus sûre, car elle permettra sans doute de dispenser une formation de meilleure qualité et sera plus viable à long terme. Toutefois, si les conditions politiques et financières sont favorables, il faut peut-être saisir l'occasion de combler l'écart entre le nombre actuel et le nombre idéal d'agents de santé

Il faut aussi trouver un compromis entre l'augmentation du nombre d'agents de santé et le renforcement des systèmes qui les gèrent et dont ils ont besoin pour être plus efficaces. Il est probable que des fonds supplémentaires seront nécessaires pour remédier à toute pénurie de personnel, et assurer, s'il y a des sureffectifs dans certaines catégories, des retraites anticipées. Les capacités éducationnelles devront sans doute être accrues pour former le nombre requis d'agents de santé. Il faudra aussi renforcer les capacités de gestion pour améliorer les conditions de travail et favoriser la rétention du personnel.

Il est utile d'élaborer un plan de travail pour la mise en œuvre des stratégies préconisées. Ce plan peut être établi selon la méthode de l'analyse du chemin critique ou d'outils de planification similaires ; le meilleur moyen

de parvenir à un échelonnement réaliste des activités est probablement de l'élaborer en dialoguant avec les responsables nationaux et les bailleurs de fonds.

Elaboration d'une stratégie politique pour un plus grand soutien aux réformes concernant les ressources humaines pour la santé

Dans la dernière étape, il s'agit d'évaluer la faisabilité des réformes sur le plan des réalités politiques et de les ajuster en conséquence. En adoptant l'approche *Policymaker*, l'équipe d'évaluation déterminera le niveau d'appui nécessaire pour les réformes préconisées et pour leur échelonnement, en accordant une attention particulière à la position et aux prérogatives des acteurs clés. Il faudra ensuite élaborer des stratégies politiques pour s'assurer cet appui et réduire l'opposition afin que les réformes soient non seulement adoptées mais effectivement mises en œuvre.

CONCLUSION

Il n'y a pas de stratégie universelle idéale pour le renforcement des personnels de santé et il n'y a pas de moyens simples pour obtenir un appui politique suffisant aux propositions de réforme. Ce guide de réflexion analytique et pratique en matière de stratégie des ressources humaines et de faisabilité politique sera plus ou moins utile selon la valeur des données disponibles et les compétences des analystes qui auront conduit l'évaluation. Si, grâce à l'application des méthodes d'évaluation rapide décrites ici, de meilleures informations ou une meilleure connaissance de la situation se dégagent, cela pourra éclairer la formulation des politiques visant les ressources humaines pour la santé.

ANNEXE 1 **Etat des ressources humaines pour la santé**

Niveau des ressources humaines pour la santé

On observe souvent, partout dans le monde, une densité des agents de santé « trop élevée » ou « trop faible » par rapport aux besoins sanitaires. La plupart des pays africains, par exemple, ont moins d'un médecin pour 10 000 habitants, et dix pays africains ont moins de 0,3 médecins pour 10 000 habitants (Banque mondiale, 1994b ; Huddart & Picazo, 2003). Dans le monde, 57 pays ont moins de 2,3 agents de santé pour 10 000 habitants (OMS, 2006). Un tableau similaire se dégage lorsque l'on compare pour un pays donné les cibles qu'il a retenues à la situation réelle des personnels de santé. Une enquête menée en 1998 dans sept pays africains a signalé un taux élevé de postes de santé à pourvoir, à savoir 52,9% des postes pour le personnel infirmier au Malawi et 72,9% des postes de médecins spécialistes au Ghana (Dovlo, 1999 ; OMS, 2002).

Si le lien entre le niveau des ressources humaines pour la santé et la performance des systèmes de santé est intuitif, les données concrètes concernant ce lien sont mitigées. Une étude récente une relation inverse entre la densité des médecins ou des infirmières et l'indice de mortalité, alors que d'après les études précédentes il y avait soit une association *positive* soit une absence d'association entre des densités similaires et les indices de mortalité (Anand & Baernighausen, 2004). On peut avancer deux hypothèses pour expliquer ces résultats. Premièrement, aucune de ces études ne semble avoir de données sur les éléments complémentaires du niveau de dotation (à savoir répartition, ou éducation et formation). L'incapacité de prendre en compte ces facteurs (qui théoriquement influent également sur la performance) peut conduire à l'absence d'associations cohérentes. Deuxièmement, le lien entre le système de santé et les résultats sanitaires est mitigé (OMS, 2003a). Ainsi, alors que le présent guide part du principe que le niveau des ressources humaines pour la santé est un élément important de la performance du système de santé, il est néanmoins difficile d'estimer l'ampleur de son impact.

Répartition des ressources humaines pour la santé

D'après les constatations faites dans les pays en développement, les déséquilibres, que ce soit sur le plan de la géographie, des compétences, du genre ou des secteurs, sont tous très répandus, même s'il faut reconnaître que la plupart des études sont axées sur un petit nombre de professionnels de la santé, en l'occurrence le personnel médical et infirmier (Gupta et al., 2003).

Dans de nombreux pays en développement on constate une mauvaise *répartition géographique*. C'est jusqu'à la moitié du personnel médical dans des pays d'Asie, d'Amérique latine et d'Afrique subsaharienne qui est concentrée dans les zones urbaines, alors même que n'y vivent que 20% de la population, voire moins (De Geyndt, 1995 ; Zurn et al., 2002 ; Gupta et al., 2003).

Il n'est pas aussi évident qu'il y a un problème généralisé de *répartition des compétences*. Huddart & Picazo (2003), par exemple, relatent que de nombreux systèmes de santé africains ont un excédent d'agents « non qualifiés ou peu formés » sans toutefois fournir de données à l'appui de leurs dires. En revanche, d'autres rapports affirment que grand nombre de systèmes de santé africains souffrent d'une pénurie relative d'agents de santé communautaires dont les besoins en formation sont moins poussés que ceux des agents de santé axés sur la pratique clinique. Huddart & Picazo (2003) estiment qu'environ deux tiers de la morbidité en Afrique peuvent être traités par des infirmières de santé communautaires dont la formation coûterait environ 30% de moins que celle du personnel infirmier diplômé.

Les problèmes de *répartition par genre* semblent eux aussi être courants et la performance peut en pâtir. On continue à reléguer les femmes à des postes inférieurs et un nombre proportionnellement moindre d'entre elles parviennent aux postes professionnels ou administratifs plus élevés, ceux-ci étant généralement occupés par des hommes (Zurn et al., 2002). Pourtant, il semble bien qu'en ce qui concerne la satisfaction des patients, ce sont les femmes médecins qui ont de meilleurs résultats du fait d'une meilleure interaction médecin-patient (par exemple empathie, établissement d'un partenariat, échange d'informations et prise de décision en commun) que leurs homologues masculins (Verbrugge & Steiner, 1981 ; Hall et al., 1988 ; Roter et al., 1991 ; Kaplan et al.,

1995). Il a été démontré que cette qualité d'interaction médecin-patient contribue à son tour à la satisfaction des patients et à l'amélioration des résultats en matière de santé (Barsky et al., 1980 ; Greenfield et al., 1985 ; Kaplan et al., 1989 ; Cooper-Patrick et al., 1999).

Enfin, s'agissant de la *répartition sectorielle*, on sait d'après des observations faites sur le terrain que certains gouvernements africains ne parviennent pas à retenir un nombre suffisant d'agents de santé dans certaines catégories du secteur public—comme les pharmaciens et les techniciens en pharmacie, ces agents pouvant gagner beaucoup plus dans l'industrie (Huddart & Picazo, 2003). Le tableau ci-après contient d'autres indicateurs pour évaluer le niveau des ressources humaines pour la santé.

Tableau 12. Situation des ressources humaines pour la santé (RHS) : indicateurs secondaires

Dimension	Indicateur	Indices de référence	Référence	Commentaires	
				Indicateur/ Indices de référence	Source
• Performance (productivité) RHS	Actes chirurgicaux par salle d'opération par jour		<i>Indicateur</i> • Hall (2001) <i>Indices de référence</i> • Aucun		Peut être évalué au moyen de bases de données internationales, de bases de données nationales ou de documents du ministère de la santé
• Performance (qualité) RHS	Proportion d'infections de la plaie après intervention chirurgicale		<i>Indicateur</i> • Casparie (2000) <i>Indices de référence</i> • Aucun		Peut être évalué au moyen de bases de données internationales, de bases de données nationales ou de documents du ministère de la santé

Problèmes transversaux concernant les ressources humaines pour la santé

Attractivité des professions de santé pour les diplômés

Selon des enquêtes menées auprès des écoles de médecine et des écoles de formation infirmière, ce sont à la fois des facteurs intrinsèques et des facteurs externes qui motivent les étudiants de premier cycle à entreprendre une formation de santé. Les aspects relatifs à l'emploi (sécurité de l'emploi, les prestations liées à l'emploi, rémunération) s'équilibrent par rapport à l'intérêt personnel (désir d'aider les gens, membre de la famille ou ami dans la profession, recherche d'épanouissement personnel) (Kersten et al., 1991 ; Razali, 1996 ; Larsen et al., 2003). Dans le tableau à la fin de cette section figure un indicateur supplémentaire pour évaluer l'attrait des professions de santé.

Migration

S'il y a de fortes chances que les estimations de la migration des pays sources soient peu fiables et qu'elles sous-estiment les départs d'agents de santé (Stilwell et al., 2003), les estimations des pays d'accueil indiquent d'importants flux migratoires. On estime par exemple à 80 000 le total du personnel infirmier étranger travaillant aux États-Unis (OIT, 1998). Tout porte à croire que l'exode des personnels de santé des pays en développement se poursuivra. D'après une enquête menée dans quelques pays africains, environ un quart des personnels de santé de l'Ouganda et près de deux-tiers de ceux du Ghana ont dit avoir l'intention d'émigrer (OMS, 2003b).

Il a été attesté que l'émigration a un effet négatif sur le rendement des personnels et des systèmes de santé. Entre 1978 et 1985, la Jamaïque a perdu 80% de ses médecins et 95% de ses infirmières diplômées du fait de l'émigration. Près de la moitié des diplômés du *All-India Institute of Medical Science* à New Delhi ont quitté le pays, et moins de 10% des médecins formés en Zambie depuis l'indépendance continuent à y exercer aujourd'hui (OIT, 1998 ; Couper, 2002). Des constatations similaires ont été signalées ailleurs (Ghana Ministry of Health, 2000 ; Huddart & Picazo, 2003). On peut inférer le coût de ces pertes – bien que difficile à quantifier – à partir des statistiques de formation. Pour chaque médecin ayant rejoint son affectation, par exemple, la Grenade en a formé 22 (OIT, 1998). L'émigration entraîne pour les systèmes de santé des pertes considérables d'efficacité, comparables à celles que provoquent les décès prématurés dus au VIH/sida.

Décès prématurés

On dispose de peu d'études quantifiant l'effet des décès prématurés (imputables au VIH/sida) parmi les personnels de santé. Des rapports en provenance de l'Afrique subsaharienne révèlent, toutefois, de graves difficultés à venir : le Botswana et la Zambie ont estimé les taux de prévalence du VIH/sida parmi les agents de santé à 20%–40%. Cet état de choses risque de peser à long terme sur les ressources du système de santé des pays affectés (Cohen, 2002).

Cumul d'emplois

On dispose de plus d'informations concernant l'ampleur de ce phénomène que sur sa relation avec la performance du système de santé. Le cumul d'emplois est, semble-t-il, courant dans les pays en développement, et ses déterminants ont été étudiés dans différents contextes (Roenen et al., 1997 ; Gruen et al., 2002 ; Berman & Cuizon, 2004). Le lien entre le cumul d'emplois et ses conséquences négatives ou positives repose principalement sur des études de cas et des données anecdotiques¹. Bien que le cumul d'emplois puisse donc être préoccupant, il est difficile de savoir a priori s'il affectera le système de santé.

Absentéisme et employés fantômes

Des taux élevés d'absentéisme ont été signalés dans divers contextes dans les pays en développement mais la collecte systématique de données fait généralement défaut. Le Bangladesh est un exemple de pays où l'absentéisme des personnels de santé est un problème de taille et où l'on dispose de données (Begum & Sen, 1997).

Sur la base d'un échantillon national de visites non annoncées, Chaudhury & Hammer (2003) ont constaté que les médecins étaient absents plus de 40% du temps où ils auraient dû être de service. Les déterminants de l'absentéisme au Bangladesh comprennent des facteurs de responsabilité (le médecin vit ou non dans le village d'exercice) et les conditions de travail (existence de routes et d'électricité). De façon plus générale, il est toutefois difficile de spéculer sur l'ampleur ou les raisons de l'absentéisme, les pays ne prenant que rarement la peine de quantifier ce phénomène sur une échelle représentative de l'ensemble du pays (Chaudhury & Hammer, 2003). De même, quelques pays ont déclaré avoir un problème important d'employés fantômes. Plus d'un quart des effectifs de la Guinée-Bissau (700 personnes) se sont révélés être des employés fictifs, et l'on pense que plusieurs autres pays africains comptent des employés fictifs dans le secteur de la santé (Egger, 2000 ; Banque mondiale, 1994b).

Motivation

Le manque de motivation des agents de santé est un problème très répandu dans le secteur public et dans les pays en développement. A ce jour, toutefois, on n'a pu trouver qu'un petit nombre d'études qui tentent de mesurer la motivation et aucune d'entre elles ne traite de sa portée ou de ses conséquences sur la performance des personnels de santé (Franco et al., 2004).

Tableau 13. Problèmes transversaux concernant les ressources humaines pour la santé (RHS) : indicateurs secondaire

Dimension	Indicateur	Indices de référence	Référence	Commentaires	
				Indicateur/ Indices de référence	Source
• Attrait de la profession	Moyenne pondérée cumulative des candidats	Aucun disponible dans l'im-médiat		Les catégories comprennent, notamment mais pas uniquement : médecins, infirmières, sages-femmes, auxiliaires sanitaires, intervenants de première ligne, spécialistes, pharmaciens	Peut être évalué au moyen de bases de données internationales, de bases de données nationales, de documents du ministère de la santé ou par un groupe d'experts ou d'autres méthodes d'évaluation

¹ Les conséquences positives éventuelles du cumul d'emplois comprennent l'utilisation accrue des services de santé moyennant le recours aux services du secteur privé, la prestation continue de services publics à des tarifs inférieurs au prix du marché (mais avec le même personnel que les établissements du secteur privé), et la possibilité pour les prestataires d'acquérir de l'expérience et des compétences en exerçant dans le secteur privé (Berman & Cuizon, 2004).

ANNEXE 2 Leviers financiers concernant les ressources humaines pour la santé

Niveau de salaire en tant que déterminant du niveau de ressources humaines pour la santé

On peut mesurer au mieux le niveau de ressources humaines pour la santé en considérant le nombre total d'heures consacrées aux activités de santé pendant une période donnée (par exemple une semaine). Ce nombre s'obtiendra en multipliant le nombre d'agents de santé par le nombre d'heures de travail que chacun consacre à sa fonction professionnelle sur la période donnée (intensité du travail) :

Nombre d'heures de travail sanitaire par période = nombre d'agents de santé × nombre d'heures travaillées par agent de santé.

Le nombre d'agents de santé est déterminé par plusieurs des facteurs décrits plus haut. La baisse d'attrait des professions de santé réduit le nombre de nouveaux actifs dans ces mêmes professions. La migration externe nette réduit le nombre d'agents de santé au même titre que la retraite anticipée ou le changement de profession. L'absentéisme¹, par ailleurs, réduira le nombre d'heures travaillées par agent de santé. Tous ces facteurs transversaux sont susceptibles d'être influencés par le niveau salarial et les autres dépenses non salariales pertinentes dans un pays donné.

Dans l'ensemble, la plupart des études de cas qui mettent en évidence un lien entre le niveau salarial et un facteur précis d'entrée, de sortie ou d'intensité du travail sont des études par observation dont les conclusions ne s'appliquent qu'à une période, une localisation géographique ou une catégorie d'agents de santé bien précises. Par conséquent, les bases factuelles citées ci-après indiquent des liens de causalité possibles mais ne peuvent être appliquées à d'autres contextes sans de plus amples recherches. Le tableau qui se trouve à la fin de l'annexe propose quelques indicateurs supplémentaires.

Migration

Les différences de salaires entre pays d'accueil et pays source sont parmi les raisons les plus souvent invoquées et les plus importantes de la migration. Les salaires élevés d'un pays d'accueil exercent un fort attrait sur les immigrants (Buchan et al., 2003).

Selon des enquêtes menées dans six pays africains (Afrique du Sud, Cameroun, Ghana, Ouganda, Sénégal et Zimbabwe), c'est le niveau salarial qui est le plus souvent cité comme raison d'émigrer (entre 68% et 84% des répondants) (OMS, 2003b). L'OPS (2001) a constaté que la faiblesse de la rémunération était l'un des plus importants facteurs d'incitation à émigrer pour les personnels de santé des Caraïbes. De même, Buchan et al. (2003) relatent que dans les groupes de discussion organisés en Norvège et en Irlande avec du personnel infirmier philippin, c'est une meilleure rémunération qui a principalement motivé leur migration.

Satisfaction professionnelle, changement de profession et retraite anticipée

Selon un grand nombre d'études, les niveaux de salaire sont parmi les déterminants les plus importants de la satisfaction professionnelle pour de nombreux agents de santé dans divers contextes, dont les médecins fonctionnaires en Malaisie (Sararak & Jamaluddin, 1999), le personnel infirmier au Royaume-Uni (Callaghan, 2003), le personnel infirmier à domicile aux États-Unis (Juhl et al., 1993), les personnels infirmiers des écoles (Junious et al., 2004) et le personnel infirmier de santé publique rurale en Chine (Lee et al., 1991). De même, on a constaté que le mécontentement du personnel infirmier diplômé au Liban (Yaktin et al., 2003), du personnel infirmier des écoles (Munro, 1983), du personnel infirmier praticien aux États-Unis (Tri, 1991), et du personnel

¹ Le cumul d'emplois réduira le nombre d'heures de travail par agent de santé seulement si le deuxième emploi est dans un autre secteur que la santé. Par contre, dans le cas d'emplois simultanés dans les secteurs privé et public de la santé, il peut augmenter le nombre d'heures travaillées par agent de santé.

médical et infirmier, pharmaciens et techniciens de laboratoire médical au Koweït était dû principalement au niveau salarial (Shah et al., 2001).

D'après les données disponibles, le mécontentement dû au salaire peut amener l'employé à changer de profession ou à prendre une retraite anticipée. Par exemple, sur la base d'entretiens avec le personnel infirmier de trois hôpitaux londoniens, Mackereth (1989) a conclu que le faible niveau salarial et les conditions de travail sont les raisons les plus importantes d'envisager de quitter la profession. Parker & Rickman (1995) constatent que les facteurs ci-après influent fortement sur la probabilité d'abandonner leur profession chez le personnel infirmier diplômé aux États-Unis : taux de rémunération, autre revenu familial, présence d'enfants, et emploi à temps plein ou à temps partiel. A la suite d'entretiens approfondis avec des infirmières, Cangelosi et al. (1998) ont conclu que l'insuffisance des salaires et des effectifs sont les deux facteurs les plus importants qui les poussent à quitter leur emploi. De même, une enquête auprès d'hygiénistes dentaires au Texas a conclu que la faiblesse du niveau salarial et le manque de prestations sociales sont parmi les facteurs qui les poussent à changer de métier (Johns et al., 2001).

Quelques rares études ont produit des résultats nuancés. Une enquête auprès du personnel infirmier de santé publique de première ligne dans les zones rurales de la Colombie-Britannique a révélé que, si le faible niveau des salaires est la raison principale de l'insatisfaction au travail, cela ne les amène pas à quitter leur emploi tant qu'il n'y a pas d'autres raisons économiques ou familiales de le faire (Henderson Betkus & MacLeod, 2004). Une autre étude menée dans les zones rurales des États-Unis est arrivée à la conclusion que c'est l'autonomie (et non le niveau salarial) qui motive le plus le personnel infirmier à conserver son emploi actuel (Hanson et al., 1990).

En résumé, il y a tout lieu de penser que les niveaux de salaire (absolus ou relatifs) sont un indicateur prévisionnel important de la fidélisation des personnels de santé. Toutefois, dans un contexte particulier et parmi un groupe particulier d'agents de santé, il pourra en aller autrement.

Attrait des professions de santé

Le lien entre l'attrait des professions de santé et les niveaux de salaire semble plausible mais n'a pas été largement étudié. Selon une enquête menée auprès d'élèves de dernière année d'études secondaires aux États-Unis, les raisons principales de ne pas choisir les soins infirmiers comme profession future sont le niveau salarial et le fait d'être en contact avec des mourants (Stevens & Walker, 1993).

Le niveau de salaire en tant que déterminant de la répartition des agents de santé

Répartition géographique

Il semble qu'il y ait un lien de cause à effet entre les salaires (et autres incitations financières) et la répartition géographique des personnels de santé. Le fait que les salaires soient plus bas dans les zones rurales n'incite pas les personnels à y exercer. Siziya & Woelk (1995) par exemple, constatent dans leur étude sur les étudiants en médecine et les internes des hôpitaux au Zimbabwe que trois facteurs rendent le travail en zone rurale peu attrayant : des salaires plus bas, un niveau de vie moins bon et le prestige moindre que confère un cabinet en zone rurale. Dans une autre étude au Zimbabwe, Mutziwa-Mangiza (1998) constate que de nombreux internes des hôpitaux et auxiliaires médicaux zimbabwéens, qui n'auraient normalement pas cherché à travailler dans des hôpitaux ruraux en Afrique du Sud, l'ont fait uniquement parce qu'ils y sont mieux rétribués.

Les différences de salaire entre zones rurales et urbaines ont aussi été utilisées avec succès comme levier politique pour réduire les déséquilibres de la répartition géographique des personnels de santé. En Indonésie, par exemple, c'est par une prime allant jusqu'à 100% du salaire normal que les diplômés des écoles de médecine de Jakarta ont été incités à aller travailler dans les îles périphériques (Chomitz, 1998). D'après les données recueillies par Gruen et al. (2002), des incitations financières amèneraient sans doute les nouveaux diplômés à exercer en zone rurale. Jackson et al. (2003) relatent qu'aux États-Unis c'est grâce à des incitations financières que des médecins ont accepté d'exercer dans les zones rurales mal desservies de la Virginie occidentale.

D'une part, les incitations financières sont un levier approprié pour motiver les agents de santé à exercer en zone rurale parce qu'elles constituent un signe clair de reconnaissance sociale (Adams & Hicks, 2000). D'autre part, les incitations financières, même si elles fournissent les résultats voulus, peuvent comporter un certain nombre de désavantages. Premièrement, elles coûtent cher : la hausse des salaires ruraux doit compenser la perception

d'une moindre qualité de vie et de moindres possibilités de développement professionnel, mais aussi l'absence de certaines sources supplémentaires de revenu, qui se rencontrent dans les villes mais non à la campagne (Roenen et al., 1997). Deuxièmement, les incitations financières peuvent attirer dans les zones rurales des personnes qui n'ont ni les compétences ni la motivation voulues (Chomitz, 1998). Selon les données disponibles, la fidélisation rurale à long terme pourrait être moins influencée par le niveau de salaire que par des facteurs éducationnels et démographiques, comme les programmes d'études des écoles de médecine ou l'origine rurale des agents de santé (Humphreys et al. 2001 ; Brooks et al. 2002). Voir aussi l'annexe 3.

Répartition des compétences

Sans mentionner leurs sources ni donner d'exemples de pays particuliers, Huddart & Picazo (2003) affirment que l'un des problèmes auxquels de nombreux systèmes de santé africains sont confrontés est la pléthore d'agents de santé « sans compétences ou insuffisamment formés » qui sont relativement bien payés par rapport à leurs collègues hautement qualifiés. Cette compression salariale constitue un obstacle à l'augmentation des traitements dans le secteur de la santé publique. En revanche, d'autres rapports soutiennent que de nombreux systèmes de santé africains pâtissent d'une pénurie relative d'agents de santé de première ligne, qui nécessitent une formation moins poussée que les agents de santé axés sur la pratique clinique. Huddart & Picazo (2003) estiment qu'environ deux tiers de la charge de morbidité en Afrique pourraient être traités par du personnel infirmier de santé communautaire dont la formation coûterait environ 30% de moins que celle du personnel diplômé.

Les observations sur le remplacement d'agents de santé par d'autres agents aux niveaux de compétence différents – eu égard aux coûts et aux produits en matière de soins de santé – concernent surtout le remplacement du personnel infirmier diplômé par des aides, et de médecins généralistes par du personnel infirmier clinicien et des auxiliaires médicaux. Dans l'ensemble, les informations sont contrastées. En outre, la plupart des études ont été menées dans des pays développés (Buchan & Dal Poz, 2002).

Le recours aux aides-infirmières et aides-infirmiers a permis de réaliser des économies sans diminuer la satisfaction des patients (Hesterly & Robinson, 1990 ; Bostrom & Zimmerman 1993). En revanche, d'autres études associent la présence de personnel infirmier hautement qualifié à une meilleure qualité de soins (Carr-Hill et al., 1995). Les résultats de trois essais contrôlés randomisés récents comparant du personnel infirmiers praticien à des médecins généralistes ont montré que d'une part la qualité des soins pour le personnel infirmier était comparable à celle des médecins – alors que leur coût était moindre par unité de temps, et d'autre part que les patients étaient plus satisfaits parce que le personnel infirmier leur accordait davantage de temps (Kinnersley et al. 2000 ; Shum et al., 2000 ; Venning et al. 2000).

Il semble que les différences de salaires entre différentes catégories d'agents de santé puissent entraîner des déséquilibres dans la répartition. Aux États-Unis, par exemple, où certains spécialistes gagnent presque le double des médecins de famille, les programmes d'internat ont de plus en plus de mal à pourvoir les postes en médecine familiale. Le manque d'intérêt des diplômés des écoles de médecine des États-Unis pour cette discipline est attribué en grande partie au fait que les médecins de famille sont moins bien rémunérés que leurs collègues dans d'autres spécialités (Pugno & McPherson, 2002).

Répartition par genre

Les niveaux de salaire peuvent jouer un rôle important dans la répartition par genre des personnels de santé. Dans une revue des travaux sur les raisons pour lesquelles moins d'hommes que de femmes choisissent les soins infirmiers comme profession, Villeneuve (1994) montre que les niveaux de salaire sont le principal élément de dissuasion pour les hommes. Cependant, il constate que les femmes se soucient également des niveaux de salaire quand elles envisagent une carrière en soins infirmiers. Le fait que culturellement on pense que les soins infirmiers apparaissent comme une profession féminine pourrait être un facteur explicatif plus important du déséquilibre observé entre hommes et femmes dans les soins infirmiers.

Un certain nombre d'études ont démontré qu'il existe, à responsabilités égales, des différences significatives de salaire entre hommes et femmes travaillant dans le secteur de la santé. Par exemple, les femmes qui ont une maîtrise en santé publique ou en gestion des services de santé gagnent moins que leurs homologues masculins dans leur premier emploi, après que les différences en capital humain ont été prises en compte. Cet écart salarial semble persister, voire augmenter au fil des ans (Bradley et al., 2000). Ces différences de salaire pourraient être un des facteurs qui font que dans certaines professions de santé il y a moins de femmes. Les données disponibles sur ce point semblent néanmoins insuffisantes.

Répartition sectorielle

Il est probable qu'un écart salarial entre les secteurs public et privé se soldera par des vacances de poste dans le secteur qui paie le moins. Au Zimbabwe, par exemple, un agent infirmier pouvait gagner dans le secteur privé 40% de plus que dans le secteur public en 1998. Selon des données empiriques, certains gouvernements africains ne parviennent pas à garder un nombre suffisant d'agents de santé dans certaines catégories du secteur public, comme les pharmaciens et les techniciens en pharmacie, dont le potentiel de gains est beaucoup plus élevé dans l'industrie (Huddart & Picazo, 2003).

Le niveau de salaire en tant que déterminant de la performance des agents de santé

En termes de performance, les niveaux de salaires peuvent avoir un impact direct et positif aussi bien qu'indirect et négatif sur le rendement des personnels de santé. D'une part, l'augmentation des salaires peut augmenter le rendement en renforçant la motivation et en réduisant la nécessité de recourir à des mécanismes de survie comme le cumul d'emplois. D'autre part, le rendement financier (à savoir les heures effectuées par les agents de santé par somme dépensée) diminuera, toutes choses égales par ailleurs, à mesure que le niveau salarial augmentera. On trouvera des indicateurs supplémentaires dans le tableau à la fin de l'annexe.

Cumul d'emplois

On a constaté que le niveau des salaires avait un effet important sur la décision des agents de santé d'avoir des emplois simultanés, par exemple, dans les secteurs public et privé. Pour pallier l'insuffisance du salaire du secteur public, il est courant que les médecins aient un deuxième emploi dans le secteur privé (Ferrinho et al., 1998 ; Van Lerberghe et al., 2002b). Ce phénomène est à présent très répandu dans plusieurs systèmes de santé qui ont connu une libéralisation rapide de l'exercice de la médecine comme au Malawi, au Mozambique et en République-Unie de Tanzanie (Huddart & Picazo, 2003). Roenen et al. (1997) recensent 28 stratégies différentes que les médecins de différents pays en Afrique subsaharienne utilisent pour compléter leurs ressources relativement faibles dans le service public. Ces stratégies comprennent le cumul d'emplois, l'exercice privé, les allocations, les indemnités journalières, et les cadeaux des malades. Roenen et ses collègues déclarent que la majorité de ces stratégies permettent aux médecins d'avoir des revenus de loin supérieurs à leur salaire du secteur public. Dans le même temps, grand nombre des stratégies détournent des ressources (temps et matériel) du secteur public au profit du secteur privé et de ce fait nuisent au rendement des prestations du secteur public.

L'augmentation du niveau salarial pourrait en théorie contribuer à réduire le cumul d'emplois. Dans une enquête auprès de médecins employés dans les secteurs public et privé au Bangladesh, Gruen et al. (2002) ont constaté que les médecins de premier recours seraient sans doute prêts à abandonner la pratique privée pour se consacrer pleinement au travail dans le secteur public si leur salaire était augmenté. Les agents des soins médicaux de seconde et troisième ligne semblent moins susceptibles de le faire.

Motivation

Le manque de motivation des agents de santé à travailler beaucoup et bien peut nuire à l'efficacité d'un système de santé. La motivation est un mécanisme complexe que peuvent influencer toute une gamme de mesures d'incitation financières et non financières. Le niveau de salaire peut être un facteur (certes des plus grossiers) qui peut servir à influencer la motivation. Une étude menée au Viet Nam (Dieleman et al., 2003) a constaté, par exemple, que les facteurs qui motivent le plus les agents de santé dans les zones rurales sont le fait d'être apprécié, la stabilité d'emploi, le revenu et la formation. On a constaté par ailleurs que l'insuffisance des salaires et les conditions de travail difficiles sont des facteurs qui n'incitent guère à bien travailler. Dans le même ordre d'idées, les salaires qui sont perçus comme étant injustes (soit en termes absolus soit en comparaison avec d'autres lieux ou d'autres occupations) peuvent aussi réduire la motivation. Dans une étude en Afrique du Sud, Bachmann & Makan (1997) ont constaté que les inégalités de salaires minent le potentiel de coopération entre différents organismes sanitaires – coopération qui pourrait se traduire par des gains en rendement.

Paiements informels

L'inadéquation des salaires du secteur public est citée comme l'une des causes de la prévalence croissante des paiements informels (Colclough, 1997). Certaines données indiquent que l'une des raisons principales d'accepter (ou de solliciter) un paiement informel en Chine est de compenser un salaire estimé faible (Zhou & Zhang, 1994).

Absentéisme

Il est fort plausible qu'un faible niveau salarial augmente la probabilité d'absentéisme, mais on ne dispose pas de données à ce sujet.

Employés fantômes

Selon des données provenant d'un petit nombre de pays, les employés fantômes (postes qui n'existent que sur le papier et dont le salaire est perçu par un personnel fantôme) constituent un problème majeur. Par exemple, plus du quart des effectifs de la Guinée-Bissau (700 personnes) se sont révélés être des employés fantômes (Egger et al., 2000). La Banque mondiale (1994b) a dressé la liste ci-après de pays africains où le secteur de la santé compte de tels employés : Cameroun, Gambie, Ghana, Ouganda, République centrafricaine et Sénégal.

Dépenses non salariales

On a constaté que l'émigration est déterminée par des facteurs tels que la possibilité de se perfectionner, l'environnement de travail, les ressources et la charge de travail du secteur de la santé, outre les niveaux de salaire (OMS, 2003b). Les autres facteurs qui motivent la migration sont de meilleurs régimes de pensions, l'éducation des enfants, et la reconnaissance sociale (Bundred & Levitt, 2000 ; Van Lerberghe et al., 2002b ; Stilwell et al., 2003). Selon des données récentes provenant d'Afrique du Sud et du Ghana, dans les pays à haute prévalence la crainte de contracter le VIH et d'autres virus transmissibles par le sang (hépatite B et C) est une dimension importante du mécontentement lié aux conditions de travail et s'ajoute aux raisons d'émigrer (Stilwell et al., 2003 ; Vujicic et al., 2004).

Outre l'effet indirect du VIH/sida sur la décision d'émigrer ou d'entrer dans la profession pour le niveau des ressources humaines pour la santé, la pandémie affecte aussi directement ce niveau. Au Malawi, par exemple, 45% des décès des agents de santé ont été signalés comme imputables au VIH/sida (Ministère de la Santé et de la Population, et Division de la Planification du Malawi, 2001). Une étude effectuée en Zambie a constaté que le risque d'infection à VIH chez les chirurgiens était de 15% supérieur à celui des pays développés (Consten et al., 1995). Les systèmes de santé africains pourraient perdre 20% de leurs effectifs au cours des prochaines années à cause du VIH/sida (Tawfik & Kinoti, 2003 ; Joint Learning Initiative, 2004).

Il faut aussi considérer la répartition des agents de santé. Le cas de la Thaïlande montre qu'en ayant recours à un ensemble de mesures on parviendrait à remédier à la mauvaise répartition rurale-urbaine. Grand nombre de ces mesures entraîneront des dépenses non salariales, par exemple les possibilités de formation et le renforcement de l'infrastructure sanitaire (Joint Learning Initiative, 2004).

Comme on peut le voir par ces exemples, plusieurs des déterminants non salariaux du niveau des ressources humaines, de leur répartition et de leur performance peuvent être résolus au sein même du secteur de la santé (voir également les annexes 3 et 4).

Tableau 14. Financement des ressources humaines pour la santé (RHS) : indicateurs secondaire

Dimension	Indicateur	Indice de référence	Référence	Commentaires	
				Indicateur/Indices de référence	Source
• Migration : niveau salarial	<ul style="list-style-type: none"> • % d'agents de santé ayant l'intention d'émigrer qui invoquent le niveau des salaires comme raison principale • % d'agents de santé émigrés qui invoquent le niveau des salaires comme raison principale 	Aucun	Aucune	Comparaison : <ul style="list-style-type: none"> • avec d'autres professions • séries chronologiques Autres informations : <ul style="list-style-type: none"> • niveau salarial que les personnes interrogées estiment être suffisant pour ne pas émigrer • autres changements qui les feraient ne plus souhaiter émigrer 	Études spéciales, publications scientifiques

Dimension	Indicateur	Indice de référence	Référence	Commentaires	
				Indicateur/Indices de référence	Source
• Changement de profession et retraite anticipée : niveau salarial	• % d'agents de santé ayant l'intention de changer de profession ou de prendre une retraite anticipée qui invoquent le niveau salarial ou les avantages sociaux comme facteurs motivants	Aucun	Aucune	Comparaison : <ul style="list-style-type: none"> avec d'autres professions Autres informations : <ul style="list-style-type: none"> niveau salarial qui serait suffisant pour convaincre les personnes interrogées de ne pas changer de profession ou de ne pas prendre une retraite anticipée autres changements qui les convaintraient de ne pas changer de profession ou de ne pas prendre une retraite anticipée 	Études spéciales, publications scientifiques
• Rendement RHS : répartition des compétences	• Proportion des différents niveaux de compétence des RHS	Aucun	Aucune	Comparaisons : <ul style="list-style-type: none"> à travers tout le pays données actuelles 	Peut être évalué au moyen de bases de données internationales, de bases de données nationales ou de documents du ministère de la santé
• Répartition des compétences : niveau salarial	• Niveau moyen relatif des salaires des différents niveaux de compétence RHS	Aucun	Aucune	Comparaison : <ul style="list-style-type: none"> à travers tout le pays Autre information : <ul style="list-style-type: none"> raisons données pour avoir choisi ou ne pas avoir choisi certains niveaux de compétence 	Peut être évalué au moyen de bases de données internationales, de bases de données nationales et de documents du ministère de la santé
• Répartition sectorielle : niveau salarial	• Ratio du niveau salarial moyen public/privé par catégorie RHS	Aucun	Aucune	Autre information : <ul style="list-style-type: none"> raisons données pour avoir choisi ou ne pas avoir choisi certains niveaux de compétence 	Peut être évalué au moyen de bases de données internationales, de bases de données nationales et de documents du ministère de la santé
• Cumul d'emplois : niveau salarial	<ul style="list-style-type: none"> Ratio des avantages non salariaux moyens public/privé par catégorie RHS % RHS déclarant avoir plus d'un emploi 	Aucun	Aucune	Autres informations : <ul style="list-style-type: none"> volonté de quitter les autres emplois si le niveau salarial de l'emploi principal est suffisamment élevé niveau de salaire nécessaire pour éviter le cumul d'emplois autres facteurs qui causent le cumul d'emplois 	Peut être évalué au moyen de bases de données internationales, de bases de données nationales, de documents du ministère de la santé, d'études spéciales, et de publications scientifiques
• Employés fantômes	• Densité des employés fantômes(en comparant la liste des effectifs avec le dossier de paie)	Aucun	Aucune	Comparaisons : <ul style="list-style-type: none"> à travers tout le pays cible politique 	Peut être évalué au moyen de bases de données nationales, de documents du ministère de la santé, d'études spéciales, et de publications scientifiques

ANNEXE 3 Leviers éducationnels concernant les ressources humaines pour la santé

Réservoir de candidats potentiels

On entend par réservoir de candidats potentiels aux différentes filières éducatives conduisant aux carrières dans le domaine de la santé, les étudiants qui ont obtenu leur diplôme au cours d'une même année et qui peuvent théoriquement entrer dans des institutions spécifiques de formation comme une école de médecine (élèves du secondaire ayant obtenu leur diplôme), une école de soins infirmiers (élèves de l'école intermédiaire ayant obtenu leur diplôme) ou un programme d'internat (étudiants de l'école de médecine ayant obtenu leur diplôme). Cet ensemble comprend en outre :

- les personnes qui, après avoir travaillé dans un domaine autre que la santé, décident d'entreprendre une carrière dans les soins de santé ;
- les personnes qui veulent quitter un emploi dans le secteur de la santé pour un autre emploi dans le même secteur ;
- les personnes qui suivent actuellement une formation pour un emploi n'ayant pas trait à la santé mais qui ont l'intention de travailler dans le domaine de la santé.

Le réservoir de candidats potentiels est vraisemblablement une donnée contraignante. Il n'est pas dit que les responsables de l'enseignement en matière de santé puissent influencer sur le nombre d'élèves à admettre dans le secondaire.

Taux de candidatures

Le taux de candidatures est le pourcentage de personnes demandant à être admises dans une institution d'enseignement de santé par rapport au total des candidats potentiels. Une des raisons importantes d'un faible taux de candidatures est le coût élevé de la formation dans le domaine de la santé par rapport à la formation à d'autres emplois ou par rapport à ce qu'une personne pourrait gagner en entrant directement sur le marché du travail.

Aussi bien l'attrait des professions de la santé que les obstacles attendant à ce type de formation influent sur la décision des candidats éventuels. Dans les pays où l'enseignement médical est gratuit, par exemple, le coût des livres et d'autres matériels didactiques peut rester élevé, de même que peut l'être le coût d'opportunité que représente une entrée tardive sur le marché du travail (Wahba, 2003).

D'après des données d'observation, le taux de candidatures à une spécialisation donnée peut être accru en modifiant le contenu d'un programme d'études médicales. Par exemple, les innovations liées aux communautés et à leurs problèmes, introduites dans le cursus médical de l'Université de New Mexico aux États-Unis, se sont traduites par un accroissement du taux de candidatures dans les soins primaires, la médecine rurale ou le travail auprès de populations mal desservies (Kaufman et al., 1989).

Taux d'admission dans les établissements

Le taux d'admission dans les établissements est le pourcentage de candidats accepté par l'établissement d'enseignement en santé auquel ils ont postulé. Ce taux sera limité par le nombre maximal de places disponibles, ainsi que par la qualité des candidatures. Celle-ci, à son tour, dépend de la qualité des élèves qui sortent du secondaire et de l'attrait de la profession de santé.

Il semble que des pays d'Afrique australe, dans un souci de compression des dépenses, aient ces dernières années réduit le nombre de places et d'enseignants dans les écoles de médecine, ce qui fait qu'à présent ils ne peuvent plus accepter les effectifs nécessaires pour satisfaire les besoins nationaux en agents de santé (Padarath et al., 2003).

Taux d'admission des étudiants

Le taux d'admission des étudiants est le pourcentage d'étudiants qui commencent leur cursus dans l'établissement où ils ont été acceptés. Il peut être différent du taux d'admission des établissements pour deux raisons : les candidats ont été acceptés dans plus d'un programme éducatif, ou encore ils ont décidé de ne pas faire d'études de santé bien que leur demande ait été agréée¹. Certains candidats, même si leur demande a été acceptée, ne poursuivent pas d'études dans le domaine de la santé, dissuadés qu'ils sont par le manque d'attrait de la profession.

Taux de succès

Le taux de succès est le pourcentage d'entrants dans un programme d'enseignement de santé qui le terminent avec succès. Il est égal au nombre des entrants moins la somme des abandons pour chaque année du programme (du début à la fin). Le taux de succès (ou le taux d'abandon) sera fonction de la nature du programme d'enseignement ainsi que de la motivation et des aptitudes des étudiants. Les abandons sont dus en grande partie à un enseignement trop centré sur les connaissances théoriques aux dépens des savoir-faire. Les étudiants peuvent être découragés par le manque de rapport apparent entre ce qu'ils apprennent et les compétences dont ils auront besoin pour exercer, ce qui peut les pousser à quitter le programme (Majoor, 2004).

Il est établi que les programmes d'enseignement axés sur l'étudiant et sur les compétences ont des taux médians de durée de formation et des taux d'abandon tous deux inférieurs à ceux de programmes plus conventionnels (Dolmans & Schmidt, 1996 ; Kruseman et al., 1997). Les conditions de travail, le statut social et le revenu futurs peuvent aussi jouer un rôle important dans le taux d'abandon. On estime le taux d'attrition au cours des études médicales à 1,1% aux États-Unis, alors qu'il est d'environ 30% en Éthiopie (Barzansky et al., 1999 ; Wahba, 2003).

Taux d'entrée dans la profession

Le taux d'entrée dans la profession égale le pourcentage de diplômés qui font partie des personnels des services de santé pour lesquels ils ont été formés. Il consiste en un taux national (à savoir le pourcentage de diplômés qui travaillent dans le domaine de leur formation dans le pays où ils ont été formés) et le taux international (pourcentage de diplômés qui travaillent dans le domaine de leur formation mais dans un autre pays que celui où ils ont été formés). Le taux national dépendra de l'idée que se font les nouveaux diplômés du travail dans le domaine de la santé. Les déterminants possibles comprennent la charge de travail perçue, la considération professionnelle durant l'internat et l'attrait de la carrière de santé par rapport à d'autres débouchés possibles.

Il semble que les procédures bureaucratiques dissuadent les jeunes diplômés d'entreprendre ou de poursuivre l'exercice de la médecine dans le pays où ils ont été formés (Ndumbe, 2003). Le taux d'entrée international (et la migration) dépendra en revanche de l'attrait que présente le travail national en matière de santé par rapport à ce même travail à l'étranger. Le système éducatif peut prévenir dans une certaine mesure la migration en dispensant aux agents de santé une formation qui correspond aux besoins particuliers du pays (spécifiquement sans s'attarder sur les compétences techniques ou les connaissances relatives aux pathologies qui ont peu d'incidence sur la charge de morbidité nationale) (Majoor, 2004).

Qualité des diplômés (connaissances et compétences)

Plusieurs cadres ont été proposés pour évaluer la qualité de l'enseignement en matière de santé. Nous en avons retenu les normes WFME (WFME, 2001) comme point de départ pour la détermination des indicateurs de la qualité de cet enseignement (les raisons sont données dans le texte principal). Le chevauchement incomplet entre les domaines de la qualité de l'enseignement de la WFME et ceux qui sont proposés dans d'autres documents (énumérés ci-dessous) nous a poussés à incorporer certains des éléments proposés par ces derniers documents.

¹ Si tous les candidats ne faisaient de demande d'admission qu'à un seul programme de formation et commençaient ce programme (à condition d'avoir été acceptés), le taux d'acceptation des étudiants serait égal au taux d'acceptation des établissements.

Source	Domaines d'évaluation de la qualité de la formation
Accreditation Council for Graduate Medical Education (2004)	<ul style="list-style-type: none"> • Soins aux malades • Connaissances médicales • Apprentissage et perfectionnement fondés sur la pratique • Relations interpersonnelles et aptitude à communiquer • Professionnalisme • Pratique axée sur les systèmes
Harris (1978)	<ul style="list-style-type: none"> • Mission et objectifs • Gouvernance • Validité des diplômes • Adéquation des ressources • Stabilité • Intégrité
Lawrence & Green (1980)	<ul style="list-style-type: none"> • Publication de travaux de recherche par le personnel enseignant • Autres réalisations du personnel enseignant • Ressources institutionnelles • Efficience du programme • Résultats
Troutt (1979)	<ul style="list-style-type: none"> • Mission et objectifs • Programme didactique • Ressources financières • Personnel enseignant • Bibliothèque ou matériel didactique
Council of Graduate Schools in the United States (1977)	<ul style="list-style-type: none"> • Qualité du personnel enseignant • Installations <ul style="list-style-type: none"> – Bibliothèque et ordinateur – Installations matérielles – Installations d'accompagnement • Programme de doctorat <ul style="list-style-type: none"> – Cours – Admission – Internat – Examens – Thèses
Frank (2005)	<ul style="list-style-type: none"> • Personnel enseignant • Etudiants • Programme d'études • Ressources

Le tableau ci-après contient des indicateurs supplémentaires qui peuvent servir à évaluer la qualité de l'enseignement.

Tableau 15. Formation des ressources humaines pour la santé (RHS) : indicateurs secondaires de la qualité de la formation

Dimension	Indicateur	Indices de référence	Référence	Commentaires	
				Indicateur/Indices de référence	Source
• Répartition RHS : répartition par genre	% de femmes inscrites à l'école secondaire (brut)	50% (égalité) 42% (moyenne dans les pays à faible revenu) 46% (moyenne dans les pays à revenu intermédiaire) 49% (moyenne dans les pays à revenu élevé)	<i>Indice de référence</i> • Banque mondiale (2004)	Peut indiquer une cause profonde de répartition inégale par genre des RHS	Peut être évalué au moyen de documents du ministère de l'éducation, de documents des établissements de formation des RHS ou d'entretiens avec l'administration des écoles pour les RHS
• Performance des RHS : Mission et objectifs (autonomie universitaire)	Politique d'autonomie universitaire	Existe	<i>Indicateur :</i> • WFME (2003) (adapté)	Le personnel enseignant de l'école de médecine doit jouir de la liberté académique, dans les limites fixées par l'énoncé de mission et les objectifs, d'établir le programme d'études et d'affecter des ressources pour sa mise en œuvre	Peut être évalué au moyen d'un examen sur dossier ou d'entretiens avec des informateurs clés dans les établissements de formation des RHS
• Performance des RHS : Programme d'enseignement (méthodes pédagogiques)	La responsabilité d'apprendre incombe à l'étudiant	Aucun	<i>Indicateur :</i> • WFME (2003) (adapté)	Les méthodes didactiques utilisées devraient former l'étudiant à prendre la responsabilité de son propre apprentissage	Peut être évalué au moyen d'un examen des documents ou d'entretiens avec des informateurs clés dans les établissements de formation des RHS ou en assistant aux séances de formation
• Performance des RHS : Programme d'enseignement (sciences et savoir faire cliniques)	Promotion de la santé, prévention, santé publique, et médecine parallèle pratique	Existence	<i>Indicateur :</i> • WFME (2003) (adapté)	Certaines composantes du cursus des sciences cliniques devront traiter de la promotion de la santé, de la prévention, de la santé publique et de la médecine parallèle	Peut être évalué au moyen d'un examen des documents ou d'entretiens avec des informateurs clés dans les établissements de formation des RHS

Dimension	Indicateur	Indices de référence	Référence	Commentaires	
				Indicateur/Indices de référence	Source
• Performance des RHS : Programme d'enseignement (sciences et savoir faire cliniques)	Intégration des sciences fondamentales et des sciences cliniques	Existe	<i>Indicateur :</i> • WFME (2003) (adapté)	L'enseignement des sciences fondamentales devra se centrer sur les aspects importants sur le plan clinique ; l'enseignement des sciences cliniques devra inclure des liens avec les sciences fondamentales	Peut être évalué au moyen d'un examen des documents ou d'entretiens avec des informateurs clés dans les établissements de formation des RHS
• Performance des RHS : Programme de formation continue	Taux de participation aux programmes de formation continue, par catégorie RHS	Aucun	Aucune	Ensemble du pays	Peut être évalué par le biais des associations nationales et infranationales de médecins
• Performance des RHS : Programme d'enseignement (sciences et savoir faire cliniques)	Mentorat et tutorat	Existence			Peut être évalué au moyen d'un examen des documents ou d'entretiens avec des informateurs clés dans les établissements de formation des RHS
• Performance des RHS : Ressources didactiques (recherche)	Possibilités pour les étudiants de participer à la recherche	Existence			Peut être évalué au moyen d'un examen des documents ou d'entretiens avec des informateurs clés dans les établissements de formation des RHS
• Performance des RHS : Ressources didactiques (échanges de formation)	Liens avec d'autres établissements de formation des RHS	Nombre de liens nationaux, nombre de liens internationaux	<i>Indicateur :</i> • WFME (2003) (adapté)	L'établissement d'enseignement des RHS doit avoir des programmes d'échange et de collaboration avec d'autres établissements d'enseignement des RHS nationaux et internationaux	Peut être évalué au moyen d'un examen des documents ou d'entretiens avec des informateurs clés dans les établissements de formation des RHS

Dimension	Indicateur	Indices de référence	Référence	Commentaires	
				Indicateur/Indices de référence	Source
• Performance des RHS : Ressources didactiques (moyens matériels)	Réactions des étudiants et du personnel concernant les moyens matériels et les installations	Existence	<i>Indicateur :</i> • WFME (2003) (adapté)		Peut être évalué au moyen d'un examen des documents ou d'entretiens avec des informateurs clés dans les établissements de formation des RHS
• Performance des RHS : Ressources didactiques (examen)	Mécanisme d'examen des ressources de sciences fondamentales et de sciences cliniques	Existe	<i>Indicateur :</i> • WFME (2003) (adapté)		Peut être évalué au moyen d'un examen des documents ou d'entretiens avec des informateurs clés dans les établissements de formation des RHS

ANNEXE 4 Leviers politiques de gestion concernant les ressources humaines pour la santé

Secteur public

L'impact des réformes de la fonction publique – notamment la décentralisation – complique le tableau de l'état des ressources humaines. D'une part, la décentralisation peut gêner la performance du système. Les personnels concernés se plaignent fréquemment des insuffisances du système (salaires, personnel, moyens matériels), des inégalités accrues, de partialité ou d'un favoritisme éventuellement perçus, et d'une perte d'autonomie de carrière (pouvoir limité en matière de recrutement et de licenciement du personnel, manque de possibilités de formation en cours d'emploi). D'autre part, si par exemple les administrateurs locaux ne sont pas habilités à prendre des mesures disciplinaires à l'encontre de leur personnel, il leur sera difficile d'inciter ce dernier à mieux travailler (Martineau & Martinez, 1997). De fait, certaines recherches indiquent que les administrateurs qui ont un pouvoir décisionnel plus grand en matière de dotation en personnel obtiennent de meilleurs résultats (Diaz-Monsalve, 2003). La gestion risque de pâtir si l'on donne aux administrateurs locaux de nouvelles responsabilités sans leur donner la formation nécessaire, par exemple en matière de systèmes d'information pour la gestion sanitaire (Kolehmainen-Aitken, 1992, 2004 ; Gladwin et al., 2002).

Leadership de haut niveau pour la gestion des ressources humaines

Bien qu'il y ait peu d'analyses de la gestion des ressources humaines au niveau des systèmes, certains indices au niveau institutionnel associent la volonté d'assurer une bonne gestion à des résultats positifs sur le plan de l'organisation. Tout particulièrement, une série d'études sur les « hôpitaux magnétiques » aux États-Unis indiquent que le « magnétisme » (à savoir l'attrait exercé sur le personnel et les patients) est effectivement lié à de meilleurs résultats quant aux indicateurs de dotation en personnel, qui à leur tour peuvent résulter d'une mise en œuvre durable de certaines interventions de gestion des ressources humaines, telles que le soutien à l'autonomie du personnel infirmier et l'encouragement à la prise de décision participative. Dans d'autres études sur les centres de soins infirmiers au Canada et aux États-Unis, on a constaté que les institutions qui fonctionnent le mieux sont celles qui avaient tendance à mettre en pratique des politiques de gestion des ressources humaines progressistes ou de haut niveau (Buchan, 2004).

On lie également formation à la gestion et performance des agents de santé, mais on dispose de peu d'informations sur ce point. D'après des études menées en Amérique latine et aux Caraïbes, la formation en gestion peut se traduire par une meilleure performance du personnel (mesurée en termes de connaissance et d'utilisation de pratiques de gestion) selon la façon dont la formation est conduite (à savoir, méthodes pédagogiques utilisées et durée de la formation) et donne les meilleurs résultats lorsqu'elle bénéficie de l'appui du niveau central (Diaz-Monsalve, 2004). Des données recueillies en Chine indiquent également que des facteurs administratifs ou de milieu peuvent limiter les effets de la formation en gestion sur la performance (Yaping & Stanton, 2002).

Administration centrale de la gestion des ressources humaines

Certains éléments administratifs de la gestion des ressources humaines sont, de l'avis général, importants ; il en existe quelques exemples, mais peu d'études internationales en ont isolé les effets individuels. Néanmoins, les données dont on dispose donnent des éclaircissements sur la manière dont ces éléments administratifs peuvent être liés à la performance. Des analyses quantitatives montrent que des descriptions d'emploi claires (ainsi que l'examen des résultats) sont liées à une meilleure performance du personnel du secteur de la santé, comme les administrateurs de districts sanitaires et les prestataires de soins de santé maternelle (Diaz-Monsalve, 2003 ; Fort & Voltero 2004). Certaines études qualitatives ont établi un lien entre perspectives de carrière et fidélisation du personnel. Par exemple, alors qu'un salaire convenable est d'ordinaire le déterminant le plus important de la migration, les agents de santé de plusieurs pays déclarent qu'un environnement de travail plus propice et une meilleure perspective de carrière les inciteraient à ne pas partir (Zurn et al., 2002 ; Alkire & Chen, 2004 ; Vujicic et al., 2004). Des possibilités bien définies de promotion fondée sur le mérite et débouchant sur des postes intéressants de médecine clinique ou de recherche suffisamment bien rémunérés ont été proposées comme remède éventuel à l'exode des agents de santé (Marchal & Kegels, 2003).

En ce qui concerne les systèmes d'information pour la gestion, on rencontre en règle générale dans les pays en développement des obstacles considérables à la collecte et à l'analyse des données, ce qui limite l'impact positif potentiel de la gestion des données pour la planification et les interventions des systèmes de santé (Sandiford et al., 1992 ; Azubuike & Ehiri, 1999). Des systèmes d'information pour la gestion inefficaces ou non utilisés sont révélateurs d'une incapacité administrative structurelle à utiliser les données pour la prise de décision, y compris : manque de pertinence des informations recueillies ; usage inapproprié de ces informations ; mauvaise qualité des données ; systèmes d'information parallèles ; absence de compte-rendu ou de rétro-information disponibles en temps voulu (Lippeveld et al., 2000). De fait, l'amélioration du système d'information sur la gestion a été utilisée comme point d'entrée pour le renforcement des capacités gestionnaires du système de santé de la Papouasie-Nouvelle-Guinée (Newbrander & Thomason, 1988).

Environnement institutionnel et relations institutionnelles

Conditions de travail

On a établi un lien entre des charges de travail élevées et l'augmentation du niveau de stress, ainsi qu'entre le mauvais fonctionnement ou le manque de matériels et d'équipements et une baisse de la qualité des soins, qu'il s'agisse des soins de santé primaires ou des soins hospitaliers (Bitera et al., 2002 ; Boonstra et al., 2003 ; English et al., 2004). En revanche, d'après l'expérience du secteur privé, une bonne gestion logistique renforce l'efficacité et la performance (Raja et al., 2000). La mauvaise gestion, l'utilisation inadaptée des systèmes d'information sanitaire et la qualité médiocre des services sont autant de causes qui contribuent à la faiblesse des systèmes de transfert (Ohara et al., 1998 ; Siddiqi et al., 2001). D'après les résultats de recherches menées dans les pays à revenu élevé, en expliquant aux patients les raisons de leur transfert, les risques que celui-ci comporte et ce qu'ils peuvent en attendre, on diminue leur inquiétude et on augmente les chances de voir accepter le transfert, ce qui accroît l'efficacité du système (Bossyns & Van Lerberghe, 2004).

En ce qui concerne les indicateurs, ce guide met l'accent sur le système de transfert en tant qu'élément facilitateur de la communication intra-sectorielle ou institutionnelle. Bien qu'il n'y ait pas d'indices de référence universellement applicables au taux optimal de transfert, il semble que les interventions qui ont les taux de transfert les plus élevés impliquent aussi un degré plus élevé de communication. Le taux de transfert parmi les patients soignés dans le cadre de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne est considérablement plus élevé que la moyenne nationale (Font et al., 2002). Le taux le plus élevé – 15% de tous les patients – peut donc être retenu comme l'indice de référence le plus approprié pour les interventions prioritaires.

Rotation et renouvellement du personnel

Si les mouvements de personnel ne sont pas en tant que tels révélateurs de problèmes, des taux de rotation excessivement élevés ou excessivement faibles peuvent nuire au rendement du système. Selon les circonstances, la rotation du personnel peut être à la fois bénéfique et préjudiciable pour la performance des personnels de santé. Une rotation régulière du personnel peut produire des effets positifs, tels que déplacer le personnel dont le rendement est mauvais, introduire de nouvelles connaissances et techniques et remédier à l'immobilisme institutionnel. Cependant, des degrés extrêmes de rotation – excessivement élevés ou faibles – parmi certaines catégories de professionnels de la santé peuvent entraîner des conséquences négatives, dont une incapacité à mener à bien un changement de gestion (soit à cause d'une rotation excessive ou du fait de l'immobilisme), des coûts plus élevés de recrutement et de formation du personnel nouveau, la désorganisation des structures sociales et de communication, des pertes de productivité et une diminution du degré de satisfaction des agents restant en place (Koh & Goh, 1995 ; Collins et al., 2000). Comme le sujet de la rotation et du renouvellement des personnels dans le secteur de la santé n'a pas fait l'objet de beaucoup de recherches, il est difficile d'en estimer le coût (voir l'annexe 1 pour la discussion d'autres données factuelles).

Il ne semble pas exister d'étude quant à l'effet de la rotation du personnel sur la performance des systèmes de santé dans les pays en développement. Les données ayant trait aux pays développés sont sommaires et ne permettent pas de tirer de conclusions fermes. Une étude indique que les coûts relatifs à la rotation du personnel représentaient plus de 5% du budget de fonctionnement d'un hôpital, mais selon une autre, il n'y a aucune relation entre la rotation du personnel et la réduction des services aux patients ou la démoralisation des effectifs (Gray et al., 1996 ; Waldman et al., 2004). Néanmoins, même cette dernière étude reconnaît qu'il est difficile d'estimer le coût réel de la rotation.

Culture organisationnelle et leadership

Les observations reliant culture organisationnelle et leadership à la performance du personnel dans le domaine de la santé sont contrastées pour deux raisons. Premièrement, la méthode et le concept de culture organisationnelle (y compris le leadership) et de performance sont très différents ce qui rend la comparaison difficile (Zimmerman et al., 1993 ; Scott et al., 2003a). Deuxièmement, il n'est guère facile d'estimer jusqu'à quel point des relations attestées peuvent être généralisées. Par exemple, alors que certaines études ont constaté qu'un leadership solidaire est associé à une meilleure performance, d'autres, recourant à des méthodes différentes, n'ont trouvé aucune relation entre le style de leadership et la performance (Hartley & Kramer, 1991 ; Shortell et al., 1994 ; Stordeur et al., 2001). De même, bien qu'on ait relié une bonne adéquation entre culture organisationnelle donnée et valeurs des employés à divers résultats concernant particulièrement les personnels de santé – comme des taux plus faibles de renouvellement (Vandenberghe, 1999) –, un examen récent de la littérature n'a permis de trouver qu'une quantité insignifiante de données reliant la culture organisationnelle à la performance – et là où des liens ont été trouvés, les effets ne se traduisent pas nécessairement par de meilleurs résultats pour les patients (Scott et al., 2003 b).

En termes de travail en équipe et de prise de décision participative, des études menées dans les hôpitaux de pays à revenu élevé constatent que, grâce au travail en équipe, les patients sont plus satisfaits des services, le personnel s'acquitte mieux de ses fonctions et le taux de renouvellement des effectifs est moindre (Goni, 1999 ; Meterko et al., 2004). Des enquêtes dans des lieux de soins primaires, secondaires ou tertiaires indiquent une relation positive entre les méthodes de travail en équipe et la performance organisationnelle (De Geyndt, 1995 ; Lin & Tavrow, 2000). La recherche portant sur les pratiques de gestion dans les districts des pays en développement indique également que le travail en équipe contribue à augmenter la satisfaction professionnelle (Diaz-Monsalve, 2003), mais il n'a pas été possible d'évaluer les méthodes utilisées pour arriver à cette conclusion.

En ce qui concerne la vision, les normes élevées et la clarté des attentes on a constaté, dans les unités de soins intensifs des hôpitaux des États-Unis, que le leadership qui établit des normes élevées, explique clairement ce qui est attendu, promeut l'initiative et les suggestions et fournit les ressources d'appui nécessaires est plus efficace et présente des taux moindres de renouvellement que d'autres styles de leadership (Shortell et al., 1994). On estime, en général, que la cohérence du leadership et des stratégies administratives obtient de meilleurs résultats que les stratégies incohérentes, même si la question est moins bien documentée dans les pays en développement (Lerberghe et al., 2000 ; Scott et al., 2003 b).

Tableau 16. Gestion des ressources humaines pour la santé (RHS) : indicateurs secondaires

Dimension	Indicateur	Indices de référence	Référence	Commentaires	
				Indicateur/Indices de référence	Source
• Appréciation de la performance	% du personnel capable d'identifier les directives concernant l'appréciation de la performance (ou sachant où les consulter)	100%	<i>Indices de référence</i> • 100% idéal	Connaissance et pratique des directives pour l'appréciation de la performance	Évalué dans l'idéal au moyen d'études quantitatives ; peut aussi être évalué au moyen d'entretiens avec des informateurs clés
• Appréciation de la performance	% fiches d'appréciation de performance attestées ou remplies par agent de santé	100%	<i>Indicateur :</i> • Hornby & Forte (2000) <i>Indice de référence :</i> • Critère : • 100% idéal	Bien suivre les directives pour l'appréciation de la performance est important pour le bon fonctionnement du système	Évalué dans l'idéal au moyen d'études quantitatives ; peut aussi être évalué au moyen d'entretiens avec des informateurs clés ou d'études non probabilistes

Dimension	Indicateur	Indices de référence	Référence	Commentaires	
				Indicateur/Indices de référence	Source
• Cheminement professionnel	% des effectifs connaissant les perspectives de carrière pour leur emploi (ou bien sachant où trouver la documentation pertinente)	100%	<i>Indices de référence</i> • 100% idéal	La connaissance des perspectives de carrière est importante pour le bon fonctionnement du système de classification des postes	Évalué dans l'idéal au moyen d'études quantitatives ; peut aussi être évalué au moyen d'entretiens avec des informateurs clés ou d'études non probabilistes
• Registre du personnel	Nombre de mécanismes en place pour que les documents relatifs à la paie sont exacts, rationnels et à jour (employés recevant un taux de salaire juste, inscription des employés transférés, licenciés ou retraités)	Aucun	<i>Indicateur :</i> • Banque mondiale(2003) (adapté) <i>Indice de référence</i> • Aucun		Évalué dans l'idéal au moyen d'études quantitatives ; peut aussi être évalué au moyen d'entretiens avec des informateurs clés ou d'études non probabilistes
• Conditions de travail	% différence entre stock disponible et stock inscrit dans l'inventaire	0%	<i>Indicateur :</i> • DELIVER/ John Snow (2002) (adapté) <i>Indice de référence</i> • 0% idéal	Indicateur des capacités gestionnaires au niveau du système qui influent sur la performance des établissements	Peut être évalué au moyen d'une analyse des documents (p. ex., étude de gestion pharmaceutique) ou d'entretiens avec des informateurs clés
• Conditions de travail	% des établissements disposant de lieux de stockage convenables (rayonnage adéquat, réfrigération, électricité)	100%	<i>Indicateur :</i> • DELIVER/ John Snow (2002) (adapté) <i>Indices de référence</i> • 100% idéal	Indicateur des capacités gestionnaires au niveau du système qui influent sur la performance des établissements	Peut être évalué au moyen d'une analyse des documents (p. ex., étude de gestion pharmaceutique) ou d'entretiens avec des informateurs clés
• Rotation du personnel	Temps moyen en poste (par classe d'emploi)	Aucun disponible actuellement			Peut être évalué au moyen de bases de données nationales et des documents du Ministère de la santé ou par un groupe d'experts ou d'autres méthodes d'estimation
• Travail en équipe et prise de décision participative	% du personnel qui assiste aux réunions du personnel	100%	<i>Indice de référence</i> • 100% idéal	La participation du personnel technique et non technique aux réunions du personnel est importante pour une gestion efficace des personnels de santé au niveau des établissements	Évalué dans l'idéal au moyen d'enquêtes ; peut aussi être évalué au moyen d'une analyse des documents (p. ex., rapports trimestriels) ou d'entretiens avec des informateurs clés

RÉFÉRENCES

- Accreditation Council for Graduate Medical Education (2004). *Outcomes project*. (<http://www.acgme.org/Outcome/>, consulté le 21 novembre 2005).
- Adams O, Hicks V (2000). *Pay and non-pay incentives, performance and motivation*. Document préparé pour l'atelier de l'OMS sur une stratégie mondiale concernant les ressources humaines pour la santé, Annecy, France, Organisation mondiale de la santé.
- Alkire S, Chen L (2004). « Medical exceptionalism » in international migration : should doctors and nurses be treated differently? Boston, Harvard University Asia Center.
- Anand S, Baernighausen T (2004). Human resources and health outcomes : cross-country econometric study. *Lancet*, 364 : 1603-09.
- Anand S, Bärnighausen T (2007). Health workers and vaccination coverage in developing countries : an econometric analysis. *Lancet* ; 369 : 1277-85
- Azubuike MC, Ehiri JE (1999). Health information systems in developing countries : benefits, problems, and prospects. *Journal of the Royal Society of Health*, 119 : 180-184.
- Bachmann MO, Makan B (1997). Salary inequality and primary care integration in South Africa. *Social Science and Medicine*, 45 : 723-729.
- Banque mondiale (1993). *Investing in health*. New York, Oxford University Press.
- Banque mondiale (1994a). Adjustment in Africa : reforms, results, and the road ahead (Résumé : Ajustement en Afrique : réformes, résultats et chemin à parcourir). New York : Oxford University Press.
- Banque mondiale (1994b). Pour une meilleure santé en Afrique : les leçons de l'expérience. Washington, DC, Banque mondiale.
- Banque mondiale (2003). *Assessment tool for human resources management records and information systems*. Banque mondiale. Disponible en ligne sur <http://www1.worldbank.org/publicsector/civilservice/acrect/assessmenttool.pdf>.
- Banque mondiale (2004). *Indicateurs du développement dans le monde*. Washington DC : Banque mondiale.
- Barsky AJ et al. (1980). Evaluating the interview in primary care medicine. *Social Science and Medicine [Medical Psychology and Medical Sociology]*, 14A : 653-658.
- Barua A et al. (2003). Implementing reproductive and child health services in rural Maharashtra, India : a pragmatic approach. *Reproductive Health Matters*, 11 : 140-149.
- Barzansky B et al. (1999). Educational programs in US medical schools, 1998-1999. *Journal of the American Medical Association*, 282 : 840-846.
- Bass BM, Avolio BJ (1990). Transformational leadership development : manual for the multifactor leadership questionnaire. Palo Alto, CA, Consulting Psychologists Press.
- Begum S, Sen B (2000). *Not quite, not enough : financial allocation and the distribution of resources in the health sector*. Dhaka : Bangladesh Institute of Development Studies/Organisation mondiale de la santé.
- Berman P, Cuizon D (2004). *Multiple public-private jobholding of health care providers in developing countries*. London, UK Department for International Development, Health Systems Resource Centre : 1-40.
- Bitera R et al. (2002). Qualité de la prise en charge des maladies sexuellement transmises : enquête auprès des soignants de six pays de l'Afrique de l'Ouest. *Cahiers Santé*, 12 : 233-239.
- Bloom G et al. (2003). *How health workers earn a living in China*. Sussex, Department for International Development, University of Sussex.
- Bodur S (2002). Job satisfaction of health care staff employed at health centres in Turkey. *Occupational Medicine (Oxford, England)*, 52 : 353-355.
- Boonstra E et al. (2003). Syndromic management of sexually transmitted diseases in Botswana's primary health care : quality of care aspects. *Tropical Medicine and International Health*, 8 : 604-614.
- Bossert T (1998). Analyzing the decentralization of health systems in developing countries : decision space, innovation and performance. *Social Science and Medicine*, 47 : 1513-1527.

-
- Bossert T et al. (2004). *Human resources health systems capacity assessment, recommendations and sequencing – Ethiopia*. Boston, MA, International Health Systems Program, Harvard School of Public Health.
- Bossert TJ, Beauvais JC (2002). Decentralization of health systems in Ghana, Zambia, Uganda and the Philippines : a comparative analysis of decision space. *Health Policy and Planning*, 17 : 14–31.
- Bossert TJ et al. (2003). Décentralisation et répartition équitable des ressources : observations au Chili et en Colombie. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 81(2) : 95-100.
- Bossyns P, Van Lerberghe W (2004). The weakest link : competence and prestige as constraints to referral by isolated nurses in rural Niger. *Human Resources for Health*, 2 : 1.
- Bostrom, J, Zimmerman J (1993). Restructuring nursing for a competitive health care environment. *Nursing Economics*, 11 : 35–41, 54.
- Bradley EH et al. (2000). The role of gender in MPH graduates' salaries. *Journal of Health Administration Education*, 18 : 375–389.
- Brooks RG et al. (2002). The roles of nature and nurture in the recruitment and retention of primary care physicians in rural areas : a review of the literature. *Academic Medicine*, 77 : 790–798.
- Buchan J (2004). What difference does (« good ») HRM make? *Human Resources for Health*, 2 : 6.
- Buchan J, Dal Poz MR (2002). Dosage des compétences parmi les personnels de santé : examen des données. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 80 : 575–580.
- Buchan J et al. (2003). International nurse mobility : trends and policy implications. Geneva, World Health Organization.
- Bundred PE, Levitt C (2000). Medical migration : who are the real losers? *Lancet*, 356 : 245–246.
- Callaghan M (2003). Nursing morale : what is it like and why? *Journal of Advanced Nursing*, 42 : 82–89.
- Cangelosi JD Jr et al. (1998). Factors related to nurse retention and turnover : an updated study. *Health Marketing Quarterly*, 15 : 25–43.
- Carr-Hill RA et al. (1995). The impact of nursing grade on the quality and outcome of nursing care. *Health Economics*, 4 : 57–72.
- Casparie, AF (2000). Postoperative wound infections : a useful indicator of quality of care? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 144(10), pp. 460-2.
- Chaudhury N, Hammer J (2003). *Ghost doctors : absenteeism in Bangladeshi health facilities*. Washington, DC, Banque mondiale.
- Chomitz K (1998). What do doctors want? Developing incentives for doctors to serve in Indonesia's rural and remote areas. Washington, DC, Banque mondiale.
- Clark KE, Clark MB (1990). *Measures of leadership*. West Orange, NJ, Leadership Library of America.
- Cohen D (2002). *Human capital and the HIV epidemic in sub-Saharan Africa*. Genève, Programme du BIT sur le VIH/sida et le monde du travail.
- Colclough C (1997). Public-sector pay and adjustment : lessons from five countries. London, New York, Routledge.
- Collins CD et al. (2000). Staff transfer and management in the government health sector in Balochistan, Pakistan : problems and context. *Public Administration and Development*, 20 : 207–220.
- Consten EC et al. (1995). A prospective study on the risk of exposure to HIV during surgery in Zambia. *AIDS*, 9 : 585–588.
- Cooper RA (2003). Impact of trends in primary, secondary, and postsecondary education on applications to medical school. II : considerations of race, ethnicity, and income. *Academic Medicine*, 78 : 864–876.
- Cooper-Patrick L et al. (1999). Race, gender, and partnership in the patient-physician relationship. *Journal of the American Medical Association*, 282 : 583–589.
- Council of Graduate Schools in the United States (1977). *The doctor of philosophy degree*. Washington, DC, Council of Graduate Schools in the United States.
- Couper I (2002). *The ethics of international recruitment. Paper prepared for the ARRWAG Conference in Adelaide, Australia*. South Africa, Department of Family Medicine and Primary Health Care, Medical University of Southern Africa.
- De Geyndt W (1995). Managing the quality of health care in developing countries. Washington, DC, Banque mondiale.
- DELIVER/John Snow International (2002). Logistics indicators assessment tool. Arlington, VA, John Snow International.

- Diallo K et al. (2003). Monitoring and evaluation of human resources for health : an international perspective. *Human Resources for Health*, 1 : 3.
- Diaz-Monsalve SJ (2003). Measuring the job performance of district health managers in Latin America. *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*, 97 : 299–311.
- Diaz-Monsalve SJ (2004). The impact of health-management training programs in Latin America on job performance. *Cadernos de Saude Publica*, 20 : 1110–1120.
- Dieleman M et al. (2003). Identifying factors for job motivation of rural health workers in North Viet Nam. *Human Resources for Health*, 1 : 10.
- Dolmans D, Schmidt H (1996). The advantages of problem-based curricula. *Postgraduate Medical Journal*, 72 : 535–538.
- Dovlo D (1999). Report on issues affecting the mobility and retention of health workers in Commonwealth African States. Unpublished report to Commonwealth Secretariat, Arusha, Tanzania.
- Dreesch N et al. (2005). An approach to estimating human resource requirements to achieve the Millennium Development Goals. *Health Policy and Planning*, 20 : 267–276.
- Egger D et al. (2000). Achieving the right balance : the role of policymaking processes in managing human resources for health problems – issues in health services delivery. Genève, Organisation mondiale de la santé.
- English M et al. (2004). Assessment of inpatient paediatric care in first referral level hospitals in 13 districts in Kenya. *Lancet*, 363 : 1948–1953.
- Ensor T, Duran-Moreno A (2002). Corruption as a challenge to effective regulation in the health sector. In : Saltman R, Busse R, Mossialos E, eds. *Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*. Philadelphia, Open University Press.
- Ferlie E, Shortell S (2001). Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States : a framework for change. *Milbank Quarterly*, 79 : 281–315.
- Ferrinho P, Lerberghe WV, eds (2000). *Providing health care under adverse conditions : health personnel performance and individual coping strategies*. Antwerp, Belgium, ITG Press (Studies in Health Services Organisation and Policy).
- Ferrinho P et al. (1998). How and why public sector doctors engage in private practice in Portuguese-speaking African countries. *Health Policy and Planning*, 13 : 332–338.
- Font F et al. (2002). Paediatric referrals in rural Tanzania : the Kilombero District Study – a case series. *BMC International Health and Human Rights*, 2 : 4.
- Forcier MB et al. (2004). Impact, regulation and health policy implications of physician migration in OECD countries. *Human Resources for Health*, 2 : 12.
- Fort AL, Voltero L (2004). Factors affecting the performance of maternal health care providers in Armenia. *Human Resources for Health*, 2 : 8.
- Franco LM et al. (2002). Health sector reform and public sector health worker motivation : a conceptual framework. *Social Science and Medicine*, 54 : 1255–1266.
- Franco LM et al. (2004). Determinants and consequences of health worker motivation in hospitals in Jordan and Georgia. *Social Science and Medicine*, 58 : 343–355.
- Frank B (2005). Commentary to ‘Quality in graduate nursing education by William Holzemer’. *Nursing Education Perspectives*, 26 : 238–243.
- Ghana Ministry of Health (2000). *Consolidating the gains, managing the challenges : 1999 health sector review*. Accra, Ghana, Ministry of Health.
- Gladwin J et al. (2002). Rejection of an innovation : health information management training materials in east Africa. *Health Policy and Planning*, 17 : 354–361.
- Goni S (1999). An analysis of the effectiveness of Spanish primary health care teams. *Health Policy*, 48 : 107–117.
- Gould-Williams J (2004). The effects of ‘high commitment’ HRM practices on employee attitude : the views of public sector workers. *Public Administration*, 82 : 63–81.
- Gray AM et al. (1996). The costs of nursing turnover : evidence from the British National Health Service. *Health Policy*, 38 : 117–128.

-
- Green A, Collins C (2003). Health systems in developing countries : public sector managers and the management of contradictions and change. *The International Journal of Health Planning and Management*, 18(Suppl. 1) : S67–S78.
- Greenfield S et al. (1985). Expanding patient involvement in care : effects on patient outcomes. *Annals of Internal Medicine*, 102 : 520–528.
- Gruen R et al. (2002). Dual job holding practitioners in Bangladesh : an exploration. *Social Science and Medicine*, 54 : 267–279.
- Gupta N et al. (2003). Uses of population census data for monitoring geographical imbalance in the health workforce : snapshots from three developing countries. *International Journal for Equity in Health*, 2 : 11.
- Hall JA et al. (1988). Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Medical Care*, 26 : 657–675.
- Hall T (2001). HRH data : guidelines and data requirements for a human resources for health information system. Genève, Organisation mondiale de la santé.
- Hanson CM et al. (1990). Factors related to job satisfaction and autonomy as correlates of potential job retention for rural nurses. *Journal of Rural Health*, 6 : 302–316.
- Harris J (1978). Critical characteristics of an accreditable institution, basic purposes of accreditation, and nontraditional forms of most concern. Washington, DC, Council on Postsecondary Accreditation Project to Develop Evaluative Criteria and Procedures for the Accreditation of Nontraditional Education (Research Reports No. 2.6I-IO5).
- Hartley HJ, Kramer JA (1991). Time management and leadership styles : an empirical study of long-term health care administrators. *Journal of Health Administration Education*, 9 : 307–322.
- Helfenbein S et al. (1987). *Technologies for management information systems in primary health care*. Geneva, World Federation of Public Health Agencies.
- Henderson Betkus M, MacLeod ML (2004). Retaining public health nurses in rural British Columbia : the influence of job and community satisfaction. *Canadian Journal of Public Health*, 95 : 54–58.
- Hersey P et al. (2001). *Management of organizational behavior : leading human resources*. Upper Saddle River, NJ, Prentice Hall.
- Hesterly SC, Robinson M (1990). Alternative caregivers : cost-effective utilization of R.N.s. *Nursing Administration Quarterly*, 14 : 18–23.
- Hornby P, Forte P (2000). *Human resource indicators to monitor health service performance*. Genève, Organisation mondiale de la santé.
- Huber DL et al. (2000). Evaluating nursing administration instruments. *Journal of Nursing Administration*, 30 : 251–272.
- Huber M, Orosz E (2003). Health expenditure trends in OECD countries, 1990-2001. *Health Care Financing Review*, 25 : 1–22.
- Huddart J, Picazo O (2003). *The health sector human resource crisis in Africa : an issues paper*. Washington, DC, SARA Project, Academy for Educational Development, USAID.
- Humphreys J et al. (2001). A critical review of rural medical workforce retention in Australia. *Australian Health Review*, 24 : 91–102.
- Jackson J et al. (2003). A comparative assessment of West Virginia's financial incentive programs for rural physicians. *Journal of Rural Health*, 19 (Suppl.) : 329–339.
- Johns GH et al. (2001). Career retention in the dental hygiene workforce in Texas. *Journal of Dental Hygiene*, 75 : 135–148.
- Joint Learning Initiative (2004). *Human resources for health*. Boston, MA, Harvard University Press.
- Juhl N et al. (1993). Job satisfaction of rural public and home health nurses. *Public Health Nursing*, 10 : 42–47.
- Junious DL et al. (2004). A study of school nurse job satisfaction. *Journal of School Nursing*, 20 : 88–93.
- Kaplan SH et al. (1989). Assessing the effects of physician–patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Medical Care*, 27(Suppl.) : S110–S127.
- Kaplan SH et al. (1995). Patient and visit characteristics related to physicians' participatory decision-making style. Results from the Medical Outcomes Study. *Medical Care*, 33 : 1176–1187.
- Kaufman A et al. (1989). The New Mexico experiment : educational innovation and institutional change. *Academic Medicine*, 64 : 285–294.

- Kenya Ministry of Health and Partnerships for Health Reform (1999). Kenya National Health Accounts 1994. Bethesda, MD, Partnerships for Health Reform, Abt Associates Inc.
- Kersten J et al. (1991). Motivating factors in a student's choice of nursing as a career. *Journal of Nursing Education*, 30 : 30–33.
- Kinnersley P et al. (2000). Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting “same day” consultations in primary care. *British Medical Journal*, 320 : 1043–1048.
- Klitgaard R (2000). Subverting corruption. *Finance and Development*, 37(2) : 2-5.
- Koh H Goh C (1995). An analysis of the factors affecting the turnover intention of non-managerial clerical staff : a Singapore study. *International Journal of Human Resources Management*, 6 : 103–125.
- Kolehmainen-Aitken R-L (1992). The impact of decentralization on health workforce development in Papua New Guinea. *Public Administration and Development*, 12 : 175–191.
- Kolehmainen-Aitken RL (2004). Decentralization's impact on the health workforce : perspectives of managers, workers and national leaders. *Human Resources for Health*, 2 : 5.
- Kruseman A et al. (1997). Problem-based learning at Maastricht : an assessment of cost and outcome. *Education for Health*, 10 : 179–187.
- Larsen PD et al. (2003). Factors influencing career decisions : perspectives of nursing students in three types of programs. *Journal of Nursing Education*, 42 : 168–173.
- Lawrence J, Greene K (1980). *A question of quality : the higher education ratings game*. Washington DC : AAHE-ERIC (Higher Education Research Report No. 5).
- Lee SH et al. (1991). Job and life satisfaction among rural public health nurses in Taiwan. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 5 : 331–338.
- Lerberghe WV et al. (2000). Performance, working conditions and coping strategies : an introduction. In : Ferrinho P, Lerberghe WV eds. *Providing health care under adverse conditions : health personnel performance and individual coping strategies*. Antwerp, Belgium, ITG Press.
- Lin Y, Tavrow P (2000). Assessing health worker performance of IMCI in Kenya. Quality assurance project case study. Bethesda, MD, Quality Assurance Project.
- Lippeveld T et al. (2000). *Design and implementation of health information systems*. Genève, Organisation mondiale de la santé.
- Mackereth P (1989). An investigation of the developmental influences on nurses' motivation for their continuing education. *Journal of Advanced Nursing*, 14 : 776–787.
- Majoor G (2004). *Recent innovations in education of human resources for health*. Joint Learning Initiative (JLI) Working paper 2-3, version préliminaire.
- Malawi Ministry of Health and Population, and Department of Planning (2001). *Malawi National Health Accounts (NHA) : a broader perspective of the Malawian health sector*. Lilongwe, Malawi : Ministry of Health and Population.
- Marchal B Kegels G (2003). Health workforce imbalances in times of globalization : brain drain or professional mobility? *International Journal of Health Planning and Management*, 18(Suppl. 1) : S89–S101.
- Martineau T, Martinez J (1997). Human resources in the health sector : guidelines for appraisal and strategic development. Brussels, European Commission.
- Martinez J, Martineau T (1998). Rethinking human resources : an agenda for the millennium. *Health Policy and Planning*, 13 : 345–358.
- Meterko M et al. (2004). Teamwork culture and patient satisfaction in hospitals. *Medical Care*, 42 : 492–498.
- MSH (1998). Human resource development (HRD) assessment instrument for non-governmental organizations (NGOs) and public sector health organizations. Cambridge, MA : Management Sciences for Health.
- Munro BH (1983). Job satisfaction among recent graduates of schools of nursing. *Nursing Research*, 32 : 350–355.
- Murillo MV (undated). Latin American unions and the reform of social service delivery systems : institutional constraints and policy change. Washington, DC, Banque interaméricaine de développement.
- Mutziwa-Mangiza D (1998). The impact of health sector reform on public sector health worker motivation in Zimbabwe. Bethesda, MD, Abt Associates, Partnerships for Health Reform.

-
- Nandakumar AK et al. (2004). Synthesis of findings from NHA studies in twenty-six countries. Bethesda, MD, Abt Associates.
- Ndumbe PM (2003). *The training of human resources for health in Africa*. Joint Learning Initiative on Human Resources for Health, Rockefeller Foundation, Africa Working Group. Disponible en ligne sur <http://www.globalhealthtrust.org/doc/abstracts/WG4/NdumbeHRHFINAL.pdf>.
- Newbrander W, Thomason J (1988). Computerising a national health system in Papua New Guinea. *Health Policy and Planning*, 3 : 255–259.
- Nordberg E et al. (1996). Exploring the interface between first and second level of care : referrals in rural Africa. *Tropical Medicine and international Health*, 1 : 107–111.
- Ohara K et al. (1998). Study of a patient referral system in the Republic of Honduras. *Health Policy and Planning*, 13 : 433–445.
- OIT (1998). Terms of employment and working conditions in health sector reforms. Genève, Bureau international du travail.
- OMS (2000). Rapport sur la santé dans le monde 2000 – pour un système de santé plus performant. Genève, Organisation mondiale de la santé.
- OMS (2001). WHO guidelines for quality assurance of basic medical education in the Western Pacific Region. Manille, Philippines.
- OMS (2002). Human resources and national health systems : final report. Genève, Organisation mondiale de la santé.
- OMS (2003a). Rapport sur la santé dans le monde 2003 – façonner l’avenir. Genève, Organisation mondiale de la santé.
- OMS (2003b). Migration of health professionals in six countries : a synthesis report. Brazzaville, Bureau régional de l’OMS pour l’Afrique.
- OMS (2004). WHO estimates of health personnel : physicians, nurses, midwives, dentists, pharmacists. Genève, Organisation mondiale de la santé.
- OMS (2006). Rapport sur la santé dans le monde 2006 – travailler ensemble pour la santé. Genève, Organisation mondiale de la santé.
- OMS et UNICEF (1978). *Déclaration d’Alma-Ata*. Alma Ata. URSS, Organisation mondiale de la santé : 79.
- OPS (2001). *Report on the Technical Meeting on Managed Migration of Skilled Nursing Personnel*. Bridgetown, Barbados, Organisation panaméricaine de la santé, Bureau des Caraïbes.
- Padarath A et al. (2003). *Health personnel in Southern Africa : confronting maldistribution and brain drain*. Regional Network for Equity in Health in Southern Africa (EQUINET), Health Systems Trust (South Africa), MEDACT (United Kingdom). Disponible en ligne sur <http://www.equinet africa.org/policy.html>.
- Parker C Rickman B (1995). Economic determinants of the labor force withdrawal of registered nurses. *Journal of Economics and Finance*, 19 : 17–26.
- Pong RW et al. (1995). *Health human resources in community-based health care : a review of the literature*. Santé Canada, Health Promotion and Programs Branch. Disponible en ligne sur http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/care-soins/1995-build-plan-commun/build-plan-commun1/index_e.html.
- Pugno PA, McPherson DS (2002). The role of international medical graduates in family practice residencies. *Family Medicine*, 34 : 468–469.
- Raja S et al. (2000). Uganda logistics systems for public health commodities : an assessment report. Washington, DC, USAID.
- Razali SM (1996). Medical school entrance and career plans of Malaysian medical students. *Medical Education*, 30 : 418–423.
- Reich MR (1996). Applied political analysis for health reform. *Current Issues in Public Health*, 2 : 186–191.
- Roberts MJ (2004). Getting health reform right : a guide to improving performance and equity. New York, Oxford University Press.
- Roenen C et al. (1997). How African doctors make ends meet : an exploration. *Tropical Medicine and international Health*, 2 : 127–135.
- Rondeau KV Wagar TH (2001). Impact of human resource management practices on nursing home performance. *Health Services Management Research*, 14 : 192–202.
- Rose-Ackerman S (1997). The political economy of corruption. In : Elliot K ed. *Corruption and the global economy*. Washington, DC, Institute for International Economics.

- Roter D et al. (1991). Sex differences in patients' and physicians' communication during primary care medical visits. *Medical Care*, 29 : 1083–1093.
- Ruck NF et al. (1999). Assessing management training needs : a study in the Punjab health services, Pakistan. *Journal of Health and Population in developing Countries*, 2 : 78–87.
- Saltman RB, Von Otter C (1995). Implementing planned markets in health care : balancing social and economic responsibility. Buckingham, Open University Press.
- Sandiford P et al. (1992). What can information systems do for primary health care ? An international perspective. *Social Science and Medicine*, 34 : 1077–1087.
- Sararaks S, Jamaluddin R (1999). Demotivating factors among government doctors in Negeri Sembilan. *Medical Journal of Malaysia*, 54 : 310–319.
- Schlette S (1998). Public service reforms and their impact on health sector personnel in Colombia. Genève, Organisation mondiale de la santé.
- Scott T et al. (2003a). The quantitative measurement of organizational culture in health care : a review of the available instruments. *Health Services Research*, 38 : 923–945.
- Scott T et al. (2003b). Does organisational culture influence health care performance? A review of the evidence. *Journal of Health Services Research and Policy*, 8 : 105–117.
- Shah MA et al. (2001). Determinants of job satisfaction among selected care providers in Kuwait. *Journal of Allied Health*, 30 : 68–74.
- Shortell SM et al. (1991). Organizational assessment in intensive care units (ICUs) : construct development, reliability, and validity of the ICU nurse-physician questionnaire. *Medical Care*, 29 : 709–726.
- Shortell SM et al. (1994). The performance of intensive care units : does good management make a difference? *Medical Care*, 32 : 508–525.
- Shum C et al. (2000). Nurse management of patients with minor illnesses in general practice : multicentre, randomised controlled trial. *British medical Journal*, 320 : 1038–1043.
- Siddiqi S et al. (2001). The effectiveness of patient referral in Pakistan. *Health Policy and Planning*, 16 : 193–198.
- Simoes EA et al. (2003). Management of severely ill children at first-level health facilities in sub-Saharan Africa when referral is difficult. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 81 : 522–531.
- Siziya S Woelk G (1995). Predictive factors for medical students and housemen to work in rural health institutions in Zimbabwe. *Central African Journal of Medicine*, 41 : 252–254.
- Stevens KA Walker EA (1993). Choosing a career : why not nursing for more high school seniors? *Journal of Nursing Education*, 32 : 13–37.
- Stilwell B et al. (2003). Developing evidence-based ethical policies on the migration of health workers : conceptual and practical challenges. *Human Resources for Health*, 1 : 8.
- Stordeur S et al. (2001). Leadership, organizational stress, and emotional exhaustion among hospital nursing staff. *Journal of Advanced Nursing*, 35 : 533–542.
- Tawfik L, Kinoti SN (2003). *The impact of HIV/AIDS on the health workforce in sub-Saharan Africa*. Washington, DC, Support for Analysis and Research in Africa Project (SARA), USAID.
- Tawfik, L., Kinoti, S. (2006) The impact of HIV/AIDS on the health workforce in developing countries. Document de travail préparé pour le Rapport sur la santé dans le monde 2006 – Travailler ensemble pour la santé. http://www.who.int/hrh/documents/Impact_of_HIV.pdf
- Tri DL (1991). The relationship between primary health care practitioners' job satisfaction and characteristics of their practice settings. *Nurse Practitioner*, 16 : 46, 49–52, 55.
- Troutt WE (1979). Regional accreditation, evaluation criteria, and quality assurance. *Journal of Higher Education*, 50 : 199–210.
- Tzeng HM (2002). The influence of nurses' working motivation and job satisfaction on intention to quit : an empirical investigation in Taiwan. *International Journal of Nursing Studies*, 39 : 867–878.
- Van Lerberghe W et al. (2002a). Human resources impact assessment. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 80 : 525.

-
- Van Lerberghe W et al. (2002b). When staff is underpaid : dealing with the individual coping strategies of health personnel. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 80 : 581–584.
- Vandenberghe C (1999). Organizational culture, person–culture fit, and turnover : a replication in the health care industry. *Journal of Organizational Behavior*, 20 : 175–184.
- Venning P et al. (2000). Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. *British Medical Journal*, 320 : 1048–1053.
- Verbrugge LM Steiner RP (1981). Physician treatment of men and women patients : sex bias or appropriate care? *Medical Care*, 19 : 609–632.
- Villeneuve MJ (1994). Recruiting and retaining men in nursing : a review of the literature. *Journal of Professional Nursing*, 10 : 217–228.
- Vujicic M et al. (2004). The role of wages in the migration of health care professionals from developing countries. *Human Resources for Health*, 2 : 3.
- Wahba J (2003). *Health labor markets : incentives or institutions?* UK : University of Southampton. Working Group 7, Joint Learning Initiative on Human Resources for Health and Development. Global Health Trust, Harvard University.
- Waldman JD et al. (2004). The shocking cost of turnover in health care. *Health Care Management Review*, 29 : 2–7.
- Wibulpolprasert S, Pengpaibon P (2003). Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand : four decades of experience. *Human Resources for Health*, 1 : 12.
- WFME (2003). *Basic medical education : WFME global standards for quality improvement*. Copenhagen, Fédération mondiale pour l'enseignement de la médecine.
- Yaktin US et al. (2003). Personal characteristics and job satisfaction among nurses in Lebanon. *Journal of Nursing Administration*, 33 : 384–390.
- Yaping D, Stanton P (2002). Evaluation of the health services management training course of Jiangsu, China. *Australian Health Review*, 25 : 161–170.
- Zhou J Zhang X (1994). The causes and solutions of red envelopes in hospitals. *Chinese Journal of Hospital Administration*, 10 : 353–355.
- Zimmerman JE et al. (1993). Improving intensive care : observations based on organizational case studies in nine intensive care units : a prospective, multicenter study. *Critical Care Medicine*, 21(10) :1443–1451.
- Zurn P et al. (2002). *Imbalances in the health workforce : briefing paper*. Genève, Organisation mondiale de la santé : 1–51.

L'importance des personnels de santé pour la performance des systèmes de santé, la qualité des soins et la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement est largement reconnue. Le présent document donne des orientations sur l'évaluation de la situation et le développement de stratégies en matière de personnels de santé. Il contient une méthode d'évaluation des systèmes financier, éducationnel et administratif et du contexte politique qui constituent des éléments essentiels pour la planification stratégique et l'élaboration des orientations concernant les personnels de santé. Cet outil est un auxiliaire de diagnostic global reposant sur des bases factuelles, qui vise à éclairer l'élaboration des politiques eu égard aux ressources humaines pour la santé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. La méthode utilisée se fonde sur les outils existants – tout en tenant compte des circonstances nouvelles et des nouveaux défis du XXI^e siècle – et fait la synthèse d'une expérience considérable en matière de politique, stratégie et planification des ressources humaines pour la santé.

ISBN 978 92 4 254731 3



9 789242 547313