



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



52^e CONSEIL DIRECTEUR **65^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL**

Washington, D.C., ÉUA., du 30 septembre au 4 octobre 2013

Point 4.4 de l'ordre du jour provisoire

CD52/6 (Fr.)

19 août 2013

ORIGINAL : ANGLAIS

RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTÉ

Élargir l'accès des personnels de santé qualifiés aux systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires

Introduction

1. Ces dernières années les États Membres de la Région des Amériques ont fait des progrès substantiels en matière de mise en œuvre d'un programme de développement au sein duquel les politiques sociales constituent un volet essentiel. Dans certains pays, la synergie entre une croissance économique soutenue et des politiques sociales rassembleuses explique la réduction du nombre de personnes vivant dans la pauvreté et l'atténuation des inégalités dans la répartition de la richesse, ainsi que des améliorations simultanées des chiffres de l'emploi et de l'alphabétisation. À leur tour, ces tendances ont contribué à une demande accrue de services sociaux de qualité. Dans ce programme, l'assertion selon laquelle la santé est un droit de l'homme fondamental est une composante centrale. Le développement de systèmes de santé unifiés, la rénovation des soins de santé primaires (SSP) ainsi que la quête de modèles de services de santé axés sur la communauté et la personne humaine et mieux intégrés représentent ainsi des stratégies primordiales pour la concrétisation de ce droit. Peu à peu, l'on s'accorde à adopter le concept de la couverture sanitaire universelle (CSU) en tant que l'un des principaux buts mondiaux en matière de développement pour l'avenir.

2. L'un des obstacles les plus épineux et les plus omniprésents qui s'oppose à la concrétisation de la CSU est constitué par l'écart dans la disponibilité et l'accessibilité des ressources humaines pour la santé (RHS). Tous les particuliers et toutes les communautés doivent pouvoir accéder aux prestataires de santé au moment voulu, à l'endroit voulu et avec un ensemble de compétences appropriées. Le but de la CSU ainsi que la stratégie des SSP créent donc des difficultés considérables en ce qui a trait aux RHS. Parallèlement, ils offrent un cadre fondamental et indispensable ainsi que des orientations politiques pour une gestion réussie des ressources humaines selon des modalités marquées par le dynamisme, l'efficacité, l'accessibilité économique, l'opportunité et la

réactivité par rapport aux besoins divers et changeants de la communauté sur le plan de la santé et de la conjoncture sociale.

3. Les 20 cibles régionales en matière de ressources humaines en santé 2007-2015, adoptées par la Conférence sanitaire panaméricaine en 2007, ont été formulées sur la base de valeurs et éléments de base d'un système de santé fondé sur les SSP. Ces valeurs et éléments de base comprennent le droit au meilleur état de santé qu'il est possible d'atteindre, à l'équité et à la solidarité. Les activités actuelles d'évaluation et de suivi des cibles régionales nous renseignent sur les progrès accomplis dans les pays et à travers la Région. Bien qu'encore incomplète, cette évaluation a déjà retenu l'attention principalement sur les obstacles d'importance critique qui empêchent d'autres avancées en matière de réduction des inégalités et d'accès élargi à des personnels de santé qualifiés. Le but de l'universalisation de la couverture sanitaire devrait impulser encore davantage les efforts consentis pour surmonter ces problèmes et matérialiser les avantages attendus d'une CSU pour tous les membres de la société.

4. Le présent document a été élaboré à la demande de la 152^e session du Comité exécutif qui s'est tenue du 17 au 21 juin 2013. Il représente un effort visant à identifier les réformes et orientations de politique essentielles à l'expansion de l'accès à des personnels de santé qualifiés dans les systèmes de santé fondés sur les SSP, particulièrement pour les communautés mal desservies et vulnérables. Il souligne par ailleurs l'importance de l'élaboration de nouveaux modèles de gouvernance des RHS et du renforcement des capacités de planification en RHS selon des modalités collaboratives. Il s'appuie sur des résolutions antérieures adoptées par l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), en particulier les résolutions [CSP27.R7](#) (2007), Cibles régionales en matière de ressources humaines en santé 2007-2015, [CD50.R7](#) (2010), Stratégie pour le développement des compétences du personnel de santé dans les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires, [CD49.R22](#) (2009), Réseaux intégrés de services de santé fondés sur les soins de santé primaires et, en général, les résolutions [CSP28.R13](#) (2012), Stratégie pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles et [CD49.R13](#) (2009), Santé familiale et communautaire, entre autres.

Antécédents

5. En plus du financement équitable et durable de la santé, deux objectifs sont essentiels pour les systèmes de santé afin d'obtenir la CSU. D'abord, l'élargissement de la portée, de la profondeur et de la qualité des services offerts. En effet, on s'attend à ce que des services qui soient accessibles à la communauté régleront les problèmes de santé les plus dominants et les plus graves : ils comprendront et dépasseront même les soins curatifs pour englober la promotion et la protection de la santé, la prévention des maladies, la réadaptation et les soins palliatifs. C'est là un objectif ambitieux et complexe si l'on considère le changement d'orientation nécessaire pour cela, c'est-à-dire le passage d'interventions épisodiques en soins médicaux à des soins continus, particulièrement la

gestion de maladies chroniques tout au long de la vie. Le deuxième objectif, et non des moindres, consiste dans l'élargissement de la part de la population ayant effectivement accès à ces services. Même dans des systèmes de santé universels, dotés de ressources convenables et bien établis, les inégalités dans l'accès demeurent souvent au sein de groupes spécifiques de la population et des communautés vulnérables.

6. Les obstacles qui empêchent l'accès à des soins de santé de qualité et complets sont multiples et divers au vu des diverses conjonctures prévalant dans les pays de la Région. Parfois, les obstacles sont de nature géographique. D'autres fois, les obstacles graves sont à prédominance socio-économique et culturelle et ont rapport avec le sexe de la personne concernée, son origine ethnique, son âge, ses revenus, sa religion, sa langue, sa situation de résident, sa mobilité et son style de vie.

7. Il est possible d'appliquer trois différents modèles, chacun ayant ses avantages et ses inconvénients, pour prévoir les besoins de la population en soins de santé et RHS connexes : la planification fondée sur l'utilisation, sur la demande effective et sur les besoins. Les modèles fondés sur l'utilisation déterminent les besoins futurs en évaluant les tendances passées du recours aux soins de santé. Les modèles fondés sur la demande effective font reposer les besoins sur les ressources disponibles pour les satisfaire. La planification fondée sur les besoins considère quant à elle les caractéristiques évolutives de la population, les profils épidémiologiques et les options correspondantes qui s'offrent aux équipes médicales communautaires afin de satisfaire ces besoins de manière rentable.

8. Les méthodes employées pour définir et estimer le manque de professionnels de la santé varient selon les pays. Ainsi, un indicateur communément employé pour permettre de jauger l'exactitude en matière de détermination des ressources humaines est le ratio personnel de santé/population, qui analyse généralement le nombre de médecins, d'infirmiers ou d'autres professionnels de la santé pour 1000 habitants. La densité des personnels de santé peut ensuite être comparée entre différentes régions ou circonscriptions politiques ou administratives. Toutefois, cette méthode renferme des limitations graves car elle ne tient pas compte d'autres variables fondamentales comme la charge de morbidité, la disponibilité des compétences pertinentes, la productivité, les modèles de soins et le lieu d'administration des soins. Des indicateurs plus complexes ont été élaborés pour déterminer les régions subissant un manque en professionnels de la santé et les régions mal desservies sur le plan médical ; ceux-ci emploient des valeurs de référence préalablement définies pour établir le ratio constitué du nombre d'habitants par rapport au nombre de médecins généralistes, dentistes ou professionnels de santé mentale travaillant à plein temps. Le ratio du nombre de membres de famille ou des ménages par équipe de santé est souvent employé pour orienter les décisions relatives à l'expansion de la couverture sanitaire au premier niveau de soins.

9. La disponibilité de données solides sur les personnels de santé et leur répartition est cruciale pour l'élaboration et la surveillance de politiques et programmes visant à

réduire les inégalités dans l'accès aux professionnels de la santé qualifiés. Il n'existe pas de norme ou point de référence universel, fondé sur des preuves pour établir le meilleur nombre et la composition optimale des personnels de santé étant donné la multiplicité des facteurs qui influent sur les produits fournis et l'atteinte des résultats désirés en matière de santé. L'on s'entend davantage cependant sur une norme *minima*. Le Rapport sur la santé dans le monde, 2006 : travailler ensemble pour la santé, a avancé l'estimation du seuil de 2,28 personnels de santé (médecins, infirmiers et sages-femmes) pour 1000 habitants comme chiffre minima nécessaire pour parvenir à un ensemble d'interventions de santé essentielles (par exemple 80 % de couverture des naissances par des accoucheuses qualifiées). Ce seuil estimatif devra être revu pour tenir compte des changements des besoins en matière de CSU. En fin de compte, il incombe à chaque pays d'établir ses propres cibles et indicateurs, de suivre ses progrès accomplis dans la réduction des inégalités et de demeurer responsable vis-à-vis de la mise en œuvre des améliorations nécessaires.

10. De plus en plus, l'on recense des preuves de l'incidence de plusieurs modèles de prestation de soins de santé primaires sur les résultats en matière de santé.¹ Les modèles de prestation de SSP dans le contexte des systèmes de CSU proposent une prestation de services par équipe, qui permet aux personnels d'être déployés et utilisés avec plus d'efficacité et d'efficience tout en exploitant l'intégralité de leurs compétences. Ce modèle privilégie tant les relations de travail entre les différentes professions que leurs contributions respectives aux résultats en matière de santé. Une équipe diverse, marquée par la souplesse et qui agit par anticipation pour satisfaire les besoins de la collectivité donne aux médecins le loisir de se consacrer aux besoins plus pressants du patient. Ce degré de souplesse permet d'améliorer le contact avec le patient, la continuité des soins et la responsabilité par rapport aux prestations de santé. Étant donné qu'ils sont issus de la communauté et souvent recrutés en son sein, les prestataires de soins de santé primaires sont souvent plus sensibles aux besoins locaux qui proviennent de groupes divers sur les plans culturel, ethnique et religieux. Les programmes de formation des professionnels et de formation continue élaborés à l'intention des prestataires de soins primaires sont fortement axés sur les compétences requises pour répondre à ces besoins locaux. Le modèle de prestation de SSP encourage un dialogue communautaire et accroît la participation des parties prenantes dans l'élaboration de politiques et programmes ; il crée également des perspectives de rapprochement avec d'autres prestataires de services de santé, des services communautaires et des organisations de bénévoles, et permet aussi de faire participer la cellule familiale à la gestion des soins.

¹ Voir, par exemple, F. C. Guanais et J. Macinko, "The Health Effects of Decentralizing Primary Health Care in Brazil," *Health Affairs* 28, no. 3 (2009): 1127-1135.

Analyse

11. Le suivi des cibles régionales en matière de ressources humaines en santé 2007-2015 facilitera l'évaluation des progrès accomplis à travers la Région en ce qui concerne la situation des personnels de santé et leur contribution au développement de systèmes de santé axés sur les SSP. La garantie de la disponibilité et de l'accessibilité effectives d'un personnel de santé qualifié, doté des compétences techniques et culturelles appropriées pour répondre aux besoins des communautés mal desservies et vulnérables, demeure un défi pour les autorités sanitaires nationales. Par exemple, il existe actuellement aux États-Unis 5900 régions déficitaires en professionnels de soins de santé primaires. Selon les critères utilisés, il est estimé que 7550 à 16 000 médecins spécialisés en santé primaire seraient nécessaires pour combler le déficit actuel en professionnels de soins de santé primaires.² Selon une étude similaire au Brésil, en 2010, 1280 municipalités souffraient d'un déficit de médecins, pour une population de plus de 28 millions, principalement dans les régions du nord-est et du nord.³

12. Pour atteindre des résultats optimaux, les modèles de prestation de SSP nécessitent des professionnels de la santé dotés des compétences, d'une structure de direction et de l'engagement nécessaires. Une étude sur l'enseignement de la médecine de troisième cycle et portant sur 14 pays d'Amérique latine révèle qu'en 2010, 18 % de toutes les places en première année de résidence correspondaient à la discipline de médecine familiale ou son équivalent, comme la médecine générale en Argentine et au Costa Rica, la médecine générale polyvalente à Cuba et la santé familiale, communautaire et interculturelle en Bolivie. Toutefois, si l'on écarte Cuba de l'analyse (69 % des places de première année de résidence à Cuba correspondaient à la médecine généraliste globale, soit 3299 places sur 4801), ce pourcentage est réduit de moitié, et devient 9 % dans les autres pays, contre 11 % aux États-Unis d'Amérique, 28 % en Espagne et 43 % au Canada.

13. La formulation des politiques et stratégies nationales de RHS requiert une planification fondée sur des preuves pour orienter la prise de décisions. Les pays disposent de toute une gamme d'instruments et de ressources pour les aider à élaborer des plans stratégiques nationaux.⁴ Ces plans sont en conformité avec des stratégies générales de développement social et économique et comprennent des cibles à court terme et long terme pour l'expansion de la formation et de l'apprentissage à l'intention des personnels

² Voir: *Health Resources and Services Administration, US Department of Health and Human Services*, disponible à www.hrsa.gov/shortage/.

³ Voir: *Índice de escasez de médicos no Brasil: Estudo exploratorio no ambito da atencao primaria*, de Girardi et al., 2012, disponible à <http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/>.

⁴ Pour des outils et des ressources de planification pertinents, voir : Observatoire régional de l'OPS sur les ressources humaines pour la santé (en espagnol), disponible à <http://observatoriorh.org>, le site de l'OMS disponible à <http://who.int/hrh/fr> et le Cadre d'action RHS, disponible à <http://www.capacityproject.org/framework>.

de santé, la réduction des déséquilibres et de la mauvaise répartition entre les personnels de santé, le renforcement de la prestation de ces personnels, la retenue d'un plus grand nombre de personnels et l'adaptation aux réformes majeures dans le secteur santé.

14. La production des RHS dans la Région n'est pas encore en harmonie avec les exigences d'un système de santé fondé sur les SSP. En effet, les concepts de CSU et de SSP n'ont pas marqué et transformé les établissements d'enseignement professionnel d'une manière radicale. Comme le démontrent un certain nombre d'initiatives,⁵ il est urgent d'opérer un changement paradigmatique majeur en matière d'enseignement médical et d'apprentissage des sciences de la santé.⁶ À son tour, ce changement culturel appelle un renouveau de la gouvernance des ressources humaines, une gouvernance exprimée au moyen d'arrangements et programmes inter-institutions novateurs, qui s'appuient sur une relation et un dialogue durables entre les autorités sanitaires nationales et les établissements d'enseignement et sont guidés par l'élaboration d'une vision commune sur la durée. Pour obtenir un effet positif sur la santé, le sous-système d'éducation professionnelle doit élaborer de nouvelles stratégies pédagogiques et institutionnelles.⁷

15. De plus en plus, on se rend compte de l'importance de la migration internationale des personnels de santé pour l'élaboration de plans et stratégies de RHS. Le Code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé adopté par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2010 met en exergue les considérations éthiques ayant rapport aux pays d'origine et d'accueil et appelle à un traitement équitable des personnels de santé immigrés.

16. La planification des RHS fondée sur une base de CSU s'appuyant sur une base solide de soins primaire à travers la Région est toutefois limitée et sporadique, et les intérêts concurrents des secteurs de la santé et de l'éducation, quant à eux fragmentés, compliquent davantage cette planification. Le processus consistant à assurer la cohésion dans la production de RHS et l'alignement de ces ressources avec les dynamiques des marchés du travail et des objectifs des systèmes de santé demeure à l'état préliminaire. Il faudra redoubler d'efforts et moderniser les structures de direction pour appuyer les négociations et le processus décisionnel pour engager la participation continue des principales parties prenantes et acteurs concernés afin de développer les capacités, produire des données et des preuves de qualité, assurer la souplesse nécessaire dans les pratiques de gestion des RH et concevoir un système équilibré d'incitations financières ainsi que des formules de réglementation.

⁵ Un bon exemple : *Beyond Flexner: Social Mission in Medical Education*, disponible à : <http://www.medicaleducationfutures.org/FlexnerSynopsis>.

⁶ Voir par exemple: *Global consensus on social accountability of medical schools*, disponible à <http://healthsocialaccountability.org/>.

⁷ Voir : *Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*. Frenk et al. Lancet 2010; 376: 1923-58. (www.thelancet.com).

Proposition : secteurs de développement primordiaux des RHS pour un accès élargi à des professionnels de la santé qualifiés dans des systèmes de santé fondés sur les SSP

Renforcer les capacités de planification des ressources humaines pour la santé

17. La planification des RHS est subordonnée à l'élaboration de plans et stratégies de gestion appropriés pour garantir un nombre suffisant de personnels de santé de sorte à satisfaire les besoins de la population en matière de services de santé, tant aujourd'hui qu'à l'avenir. Pour planifier les ressources humaines, il faut une structure de direction forte et de solides capacités techniques, sans oublier la présence d'une unité de planification ou stratégique dotée de compétences diverses, dont une analyse démographique et statistique employant de multiples sources d'information et plusieurs établissements de recherche. Si une méthodologie rationnelle et des données solides sont essentielles pour étayer et orienter le processus, l'aptitude à engager la participation et l'implication des parties intéressées et à les faire négocier déterminera largement les résultats. Selon la perspective des SSP, il est sans nul doute nécessaire de mieux intégrer la planification parmi les métiers concernés en accordant une attention particulière à la combinaison des compétences voulues et à l'équilibre géographique. L'expérience des pays dotés de capacités de planification établies démontre que, d'une focalisation première sur les personnels médicaux, de plus en plus, l'attention privilégie désormais les relations entre les professions médicales qui sont essentielles pour les SSP comme la médecine, les sciences infirmières, les soins dentaires, la pharmacie, la nutrition et l'assistance sociale, entre autres.

Réformer la formation des professionnels de la santé à l'appui des systèmes de santé fondés sur les SSP et progresser vers la CSU

18. Il importe d'élaborer de nouvelles stratégies et de nouveaux mécanismes de coordination pour harmoniser l'enseignement des disciplines médicales avec les objectifs des systèmes de santé. Il faut également mettre en place des mesures incitatives pour renforcer la mission sociale et la participation communautaire des facultés de médecine et des hôpitaux universitaires ainsi que des établissements d'accréditation correspondants, garantissant ainsi leur engagement envers la CSU. L'établissement de nouvelles facultés de sciences médicales cliniques devrait reposer sur les besoins exprimés, être orienté vers les SSP et répondre aux besoins des populations mal desservies et des communautés vulnérables. De plus, l'expansion de centres de formation clinique décentralisés ainsi que la mise en place de campus universitaires satellites dans des communautés mal desservies devraient être encouragées. Le recrutement d'étudiants issus de la communauté locale devrait être encouragé aussi et l'on devrait fixer des cibles précises pour diversifier peu à peu le corps étudiant et refléter également les principaux groupes ethniques et culturels des populations desservies. Tous les diplômés devraient posséder des compétences interculturelles aptes à être démontrées. Les étudiants issus des différentes disciplines

liées aux SSP doivent comprendre les modalités selon lesquelles les déterminants sociaux de la santé influent réellement sur la santé et le bien-être des collectivités. Il convient d'élargir le rôle des centres de santé communautaires en tant que sites primaires de formation et doter ceux-ci de structures de supervision compétentes pour les étudiants.

19. Il faudrait réformer l'enseignement de la médecine du troisième cycle à l'appui des SSP et, à cette fin, il est impératif d'effectuer des investissements considérables pour mettre en place des départements d'enseignement de la médecine familiale. Les étudiants en résidence, toutes spécialisations confondues, devraient recevoir une partie de leur formation dans des centres de santé et hôpitaux communautaires situés dans des localités mal desservies. Il faudrait établir des cibles spécifiques afin de déterminer le nombre de places de résidence pour les spécialisations les plus pertinentes pour les SSP comme la médecine interne, la chirurgie générale, la pédiatrie, l'obstétrique et la gynécologie, la psychiatrie et, en particulier, la médecine familiale. Il faudrait également adopter des mesures d'incitation financière et de réglementation pour assurer que ces cibles soient atteintes.

Habiliter des équipes de collaboration en SSP centrées sur la communauté et la personne

20. Il est nécessaire de créer des conditions propices pour assurer que les équipes multiprofessionnelles de SSP atteignent un niveau d'exécution optimal et fournissent des services de santé de grande qualité, complets et centrés sur la personne. La promotion de la santé et la prévention, ainsi que les ressources de diagnostic et de thérapie devraient être disponibles en fonction du modèle de soins choisi et des compétences de l'équipe. Les professionnels en SSP devraient recevoir un appui intégral au moyen de réseaux de soins intégrés et un soutien de la part des hôpitaux universitaires. L'isolement des équipes de SSP dans des lieux éloignés et mal desservis peut être minimisé grâce à la mise en place de stratégies de soins par voie électronique, dont les ressources médicales à distance. Le développement de la télémédecine et des réseaux pédagogiques peut accroître la motivation, la compétence et la stabilité des personnels.

21. Quant aux cadres juridiques régissant les professions médicales, ils devraient être modernisés de sorte à perfectionner la portée de la pratique pour tous les membres de l'équipe de SSP et faciliter le travail en collaboration tout en conservant un degré de souplesse suffisant pour l'innovation et l'adaptation aux conjonctures et besoins locaux. Enfin, tous les personnels de santé devraient bénéficier des mécanismes existants de protection sociale. Il conviendrait de créer des arrangements contractuels concurrentiels, des mesures d'incitation financière et non financière ainsi que des conditions de travail justes pour attirer et retenir des professionnels en SSP qualifiés tandis que les pays s'efforcent de parvenir à une couverture sanitaire universelle.

Mesures à prendre par le Conseil directeur

22. Le Conseil directeur est prié d'examiner le document de politique et d'envisager d'adopter le projet de résolution (annexe A).

Annexes



ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



52^e CONSEIL DIRECTEUR

65^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., ÉUA, du 30 septembre au 4 octobre 2013

CD52/6 (Fr.)
Annexe A
ORIGINAL : ANGLAIS

PROJET DE RÉSOLUTION

RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTÉ : ÉLARGIR L'ACCÈS À DES PERSONNELS DE SANTÉ QUALIFIÉS DANS LES SYSTÈMES DE SANTÉ FONDÉS SUR LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

LE 52^e CONSEIL DIRECTEUR,

*Ayant examiné le document de politique *Ressources humaines pour la santé : élargir l'accès à des personnels de santé qualifiés dans les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires (CD52/6)* ;*

Reconnaissant l'importance stratégique des ressources humaines pour la santé (RHS) pour la réalisation de la cible de couverture sanitaire universelle (CSU) sur la base d'une mise en place de systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires (SSP) et l'amélioration de la santé et du bien-être des particuliers, des familles et des communautés ;

Inquiet quant aux inégalités persistantes dans l'accès à des services de santé de qualité et complets, lesquelles sont attribuables au manque de personnels de santé dans les zones éloignées et les zones rurales et parmi les groupes de population et communautés mal desservis ou vulnérables ;

Considérant l'adoption, par la 63^e Assemblée mondiale de la Santé, du Code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé (WHA63.16 [2010]), qui décrit les défis associés à la mobilité nationale et internationale des professionnels de la santé ;

Prenant en compte les progrès réalisés dans la Région au regard des *Cibles régionales en matière de ressources humaines en santé 2007-2015 (CSP27/10 [2007])* et

de la *Stratégie pour le développement des compétences du personnel de santé dans les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires* (CD50.R7 [2010]),

DÉCIDE :

1. De prier instamment les États Membres :
 - a) de réaffirmer leur engagement en faveur de la réalisation des cibles régionales en matière de ressources humaines en santé 2007-2015 ;
 - b) d'élaborer des politiques et plans nationaux en ressources humaines de concert avec les secteurs sociaux concernés ainsi que les parties prenantes clés pour accroître l'accès à des personnels de santé qualifiés pour les besoins des SSP et pour progresser vers la concrétisation de la CSU ;
 - c) d'établir et de renforcer une unité stratégique de planification et de gestion pour les ressources humaines au service de la santé, dotée de la capacité de diriger et de faire participer mais aussi de la capacité de réunir le consensus parmi les autorités de l'éducation nationales, les hôpitaux universitaires, les associations professionnelles, les autorités sanitaires locales et nationales, les centres de santé et les organisations communautaires sur les besoins actuels et futurs en RHS, en particulier pour les systèmes de santé fondés sur les SSP ;
 - d) d'habiliter et de soutenir des équipes multiprofessionnelles de collaboration en SSP à partir de modèles de soins établis, de perfectionner le domaine de pratique de chaque profession pour qu'elle réalise pleinement son potentiel en fonction de ses compétences, et d'encourager et de surveiller l'innovation pour l'amélioration des prestations et de la gestion des équipes de personnels en SSP ;
 - e) de déterminer les manques spécifiques de professionnels de la santé, d'en assurer le suivi et de communiquer ces manques, en particulier au sein des populations vulnérables et au premier niveau de soins, et de s'en servir comme base pour l'exécution de programmes et d'interventions spéciaux pour remédier à ce manque ;
 - f) d'investir dans la production, la disponibilité, l'utilisation et l'analyse de données de base sur les ressources humaines pour la santé, d'améliorer la qualité des systèmes d'information sur les ressources humaines aux fins de planification et de décision, et de soutenir la capacité de recherche sur des questions prioritaires pour les RHS, comme l'Observatoire régional des ressources humaines pour la santé ;

- g) de promouvoir la mission sociale et la responsabilité des centres d'accréditation et des établissements d'enseignement des sciences médicales ainsi que leur engagement envers les RHS et la CSU, et d'habiliter et d'élargir le réseau des centres de santé et hôpitaux communautaires ayant des attributions et des capacités d'enseignement dans les communautés mal desservies ;
 - h) de réformer l'enseignement de la médecine au troisième cycle à l'appui des systèmes de santé fondés sur les SSP, d'augmenter le nombre de places dans les spécialisations médicales les plus utiles pour les SSP, en particulier la médecine familiale ou son équivalent, et de renforcer le développement des départements d'enseignement de la médecine familiale ;
 - i) de mettre en place et d'évaluer régulièrement des réglementations, avantages et incitations spécifiques, sur le plan tant financier que non financier, visant à recruter, retenir et stabiliser les personnels pour les systèmes de santé fondés sur les SSP, en particulier dans les zones éloignées et mal desservies ;
 - j) de réitérer son engagement en faveur du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé.
2. De demander à la Directrice :
- a) d'intensifier la coopération technique de l'Organisation avec les États Membres et entre ceux-ci de sorte à concevoir des politiques et des plans portant sur les ressources humaines et guidés par l'objectif global de couverture sanitaire universelle et par la stratégie de soins de santé primaires ;
 - b) de fournir une coopération technique pour renforcer la capacité de planification en RHS des autorités sanitaires nationales, en les habilitant à surmonter les inégalités dans l'accès des communautés mal desservies et vulnérables aux personnels de santé, en particulier les professionnels en soins de santé primaires, en accordant une attention particulière à la disponibilité, la répartition, la compétence et la motivation ;
 - c) d'identifier, de documenter, d'analyser et de diffuser les données d'expériences, méthodes et innovations constatées actuellement dans les pays de la Région pour ce qui est de la disponibilité et de l'accessibilité des personnels de santé ;
 - d) de faciliter le dialogue entre les autorités éducatives, les établissements d'enseignement supérieur de la médecine et les autorités sanitaires nationales sur le renforcement des SSP et les équipes de collaboration en SSP ;

- e) de soutenir et d'élargir les principaux réseaux régionaux d'échange d'information en RHS, notamment l'Observatoire régional sur les ressources humaines pour la santé, le Campus virtuel pour la santé publique et la Clinique pédagogique virtuelle ;
- f) d'achever l'évaluation des cibles régionales concernant les ressources humaines en matière de santé 2007-2015 et d'entreprendre la consultation régionale sur les RHS dans le programme de développement pour l'après-2015.



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
Bureau sanitaire panaméricain, Bureau régional de l'
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

CE152/6 (Fr.)
Annexe B

**Rapport sur les incidences financières et administratives
qu'aura pour le BSP le projet de résolution**

1. **Point de l'ordre du jour :** Point 4.4. Ressources humaines pour la santé (Élargir l'accès à des personnels de santé qualifiés dans les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires)

2.

3. **Lien avec le Programme et budget 2014-2015 :***

(a) **Résultats :**

RIT 4.5 Disponibilité adéquate d'un personnel de santé compétent, culturellement approprié, bien réglementé et réparti et traité équitablement

Indicateurs de rendements :

RIT 4.5.1 Manque de personnels de santé ; RIT 4.5.2 Compétences en santé publique ; RIT 4.5.3 Répartition des personnels de santé

4. **Incidences financières :**

(a) **Coût estimatif total de la mise en œuvre de la résolution sur toute sa durée (à US \$10 000 près, activités et personnel compris) :**

Coût estimatif total de la mise en œuvre : US\$ 7,5 millions pour la période 2014-2019.

(b) **Coût estimatif pour l'exercice 2014-2015 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris) :**

Coût estimatif pour l'exercice 2014-2015 : env. US\$ 3,7 millions.

(c) **Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes ? :**

1,2 million

* Se rapporte [au Projet de Programme et budget de l'OPS 2014-2015](#) (en anglais) de l'OPS qui a été présenté à la 152^e session du Comité exécutif.

5. Incidences administratives :

(a) Indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées :

Tous les niveaux, à savoir les niveaux régionaux, infrarégionaux et nationaux, seront impliqués.

(b) Besoins supplémentaires de dotations en personnel (indiquer le personnel supplémentaire à plein temps nécessaire, en précisant les qualifications requises) :

Au niveau régional, un personnel supplémentaire est requis et doit être doté d'une expertise en gestion des ressources humaines (dotation en personnel, recrutement, stratégies de rétention, systèmes d'incitation financière et non financière). Des capacités additionnelles seront nécessaires en démographie et statistique aux fins d'établissement d'indicateurs et de mesures pour les besoins de la planification et du suivi en matière de RHS.

(c) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre et l'évaluation) :

Le calendrier proposé est la période 2014-2019.



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
Bureau sanitaire panaméricain, Bureau régional de l'
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

CD52/6 (Fr.)
Annexe C

**FORMULAIRE ANALYTIQUE VISANT À LIER UN POINT DE L'ORDRE DU JOUR AUX
MISSIONS DE L'ORGANISATION**

1. Point de l'ordre du jour : Point 4.4. Ressources humaines pour la santé (Élargir l'accès à des personnels de santé qualifiés dans les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires)

2. Unité responsable : Systèmes et services de santé (HSS/HR)

3. Fonctionnaire chargé de la préparation : Charles Godue

4. Liste de centres collaborateurs et d'institutions nationales liés à ce point de l'ordre du jour :

Centre collaborateur de Dalhousie University sur la planification des RHS

Centre collaborateur de l'université d'État de Rio de Janeiro sur la planification des RHS

Ministères de la Santé des pays de la Région

5. Liens entre ce point de l'ordre du jour et le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 :

Le point de l'ordre du jour est lié aux valeurs et principes issus du Programme d'action sanitaire pour les Amériques et à ses domaines d'intervention.

Principes et valeurs : droits de l'homme, universalité, accessibilité et non-exclusivité, solidarité panaméricaine, équité dans la santé.

Domaines d'intervention : renforcer l'autorité sanitaire nationale, aborder les déterminants de la santé, accroître la protection sociale et l'accès aux services de santé de qualité, tirer parti des connaissances, de la science et de la technologie.

6. Liens entre ce point de l'ordre du jour et le Plan stratégique 2014-2019 :*

Le point de l'ordre du jour est lié au RIT 4.5 : disponibilité adéquate d'un personnel de santé compétent, culturellement approprié, bien réglementé et réparti et traité équitablement

* Se rapporte au [Projet de plan stratégique de l'OPS 2014-2019](#) (en anglais) qui a été présenté à la 152^e session du Comité exécutif.

7. Meilleures pratiques appliquées dans ce secteur et exemples tirés des pays de la Région des Amériques :

Brésil : programme de santé familiale

Bolivie : programme de médecine familiale, communautaire et interculturelle

Canada : planification des travailleurs médicaux, réseau de télémédecine de l'Ontario

Cuba : enseignement décentralisé en sciences médicales au niveau communautaire

El Salvador : équipes communautaires pour la santé familiale (*Ecos Familiares*)

Pérou : SERUMS

États-Unis : région de manque de professionnels de la santé et régions mal desservies sur le plan médical/nombre d'habitants

8. Incidences financières du point de l'ordre du jour en question :

Voir annexe B : Rapport sur les incidences financières et administratives qu'aura pour le BSP le projet de résolution.