



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



47^e CONSEIL DIRECTEUR **58^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL**

Washington, D.C., ÉUA, 25-29 septembre 2006

Point 4.13 de l'ordre du jour provisoire

CD47/19 (Fr.)

23 août 2006

ORIGINAL : ESPAGNOL

RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ – ENJEUX CRITIQUES POUR LA RÉGION DES AMÉRIQUES : TABLES RONDES

Une synthèse des actions et propositions pour un plan d'action sur les ressources humaines en santé pour la Région des Amériques est soumise au Conseil directeur. Le présent document résume les actions prises à ce jour au niveau des pays et au niveau des organes directeurs, fait un tour d'horizon de la situation, présente les tendances qui prédominent dans la Région et, finalement, présente une vision des propositions et accords techniques de travail qui sont en train d'être élaborés.

Ce plan d'action reconnaît qu'il est nécessaire d'apporter des changements à la quantité, la qualité et la distribution du personnel de santé pour atteindre les buts des pays en matière de santé. Il est notamment nécessaire de :

- a) définir et mettre en œuvre des politiques à long terme concernant les ressources humaines, qui reposent sur des informations fiables et qui s'appuient sur les politiques générales de la santé.
- b) distribuer les personnes appropriées aux endroits appropriés, en essayant de corriger les inégalités dans la répartition du personnel de santé disponible.
- c) contrôler les migrations internes et externes des professionnels de la santé afin qu'il ne se produise pas de pénuries qui affectent les populations les plus défavorisées.
- d) obtenir l'engagement des travailleurs de la santé à l'égard de la mission qui est de rendre des services de qualité à toute la population.
- e) travailler conjointement avec les universités, les établissements scolaires et les services de santé afin que la formation des nouveaux professionnels et techniciens corresponde aux besoins de santé de la population.

A cette fin, il est reconnu qu'un effort planifié et soutenu s'impose, qui nécessitera non seulement un effort interne dans chaque pays, mais aussi la collaboration entre les pays pour faire part de leurs expériences et connaissances. Le présent document résume cette proposition dans l'Appel à l'action de Toronto qui propose des axes d'action pour la collaboration aux plans national, sous-régional et panaméricain.

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Introduction.....	3
Tendances du personnel de la santé dans les Amériques.....	3
Exemples des taux de mortalité et de la couverture des soins obstétricaux dans les groupes de pays suivant les ressources disponibles en personnel de santé.....	3
Le chemin parcouru	5
Résolutions du Conseil directeur	5
Actions régionales : défis et consensus pour la mise en œuvre d'actions	6
Un appel à l'action.....	8
Axes d'action moyennant un effort de collaboration collectif dans la Région des Amériques.....	9

Introduction

Tendances du personnel de la santé dans les Amériques

1. A l'heure actuelle, la Région compte 1.872.000 médecins et 3.580.000 infirmiers, ce qui correspond à des taux moyens de 22 et 42 professionnels pour 10.000 habitants, taux qui, pendant la dernière période (2000-2004) ont augmenté à un rythme annuel de 0,15 dans le cas des médecins et de 0,20 dans le cas des infirmiers.

2. Un nombre important de pays de la Région ne dispose pas du personnel nécessaire pour un minimum de couverture (25 professionnels pour 10.000 habitants¹). En revanche, un autre groupe de pays dispose d'un personnel cinq fois supérieur. La densité moyenne des ressources humaines pour la population des groupes de pays à faible, moyenne et grande disponibilité est 18,4, 27,7 et 122,6 (professionnels pour 10.000 habitants) respectivement.²

3. La répartition des pays suivant le taux de personnel de santé permet d'évaluer la réduction des taux de mortalité à mesure que les ressources disponibles augmentent. Dans les pays à faible densité de personnel de santé, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans est de 43 pour 1.000, la mortalité maternelle est de 148 pour 100.000 et le taux des soins obstétricaux par un personnel qualifié est de 74 pour cent seulement.

Exemples des taux de mortalité et de la couverture des soins obstétricaux dans les groupes de pays suivant les ressources disponibles en personnel de santé

Ressources humaines pour 10.000 habitants	Taux de mortalité maternelle	Taux de mortalité infantile	Taux de mortalité des moins de 5 ans	Soins obstétricaux (personnel qualifié)
< 25	148	31	43	74 %
25 a 50	65	22	25	95 %
> 50	9	7	8	99 %

Source: Indicateurs de base, OPS/OMS

4. Les pays à faible densité de personnel de santé devront former, engager et conserver un effectif supplémentaire de 124.000 médecins et infirmiers par rapport aux effectifs actuels. Malgré l'augmentation importante des effectifs en personnel (au cours

¹ L'OMS et la *Joint Learning Initiative* ont proposé d'utiliser une mesure appelée "Densité des ressources humaines en santé", conforme à la somme des deux indicateurs disponibles pour tous les pays : médecins et infirmiers pour 10.000 habitants. La mesure de densité calculée d'après cette méthode est imparfaite puisqu'elle ne prend pas en compte les autres travailleurs de la santé ; mais c'est la seule mesure viable pour effectuer des comparaisons globales.

² Pour procéder à l'analyse des ressources disponibles en personnel de santé, les pays ont été regroupés en fonction de la Densité des ressources humaines, ce qui donne ainsi trois catégories : 1) les pays avec un taux supérieur à 50 pour 10.000 ; 2) ceux avec un taux se situant entre 25 et 50, et 3) ceux dont le taux est inférieur à 25, en conformité avec les taux établis dans le Rapport sur la santé dans le monde (2006).

de cette période, la Bolivie a relevé son taux de personnel de 120 pour cent, le Nicaragua de 88 pour cent, le Paraguay de 44 pour cent, le Costa Rica de 25 pour cent et la Colombie de 24 pour cent), certains pays ne pourront pas disposer du taux idéal de 25 pour 10.000 en 2015, étant donné que le rythme de croissance actuel (dans certains cas négatif) fait qu'il est improbable que certains pays atteindront ces niveaux minimums dans les 10 prochaines années. Les pays qui pâtissent des plus grandes pénuries de personnel de santé éprouvent de grandes difficultés, non seulement pour ce qui est de la formation, mais aussi pour ce qui est de la création et du financement de postes de travail qui puissent attirer et conserver les professionnels dans les endroits qui en ont le plus besoin.

5. Dans certains pays, la pénurie des travailleurs de santé est aggravée par la tendance des professionnels à s'établir en milieu urbain, ce qui détermine ainsi une mauvaise distribution des ressources humaines et une réduction de l'accès des populations rurales aux services de santé. Seuls neuf des 28 pays de la Région expriment leur satisfaction sur les informations disponibles à l'égard de la distribution du personnel en santé par rapport à la population. Il existe des différences marquées dans la répartition urbaine/rurale des ressources humaines en santé. En général, l'effectif de médecins en milieu urbain est de 1,5 à 4 fois supérieur au taux général de ces pays et de 8 à 10 fois supérieur au taux en milieu rural.

Migration du personnel de santé

6. La migration des ressources humaines du secteur de la santé est un phénomène d'une grande complexité, que l'on remarque de plus en plus avec la poursuite de l'exode du personnel de santé au niveau national et entre les pays.

7. Entre 25 pour cent et 28 pour cent des médecins qui exercent aux Etats-Unis d'Amérique, au Royaume-Uni, au Canada et en Australie sont diplômés de ces pays et entre 40 et 75 pour cent de ces médecins proviennent de pays à revenu faible.³ Pour ce qui est des Amériques, dans les quatre pays faisant l'objet de l'étude, on compte 1.589 médecins jamaïcains (dont 70 pour cent exercent dans leur pays d'origine) ; 1.067 médecins haïtiens (dont 55 pour cent exercent dans leur propre pays) ; 3.262 médecins de la République dominicaine (dont 21 pour cent exercent dans leur propre pays) et des chiffres variables pour les médecins péruviens, boliviens, guatémaltèques, panaméens, costaricains et colombiens, qui représentent entre 4 et 5 pour cent des médecins qui demeurent dans leur pays d'origine.

8. Dans l'intérieur de la Région, il convient de dégager le rôle des Etats-Unis en tant que marché du travail actif dans le domaine de la santé. Dans l'enquête mentionnée plus haut, il est indiqué que le Canada et le Mexique sont les pays à forte émigration du personnel de santé, facteur qui est en rapport avec la proximité des Etats-Unis qui

³ *The Metrics of the Physician Brain Drain*, Fitzhugh Mullan, M.D. New England Journal of Medicine, octobre 2005, volume 353 :1810-1818.

connaissent à l'heure actuelle une pénurie de 170.000 infirmiers, nombre qui atteindra les 260.000 d'après les prévisions pour 2010. Ce déficit correspond à 90 pour cent de l'effectif total d'infirmiers pour l'Amérique latine et les Caraïbes. Dans le cas des médecins, aux Etats-Unis, environ 17.000 nouveaux médecins finissent leurs études chaque année, alors que la demande annuelle d'internes dépasse ce chiffre de 30 pour cent. Ces places vacantes sont remplies par des médecins provenant de l'extérieur (approximativement 6.000 par an), dont un grand nombre finissent par obtenir leur résidence permanente dans ce pays.⁴

Le chemin parcouru

9. Pour atteindre les buts des principaux accords internationaux, comme les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) et les diverses initiatives mondiales, ainsi que les objectifs et les politiques de santé nationales qui permettent l'accès universel aux services de santé de qualité, il faut que les gouvernements de la Région abordent la question des ressources humaines en santé et que des mécanismes appropriés soient instaurés pour la formulation de politiques et de plans nationaux efficaces qui prévoient la formation et l'utilisation des ressources humaines. De même, dans le contexte des processus d'intégration régionale et de la mobilité élevée, tant des prestataires de services que des populations, il est indispensable de consolider les échanges entre les Etats Membres sur les thèmes d'intérêt commun.

10. En 1999, a été mis en place l'Observatoire des ressources humaines en santé, importante initiative de l'Organisation destinée à sensibiliser davantage les pays à la nécessité d'intégrer les ressources humaines au thème des politiques de santé et à appuyer la formulation participative des politiques en ressources humaines. Pour atteindre ses objectifs, l'initiative encourage la création de réseaux et la collaboration active entre les parties institutionnelles directement concernées, au niveau national, pour traiter et analyser les données, surveiller les tendances, prioriser les problèmes et dégager un consensus dans le cadre des interventions en matière de politiques. Les activités de coopération technique de l'OPS visent à créer un patrimoine de données de base qui permettent d'analyser les tendances et d'effectuer des comparaisons entre les pays, ainsi qu'à faciliter les échanges entre les groupes nationaux de l'Observatoire.

Résolutions du Conseil directeur

11. Devant cette situation, le 45^e Conseil directeur, qui s'est tenue en 2004, a décidé par la Résolution CD45.R9 de :

1. Demander aux Etats Membres :

⁴ *Fatal Flows – Doctors on the Move*, Lincoln C. Chen, M.D., et Jo Ivey Boufford, M.D. New England Journal of Medicine, octobre 2005, volume 353:1810-1818.

- a) d'aborder les problèmes persistants et nouveaux se rapportant à la disponibilité, la composition, la répartition et la performance des ressources humaines en santé, qui posent des obstacles de taille à la réalisation de l'objectif de l'accès universel à des services de santé de qualité et à l'équité sur le plan de la santé ;
- b) de faire preuve de leadership efficace dans l'élaboration d'un plan national de développement des ressources humaines et de rechercher la participation active des parties pertinentes directement intéressées à toutes les étapes du processus de formulation des politiques ;
- c) d'investir dans le développement des ressources humaines pour étayer la stratégie des soins de santé primaires et de prestation des services essentiels de santé publique à titre d'appui déterminant à la réalisation des objectifs de la Déclaration du Millénaire émise par les Nations Unies ;
- d) de renforcer leur participation à l'Observatoire des ressources humaines en santé en tant que stratégie appropriée pour la définition des priorités et la formulation de politiques durables.

2. Demander à la Directrice :

- a) d'intensifier la coopération technique apportée aux pays pour la formulation et la mise en œuvre de politiques et plans efficaces en matière de ressources humaines ;
- b) d'élargir la portée de l'Initiative de l'Observatoire des ressources humaines en santé pour relever les nouveaux défis se présentant au niveau du développement des ressources humaines ;
- c) de contribuer à l'élaboration d'une stratégie régionale pour traiter les problèmes prioritaires découlant du mouvement des ressources humaines entre les pays ;
- d) d'évaluer l'Initiative pendant l'exercice biennal 2006-2007 pour définir les futurs profils de la coopération technique de l'OPS dans ce domaine.

Actions régionales : défis et consensus pour la mise en œuvre d'actions

12. Depuis 2004, diverses activités et institutions se sont mobilisées autour de ce thème et il convient notamment de signaler :

- La décision de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) de dédier la Journée mondiale de la Santé de 2006 et le Rapport sur la santé dans le monde au thème des travailleurs de la santé ;

- La Consultation régionale, qui sera examinée plus bas, qui a été conduite dans divers pays de la Région des Amériques par l'OPS/OMS pendant la période de juin et juillet 2005 ;
- Les Réunions sous-régionales sur la gestion des ressources humaines en santé organisées par l'OPS/OMS qui se sont déroulées à Buenos Aires (Argentine), San José (Costa Rica) et Lima (Pérou) en 2005 (www.observatoriorh.org);
- La *Joint Learning Initiative* (JLI)⁵ a publié en décembre 2004 son rapport final, intitulé : "Ressources humaines pour la santé : surmonter la crise" ;
- La troisième Conférence nationale de Gestion du travail et d'Education en santé qui s'est tenue au Brésil en 2006 et qui était destinée à débattre et analyser les propositions d'orientations nationales pour la mise en œuvre de politiques de gestion du travail et d'éducation en santé, comme moyen d'élargir la participation et la responsabilisation sociale dans ce domaine.⁶

13. En juillet 2005, l'Unité de développement des ressources humaines (HR) de l'OPS/OMS a effectué une consultation sur les défis critiques en rapport avec la gestion et la formation des ressources humaines dans le secteur de la santé.⁷ Au cours de cette consultation, les pays ont été évalués en fonction de cinq défis critiques :

- a) Définir les politiques et plans à long terme pour adapter la population active aux changements prévus dans les systèmes de santé et développer la capacité institutionnelle nécessaire pour les mettre en œuvre et les réviser périodiquement.
- b) Affecter les personnes appropriées aux endroits appropriés, permettant ainsi une répartition équitable des professionnels de la santé dans les différentes régions et conformément aux différents besoins de santé de la population.
- c) Contrôler les déplacements des travailleurs de la santé de manière à garantir la prestation de soins à toute la population.
- d) Créer des liens entre les travailleurs et les organisations de santé qui permettent de réaliser la mission institutionnelle consistant à garantir de bons services de santé à toute la population.

⁵ La *Joint Learning Initiative* sur les Ressources humaines pour la santé et le développement (JLI) a été entamée en novembre 2002, en tant qu'initiative de la part de différents gouvernements, groupes, institutions universitaires, organismes internationaux, organisations non gouvernementales et particuliers qui cherchent à faire reconnaître le rôle central de la population active du secteur de la santé. Pour de plus amples informations sur cette initiative, consulter : <http://www.globalhealthtrust.org>

⁶ D'autres informations peuvent être obtenues sur le site: http://consejo.saude.gov.br/ultimas_noticias/2005/conferencia_gestaotrabajo.htm.

⁷ D'autres informations peuvent être obtenues sur le site: <http://www.observatoriorh.org/esp/consultas.html>.

- e) Mettre au point des mécanismes d'interaction entre les institutions de formation (universités, écoles) et les services de santé pour permettre d'adapter la formation des travailleurs de santé à un modèle de soins universel, équitable et de qualité répondant aux besoins de santé de la population.

Un appel à l'action

19. A partir de ces tendances et de la Consultation régionale mentionnée, la VII^{ème} Réunion régionale des Observatoires de ressources humaines qui s'est déroulée dans la ville de Toronto a cherché à parvenir à un consensus sur les stratégies et les axes d'action coopérative pour relever ces défis.

20. Ce consensus se résume dans l'Appel à l'action de Toronto, un recueil des discussions des groupes de travail de la VII^{ème} Réunion régionale des Observatoires des ressources humaines en santé, qui s'est tenue, sous l'égide de l'OPS/OMS, à Toronto (Canada) du 4 au 7 octobre 2005, conjointement avec le Ministère de la Santé du Canada et le Ministère de la Santé et des Soins prolongés de la Province d'Ontario.

21. L'Appel à l'action a pour objet de mobiliser les acteurs nationaux et internationaux du secteur de la santé, des autres secteurs pertinents et de la société civile afin de concevoir ensemble des politiques et interventions pour le développement des ressources humaines du secteur de la santé qui aident à accomplir les Objectifs du Millénaire pour le Développement, les priorités nationales en matière de santé, ainsi qu'à permettre l'accès de toutes les populations des Amériques à des services de santé de qualité d'ici l'an 2015.

22. Ces efforts devront être guidés par les principes suivants :

- a) Les ressources humaines sont la base du système de santé : le développement des ressources humaines en santé forme la base sociale et technique de tous les systèmes de santé et de leur amélioration. La contribution du personnel de santé est un facteur essentiel à l'amélioration de la qualité de vie et de santé.
- b) Le travail dans le domaine de la santé constitue un service public et une responsabilité sociale : le travail dans la santé est un service public et il constitue un bien social de grande importance pour le développement humain. Un équilibre est nécessaire entre les droits sociaux et les responsabilités des travailleurs de la santé, et entre les droits sociaux et les responsabilités des citoyens, qui méritent de recevoir des soins et de jouir du droit à la santé.
- c) Les travailleurs de la santé sont des protagonistes de leur développement : le développement des ressources humaines dans le secteur de la santé est un processus social (pas exclusivement technique), orienté vers l'amélioration de l'état de santé de la population et de l'équité sociale, moyennant une population

active bien répartie, salubre, qualifiée et motivée. Parmi les protagonistes de ce processus social figurent les travailleurs de la santé.

23. Pour que les accords conclus à la Réunion des Observatoires des ressources humaines en santé se transforment en réalité, il est nécessaire que l'Appel à l'action de Toronto exerce un impact politique et économique retentissant dans les pays et se concrétise sous la forme de politiques et plans d'action.

24. Ces plans et politiques devront promouvoir l'équité en santé, la protection sociale et le droit effectif à la santé et ils devront, dans le même temps, soutenir le développement intégré de systèmes de santé reposant sur les soins primaires et les services d'équipes pluridisciplinaires. Outre ces orientations stratégiques, les mesures qui seront adoptées dans le cadre des ressources humaines devront promouvoir une culture de services de santé qui soient sûrs et salubres, pour les patients comme pour les travailleurs.

Axes d'action moyennant un effort de collaboration collectif dans la Région des Amériques

25. Il est possible de surmonter les défis et problèmes qui se posent au développement des ressources humaines en santé par un effort permanent et planifié qui se traduise dans la volonté politique et qui soit déployé à l'aide de mesures concrètes.

26. Un ensemble d'axes d'action a été proposé, à mettre en œuvre au niveau des pays, au niveau sous-régional et au niveau régional ; il convient de signaler que ces activités doivent faire l'objet de coopération internationale. Ces actions sont destinées à faciliter les efforts des pays afin que, d'ici la fin de l'an 2015, ils aient progressé considérablement pour réaliser les objectifs de santé à travers le développement de leurs ressources humaines.

Au niveau des pays

27. Consolider la capacité institutionnelle pour le développement des ressources humaines en santé :

- a) créer et/ou consolider les orientations nationales en matière de ressources humaines, et
- b) consolider les Observatoires des ressources humaines et leur fonctionnement sous forme de réseau servant de sphères d'analyse des informations et de concertation et négociation ;

28. Financement pour le développement du personnel de santé :
- a) plaider pour que le développement de la population active en santé soit perçu comme un investissement social indispensable.
 - b) concertation et négociation avec les ministères de l'Economie et des Finances pour élargir les ressources budgétaires consacrées aux services de santé.
 - c) aligner, harmoniser et coordonner la coopération internationale afin d'accroître le financement, en prenant en compte les priorités nationales.
29. Améliorer la capacité technique pour la gestion et la formation des ressources humaines :
- a) consolidation de la capacité technique des équipes responsables de la politique et de la gestion des ressources humaines, par le développement d'un langage commun et d'une vision globale sur ce thème.
 - b) rapprochement des services de santé et des universités et écoles de santé publique pour la collaboration commune à la planification des ressources humaines et à la formulation de programmes pour la gestion des ressources humaines en tant qu'éléments des programmes d'études sur la santé publique et la gestion.
 - c) développement de la capacité nécessaire pour aborder les nouveaux paradigmes, en particulier en rapport avec le besoin d'éducation interprofessionnelle et les nouvelles optiques concernant les compétences des équipes de soins de santé primaires.
30. Elargir la base d'information et de données scientifiques en ressources humaines :
- a) Production/consolidation de systèmes d'information qui permettent de contrôler la formation, l'existence et la mobilité de la population active dans le domaine de la santé en élargissant les Observatoires et stratégies analogues.
 - b) étude et identification des indicateurs de ressources humaines en santé pour mieux comprendre les répercussions de ces ressources sur la santé et les services.
 - c) diffusion des connaissances relatives aux caractéristiques et aux conditions des travailleurs de la santé, afin que ces connaissances soient utilisées par les décideurs.

Au niveau des sous-régions

- a) Accords/plaidoyer au niveau des instances techno-politiques d'intégration (RESSCAD, CARICOM, MERCOSUR, CAN).
- b) Echanges d'expériences et d'informations, en mettant l'accent sur les bonnes pratiques qui conviennent, la création de réseaux d'échange et la coopération horizontale.
- c) Etablissement de mécanismes de formation (professionnelle) pour développer les qualités de leadership.
- d) Articulation des écoles de santé publique de manière à consolider les compétences dans ce domaine (investigation/formation professionnelle).

Coopération technique

- a) Il faut inclure dans les projets de consolidation des systèmes de santé des stratégies de développement des ressources humaines, en tant que volet central de leurs propositions de transformation.
- b) Il est nécessaire de maintenir l'enthousiasme de la communauté internationale pour le thème des ressources humaines afin de pouvoir mettre en route les processus à long terme et éviter des cycles d'intérêt courts ou fluctuants.
- c) Les principales stratégies pour le plan d'action seront : le plaidoyer, le leadership, la coopération technique, la production de données fiables et les alliances.
- d) Comme preuve de la nécessité d'une intervention à long terme, la coopération internationale doit soutenir l'idée de plans d'action pour une Décennie des ressources humaines en santé, conformément au rapport de la "*joint Learning Initiative*" et aux résolutions de l'OMS.
- e) Il faut élargir le concept des "ressources humaines en santé" et envisager les capacités humaines de manière à inclure d'autres paradigmes de soins (modèles non occidentaux), ainsi que le rôle de la femme.
- f) Il faut se soucier de l'emploi et de la répercussion du financement fragmenté provenant des organismes et programmes verticaux, ainsi que de leur incidence sur le développement des systèmes de santé et des ressources humaines.

- g) Il est important de prêter soutien aux Observatoires nationaux afin de créer des réseaux nationaux et internationaux, de maintenir et d'améliorer le flux des données, des informations, des connaissances, des arguments en faveur des politiques, ainsi que de promouvoir le dialogue social.

31. L'Appel à l'action de Toronto est un premier pas collectif important pour prendre des décisions et entamer des actions concrètes et durables pour atteindre le plein épanouissement des ressources humaines dans le secteur de la santé des Amériques. Ainsi donc, les pays sont invités à divulguer cet Appel à l'action de la manière la plus vaste possible, afin qu'il serve de référence et constitue un outil pour tous ceux qui tentent de formuler des politiques de développement des ressources humaines dans le cadre de systèmes de santé plus équitables et de qualité dans les pays de notre Région.

- - -