



CONSEIL NATIONAL DU SIDA
25-27 RUE D'ASTORG
75008 PARIS
T. 33 [0]1 40 56 68 50
F. 33 [0]1 40 56 68 90
CNS.SANTE.FR

RAPPORT

INTERNATIONAL

FR

14 JUIN 2005

LA CRISE DES RESSOURCES HUMAINES DANS LES PAYS DU SUD, UN OBSTACLE MAJEUR À LA LUTTE CONTRE LE VIH

Responsable de la commission : M. Willy Rozenbaum

Membres de la commission :

- M. Didier Fassin
- M. Jacques Gradt
- Mme Danielle Juette
- Mme Chantal Lebatard
- M. William Lowenstein
- Mme Véronique Nahoum-Grappe

Rapporteurs : M. Marc Dixneuf, M. Anthony Poncier

La pandémie d'infection par le VIH/sida représente aujourd'hui une vague dévastatrice dans de nombreux pays en développement. L'Afrique sub-saharienne est la plus durement touchée, mais l'épidémie se développe aussi rapidement en Asie¹, Amérique latine et Europe de l'Est. Initialement les programmes de lutte se sont concentrés sur la prévention, alors qu'aujourd'hui l'accès aux soins et aux traitements fait aussi partie intégrante de leur stratégie.

A la suite de l'appel du Président de la République française², contre l'opinion dominante de l'époque, le Conseil national du sida, dans un rapport³, se prononçait sur un accès généralisé aux antirétroviraux en Afrique subsaharienne. Le Fonds mondial de lutte contre le sida et la tuberculose et le paludisme associé à la baisse très importante du prix des antirétroviraux, a permis d'amorcer la prise en charge thérapeutique de quelques centaines de milliers de malades dans les pays du Sud. L'initiative 3 by 5, lancée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) le 1er décembre 2003, souhaitant mettre 3 millions de malades du sida des pays pauvres sous traitement antirétroviral d'ici fin 2005 va dans ce sens. La couverture pour l'accès aux antirétroviraux a progressé, mais a peu de chance d'atteindre cet objectif⁴. Pourtant, le financement de la lutte contre la maladie à l'échelle mondiale entre 2001 et 2004 a été multiplié par trois⁵ et cette augmentation devrait se poursuivre⁶. La France a même proposé de pérenniser le financement à l'aide d'une taxe internationale.

Cependant, si argent et médicaments sont nécessaires, les ressources humaines sont indispensables pour dispenser les soins. Cet enjeu, aujourd'hui prioritaire, est devenu au moins aussi important que l'accessibilité aux antirétroviraux. Or la pénurie de personnel ne

¹ Une augmentation de près de 50 % entre 2002 et 2004 du nombre de personnes vivant avec le VIH.

² Discours de Jacques Chirac lors de la cérémonie d'ouverture de la Xe conférence internationale sur les MST/SIDA en Afrique, décembre 1997.

³ *Vers une nouvelle solidarité. Pour un accès aux traitements antirétroviraux des personnes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne*, Rapport suivi de recommandation du CNS du 10 décembre 1998.

⁴ Elle est passée de 440 000 personnes traitées en juin 2004 à 720 000 en décembre 2004. *The Lancet*, « Predicting the failure of 3 by 5 », volume 365, number 9471, 7-13 may 2005, p. 1597.

⁵ Les sources de financement comprennent les dépenses intérieures, les donateurs bilatéraux, les institutions multilatérales et le secteur privé.

⁶ La France, ainsi que d'autres pays, ont promis d'augmenter leur aide publique au développement (APD) à 0,7 % de leur produit intérieur brut (PIB) avant 2012. Aujourd'hui le montant français est de 0,44 % du PIB, et reste notamment très inférieur à celui de l'ensemble des pays nordiques de l'Union européenne.

fait que s'aggraver tant quantitativement que qualitativement. L'émigration grandissante du personnel de santé, plusieurs décennies de sous-investissement dans les ressources humaines et de réformes économiques et sectorielles limitant le recrutement et les salaires en représentent la genèse. S'y ajoutent les coups portés par le VIH/sida qui alourdissent considérablement la charge de travail, soumettent le personnel à un risque accru de contamination et affectent dès lors le moral de ces personnels.

Afin d'enrayer l'augmentation de la mortalité et la diminution de l'espérance de vie⁷, le personnel de santé devrait être fortement accru alors qu'il continue à baisser. Cette crise majeure compromet durablement les Objectifs de Développement du Millénaire (ODM)⁸. Face à ce défi, une réponse urgente et énergique est nécessaire, à laquelle les autorités françaises doivent participer tant dans leurs actions de coopération que dans les instances internationales.

Le Conseil national du sida a souhaité se pencher sur cette crise des ressources humaines dans les pays du Sud. Il a donc cherché à identifier les principales causes et déterminants et à proposer différentes stratégies pour tenter d'inverser cette tendance.

LE PROBLÈME DES RESSOURCES HUMAINES DANS LES PAYS DU SUD

Cette crise des ressources humaines de santé se caractérise d'une manière générale par un manque de personnel soignant très important dans les pays du Sud. En Afrique, on considère qu'il faudrait multiplier par trois le nombre de soignants pour atteindre les ODM⁹. Ce manque de personnel est aggravé par une fréquence souvent plus importante de l'épidémie de l'infection par le VIH parmi les personnels de santé. Faute d'un accès gratuit aux soins ils ont d'ores et déjà payé un lourd tribut à la maladie qui a provoqué, par exemple, la mort de plus de la moitié d'entre eux au Malawi¹⁰.

Une mauvaise répartition de ce personnel entre les zones rurales et urbaines accroît ce manque. On trouve une très forte concentration de médecins dans les villes, alors que la majorité de la population vit dans les campagnes. Au Sénégal plus de la moitié des médecins vivent à Dakar, où ne résident que 20 % de la population sénégalaise¹¹.

Enfin, le savoir médical est peu adapté aux situations locales ou bien obsolète par rapport aux progrès de la médecine de par le manque de moyens et de formation.

Bien que cette situation puisse être variable en fonction des régions ou des pays, le Conseil a fait le choix de se concentrer sur les pays les plus pauvres en ressources humaines de santé, où le développement du service public revêt une importance cruciale.

LE DÉSENGAGEMENT DES PERSONNELS DE SANTÉ DANS LE SECTEUR PUBLIC

Le désengagement des personnels de santé se caractérise principalement par un fort absentéisme dont la question des salaires est l'une des principales raisons. Ces très bas traitements, 75\$ mensuels pour une infirmière des Philippines par exemple¹², ont conduit les personnels à compenser leurs revenus par divers moyens. Deux décennies de réformes économiques et sectorielles se sont traduites par le plafonnement des dépenses publiques et le gel des salaires des fonctionnaires, salaires qui ne sont pas nécessairement versés tous les mois. De plus, l'espoir d'une évolution de carrière pour améliorer leurs revenus et voir leur investissement reconnu est vain, puisque les conditions d'avancement et de gestion des carrières ne sont pas soumises à des critères clairs. L'obtention d'un poste plus élevé dans la hiérarchie dépend souvent plus du réseau relationnel que des compétences ou de la qualité des services rendus. En Afrique, 40 % des personnels de santé ont d'ores et déjà abandonné le secteur sanitaire au profit d'autres activités¹³.

⁷ Joint learning initiative, *Human resources for health : overcoming the crisis*, octobre 2004, p. 26 : http://www.globalhealthtrust.org/report/Human_Resources_for_Health.pdf

⁸ Kofi Annan : *Communiqué de presse* du 2 juin 2005 « Arrêter l'épidémie du sida est une condition indispensable à la réalisation des OMD », SG/SM/9903. Elle vise à réduire, d'ici à 2015, la pauvreté et la faim, et pour remédier à la mauvaise santé, aux inégalités entre les sexes, au manque d'instruction, au défaut d'accès à l'eau potable et à la dégradation de l'environnement.

⁹ 2^e sommet sur la santé dans les OMD en décembre 2004 à Abuja : *Addressing africa's health workforce crisis : an avenue for action*. <http://www.hlfhealthmdgs.org/Documents/AfricasWorkforce-Final.pdf>

¹⁰ Audition interne du CNS.

¹¹ Rapport de la Banque mondiale : *World development report 2004 : Making Services Work for poor people in 2003*, p. 177. http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2004/07/30/000012009_20040730102437/Rendered/PDF/268950French.pdf.

¹² Stephen Bach, juillet 2003, *International migration of health workers : Labour and social issues*, p. 10. <http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/health/wp209.pdf>

¹³ 2^e sommet sur la santé dans les OMD en décembre 2004 à Abuja : *Health workforce challenges : lessons from country experiences*. <http://www.hlfhealthmdgs.org/Documents/HealthWorkforceChallenges-Final.pdf>

Ce manque à gagner conduit de nombreux agents à avoir recours à d'autres moyens de subsistance comme l'exercice de la pratique privée durant des heures qui devraient normalement être consacrées au service public. Au Cameroun, depuis 1994, les salaires ont baissé de 70 %, ainsi un médecin vacataire gagne environ 50 euros par mois¹⁴. Aussi, le recours à l'exercice privé est une pratique omniprésente. Au Cambodge, il va jusqu'à représenter 90 % du revenu des personnels. Ces pratiques entraînent un absentéisme dont le coût est lourd. Ainsi est-il évalué à 1 million de dollars de perte annuelle par les hôpitaux de Bogota¹⁵.

D'autres méthodes sont aussi utilisées pour compenser les manques à gagner, comme le recours à des formations ou des missions payées par des institutions internationales. Au Mali, les responsables de services y passent la moitié de leur temps¹⁶.

L'exercice privé cumulé aux formations rémunérées a pour conséquence la disparition d'un service à temps plein effectif dans le secteur public pour la majorité du personnel médical dans les pays du Sud. La population est la première à pâtir de cette détérioration du secteur public au profit du secteur privé comme en Afrique du Sud où 3 médecins sur 4 travaillent dans le privé, or seulement 20 % de la population y a accès¹⁷.

Quand cela n'est pas suffisant, ce qui est souvent le cas, des méthodes plus expéditives sont appliquées : le recours aux emplois fictifs, la commercialisation des médicaments qui auraient du être dispensés gratuitement, permettent d'augmenter les revenus de chacun.

De plus, l'absence de sécurité dans la profession, comme l'inexistence de protection élémentaire contre un accident d'exposition au sang, expose de nombreux soignants à un risque accru de contamination par des agents infectieux dont notamment le virus du sida. Dans certaines régions africaines, plus de la moitié des travailleurs de santé sont contaminés par le virus¹⁸.

Aussi, compte tenu du contexte général décrit, dans le travail quotidien dévolu au service public, le personnel soignant se comporte avec un certain laxisme vis-à-vis des gestes du quotidien, augmentant les risques pour tous et notamment ceux de maltraitance et de violence envers les patients¹⁹.

LE « CARROUSEL MIGRATOIRE »

Outre ce désengagement du secteur public, les ressources humaines sont affectées aussi par une migration des personnels soignants. Cette dernière ressemble à un carrousel avec plusieurs voies de transfert des régions les plus pauvres vers les régions les plus riches au niveau local, régional ou international.

La question des salaires conduit de nombreux professionnels de santé à éviter de s'installer ou à quitter les zones rurales où les compléments de rémunération sont inexistant, notamment par l'absence d'une clientèle aisée permettant des consultations privées durant les heures de service du public. De plus, le manque de services (école, eau potable...), le manque d'accès à la formation et à l'éducation sont autant de facteurs défavorables à l'implantation des personnels de santé en zones rurales. A tel point que dans certaines régions rurales d'Afrique, les organisations non gouvernementales (ONG) sont les seules à fournir un service de soins à la population, aucun service de santé public local n'existant²⁰. Par exemple, l'ancienne capitale de la Tanzanie, Dar-es Salaam, compte trente fois plus de personnel médical que dans tout autre district rural du pays²¹. Le taux d'infirmier(e)s moyen qui est de 160 pour 100 000 individus pour l'ensemble du pays n'atteint que 6 pour 100 000 en zone rurale²².

Préférant exercer dans les zones urbaines plutôt que rurales, les personnels ne trouvent cependant pas toujours dans les villes les revenus suffisants pour répondre à d'autres besoins. La migration vers d'autres pays plus riches de la région devient alors également une solution. L'Afrique du Sud est l'un des principaux réservoirs de ressources humaines médicales de l'Afrique, et pourtant dans ses

¹⁴ Audition interne du CNS.

¹⁵ Paulo Ferrinho, Wim Van Lerberghe, Inês Fronteira, Fátima Hipólito et André Biscaia, *Human resources for health*, 27 octobre 2004, « Dual practice of the health sector : review of the evidence ». <http://www.human-resources-health.com/content/2/1/14>

¹⁶ *Ibidem*.

¹⁷ Katharina Kober, Wim Van Damme, *The Lancet*, Vol 364, 03 juillet 2004, « Scaling up access to antiretroviral treatment in southern Africa : who will do the job ? », p. 105.

¹⁸ 2^e sommet sur la santé dans les OMD en décembre 2004 à Abuja : *Health workforce challenges : lessons from country experiences*.

¹⁹ Yannick Jaffré et J.P. Olivier de Sardan, *Une médecine inhospitalière*, Paris, Karthala, 2003, 464 pages.

²⁰ Paulo Ferrinho, Wim Van Lerberghe, Inês Fronteira, Fátima Hipólito et André Biscaia, *Human resources for health*, 27 octobre 2004, « Dual practice of the health sector : review of the evidence ».

²¹ Audition interne du CNS.

²² 2^e sommet sur la santé dans les OMD en décembre 2004 à Abuja : *Health workforce challenges : lessons from country experiences*.

campagnes 80 % des médecins sont des étrangers venant entre autre de Zambie ou du Zimbabwe²³. Mais ce sont les pays occidentaux qui attirent le plus de volontaires à l'expatriation. On peut remarquer qu'un médecin ou une infirmière gagneraient 25 fois plus en Australie ou au Canada que s'ils exerçaient en Zambie²⁴.

Les conditions de travail offertes dans les pays du Nord, même si les conditions de traitement ne sont pas actuellement équivalentes à celles des personnels du pays d'accueil, que ce soit en termes de salaires, de sécurité professionnelle et de conditions matérielles, expliquent cet engouement à s'expatrier.

Cette migration importante est aussi favorisée par certains pays qui ont adapté leurs systèmes de formation à ceux du Nord pour permettre cet exode et s'avèrent aujourd'hui plus vulnérables au débauchage comme le Ghana, dont 50 % des diplômés migrent au bout de quatre ans et demi et 75 % au bout de neuf ans et demi²⁵. Ce phénomène ne concerne pas que l'Afrique. Les programmes des écoles d'infirmières au Bangladesh, aux Philippines, sont basés sur ceux des écoles anglaises et américaines, avec les cours en anglais, aussi les pays anglophones en sont les principaux bénéficiaires. Aux Philippines, sur 7 000 infirmiers formés, 70 % quittent le pays alors qu'il y a 30 000 postes vacants²⁶.

En 2002, plus de la moitié des médecins et des infirmières exerçant en Grande-Bretagne ont été formés à l'étranger. En 1998, les infirmières étrangères n'étaient que 25 %²⁷. L'inversion de cette tendance ne semble pas à l'ordre du jour. On estime que la Grande-Bretagne devra quasiment doubler son nombre d'infirmiers d'ici 2008. De plus, les pays du Nord ont du mal à conserver dans les zones rurales leurs médecins, or les émigrants acceptent souvent de s'y installer²⁸. En résumé, les pays occidentaux qui connaissent aussi une pénurie de personnels, avec la même désertification des campagnes, compensent leurs manques par l'absorption des personnels de santé du Sud.

Au recrutement du personnel par les pays du Nord, s'ajoute une compétition acharnée entre les différents programmes internationaux (tuberculose, malaria, santé mère/enfant...) pour disposer d'un personnel compétent qui de ce fait ne sera plus disponible pour pratiquer des soins dans son pays d'origine. Or l'OMS ne mène pas de réflexions sur la part des agences internationales dans la captation de ces personnels²⁹.

Ce phénomène de transfert de personnel du Sud vers le Nord a un coût très lourd à supporter pour les pays du Sud. Sur le plan strictement financier, il serait estimé à au moins 4 milliards de dollars annuels³⁰. Sur le plan humain, l'impact s'avère potentiellement négatif sur le renouvellement des ressources humaines en matière de santé qui sont par ailleurs confrontées à des capacités de formation insuffisantes.

Aussi pour les médecins, dans les 47 pays d'Afrique subsaharienne, il y a au total 87 écoles de médecine. Onze pays n'en possèdent pas et 24 seulement une, et toutes ces écoles ne permettent pas une formation complète³¹. Par manque de moyens, rares sont celles qui possèdent des laboratoires, des ordinateurs reliés à Internet, des abonnements à des revues scientifiques. De plus, dans la plupart des écoles, le cursus n'est pas adapté aux problèmes que rencontre le pays mais inspiré des cursus occidentaux, privilégiant trop souvent la théorie sur la pratique.

L'ensemble de tous ces facteurs (problèmes de formation, conditions de travail, émigration...) a considérablement fragilisé la présence des personnels soignants sur le terrain et leur mission de service public auprès des patients. Il s'agit donc de trouver une stratégie pour inverser cette tendance.

²³ *Emigration des personnels de santé : Les deux facettes de l'émigration des personnels de santé vers les pays riches.* <http://www.ilo.org/public/french/bureau/inf/features/03/healthworkers.htm>

²⁴ Marko Vujicic, Pascal Zurn, Khassoum Diallo, Orville Adams et Mario R Dal Poz, *Human resources for health*, 28 avril 2004, « The role of wages in the migration of health care professionals from developing countries ». <http://www.human-resources-health.com/content/2/1/3>

²⁵ *The Manager*, 2004, volume 13, numéro 2, « Tackling the crisis in human capacity development for health services », p.3. <http://www.msh.org/resources/publications/manager.html>

²⁶ *Emigration des personnels de santé : Les deux facettes de l'émigration des personnels de santé vers les pays riches.*

²⁷ *Ibidem.*

²⁸ Marko Vujicic, Pascal Zurn, Khassoum Diallo, Orville Adams et Mario R Dal Poz, *Human resources for health*, 28 avril 2004, « The role of wages in the migration of health care professionals from developing countries ».

²⁹ Audition interne du CNS.

³⁰ Amy Hagopian, Matthew J Thompson, Meredith Fordyce, Karin E Johnson et L Gary Hart, *Human resources for health*, 14 décembre 2004 : « The migration of physicians from sub-Saharan Africa to the United States of America: measures of the African brain drain ». <http://www.human-resources-health.com/content/2/1/17>

³¹ *Ibidem.*

DIFFÉRENTES STRATÉGIES DE RÉPONSE POUR AUGMENTER LES RESSOURCES HUMAINES DE SANTÉ

Dans ce contexte de crise, l'hypothèse d'une « substitution » des personnels de santé est déjà évoquée par les Etats-Unis d'Amérique. La France ne peut pas faire l'économie d'une réflexion sur une telle perspective. Celle-ci ne peut être qu'une première étape transitoire qui doit déboucher sur un transfert de compétences et de technologies.

Différentes solutions sont par ailleurs envisageables, qui ne doivent pas toutes venir des pays bailleurs et s'imposer de façon verticale. A travers ses services de coopération et les agences internationales dont elle est membre, la France peut proposer des solutions sans s'immiscer dans les politiques nationales des pays du Sud, et contribuer à la mise en place de stratégies locales.

UNE AIDE FINANCIÈRE ET TECHNIQUE PAR LA FRANCE ET LES BAILLEURS INTERNATIONAUX

La France, à travers sa coopération et le ministère des affaires étrangères, la coopération décentralisée au niveau territorial, mais aussi à travers les organismes internationaux dont elle est membre, peut apporter une aide qui doit se décliner sur le court et le long terme. Cette aide doit reposer sur des données fiables, or l'ensemble de la littérature existante sur la crise des ressources humaines souligne le manque d'informations ou le peu de fiabilité de ces dernières. Aussi, pour bien comprendre le fonctionnement des systèmes de santé, les besoins en formation et sur le terrain, afin de mieux se coordonner, il y a nécessité de soutenir la recherche en sciences sociales afin d'appréhender au mieux qui sont les personnels soignants, leur façon de travailler, le fonctionnement des hôpitaux locaux, le financement... Sur le plan national, le ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche pourrait orienter les programmes de l'Institut de recherche pour le développement (IRD) et de l'Agence nationale de recherche sur le sida (ANRS) en ce sens. Le même type de financement existant aussi au niveau territorial et européen, y avoir recours permettrait d'augmenter le nombre de recherches sur le sujet.

La perspective d'un recrutement intensif ne peut faire l'économie d'une réflexion sur la formation. Former un personnel soignant est assez long, qu'il soit infirmier (3 ans) ou médecin (5 ans). Par ailleurs, les formateurs ne peuvent pas être en même temps sur le terrain et dans les écoles. Au-delà de la formation initiale, la question de la formation continue se pose également. On estime que les connaissances au niveau du VIH/sida dans les communautés rurales africaines ont un retard de 15-20 ans³². Il n'y a pas de culture de la formation continue. Les formations sont peu nombreuses, de courte durée, peu ou pas coordonnées. Il reste souhaitable que ces formations intègrent un volet sur la qualité de la prise en charge des personnes, et l'importance de la relation patient/soignant, afin de diminuer les risques de violence du personnel soignant en direction des patients. Il convient aussi que ces formations soient diplômantes et soumises à évaluation.

Ces mesures à court terme resteront néanmoins insuffisantes si un travail en profondeur sur le plus long terme n'est pas effectué. C'est l'ensemble du système éducatif qui est à réformer pour permettre la formation d'un plus grand nombre de personnels de santé. Il faut faire une priorité de l'éducation primaire et secondaire, en incluant un recrutement massif des femmes qui ont pour le moment peu accès aux études, mais aussi en veillant à une plus grande mixité sociale et ethnique. Ce qui inclut le développement d'infrastructures, mais aussi la valorisation de la rémunération des enseignants. Ces diverses réponses peuvent être soutenues par la coopération française.

La France doit poursuivre son financement des formations locales comme elle le fait déjà par l'intermédiaire du ministère des affaires étrangères³³, de la coopération décentralisée et inciter l'Agence française de développement (AFD) à poursuivre dans cette voie. Dans le même temps, malgré la tendance actuelle du ministère de la coopération à rapatrier son personnel technique, la France pourrait envisager un changement de politique dans ce secteur. A court terme, le recours à des coopérants pour des postes de formateur paraît être une solution envisagée. Ils formeraient ainsi un personnel qui à son tour pourrait lui-même transmettre cet enseignement, et créer ainsi une chaîne du savoir. Les programmes de coopération notamment au niveau universitaire devront intégrer de façon volontariste la formation à la prise en charge du sida dans leurs priorités. Des jumelages entre des facultés de médecine ou des écoles d'infirmiers pourraient faire l'objet de mesures incitatives par la mise en place de contrats d'objectifs soumis à évaluation, mais doté de moyens financiers. Des coopérants, dans le cadre d'initiative comme celle d'ESTHER³⁴, pourraient permettre une mise à niveau et le maintien des connaissances médicales.

Membre de l'Union européenne et d'organisations multilatérales comme le Fonds mondial de lutte contre le sida et la tuberculose, la Banque mondiale..., la France peut plaider en faveur d'un financement de ces programmes de formation et promouvoir le

³² Joint learning initiative, *Human resources for health : overcoming the crisis*, octobre 2004, p. 113.

³³ Audition interne du CNS.

³⁴ Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau.

lancement d'un fonds à l'éducation co-financé par les autorités locales et l'aide internationale. Pour permettre à ces formations d'être efficaces, la France avec l'aide des institutions internationales dont elle est membre peut aussi aider les pays du Sud à mutualiser leurs pratiques et leurs expériences, afin de trouver des solutions issues du Sud. Fournir une aide technique pour le développement d'Internet, de téléconférence, d'enseignements à distance et permettre la mise en place de bases de données regroupant ces expériences mais aussi les dernières innovations en matière de recherche et de prévention.

Ces mesures ne peuvent être efficaces que si ces réformes s'accompagnent d'une amélioration des conditions de travail, faute de quoi, le personnel sanitaire, une fois formé, continuera à émigrer. Depuis longtemps, sous couvert d'arguments macro-économiques, la Banque mondiale et le Fonds monétaire international (FMI) ont refusé, voire condamné, l'investissement dans les ressources humaines³⁵. Cette politique a été un échec, aussi une évolution commence à se faire jour au sein de la Banque mondiale pourtant réticente jusqu'à présent sur la question. L'amélioration des revenus des personnels de santé est aussi un levier pour rééquilibrer l'offre de soins, notamment dans les zones rurales. Des primes pourraient être allouées pour favoriser l'implantation de personnels de santé dans les zones sinistrées comme au Ghana où la Banque mondiale a permis d'augmenter les salaires entre 15 % et 35 %³⁶. Ces mesures ne s'envisagent que si elles sont accompagnées d'un renforcement de l'encadrement et de règles interdisant les paiements officiels par les patients comme cela a été le cas au Cambodge dans un programme mené par des ONG³⁷. Aujourd'hui, le Fonds mondial de lutte contre le sida et la tuberculose et le paludisme permet qu'une importante composante de l'aide soit dédiée aux ressources humaines. La France doit soutenir cette démarche auprès de l'Agence française de développement, son agence nationale de moyens, dans le cadre de partenariats bilatéraux, mais aussi auprès d'autres partenaires comme l'Union européenne.

Cette aide doit être coordonnée pour pallier le manque de cohérence qui existe parfois entre les différents bailleurs internationaux³⁸, et s'accompagner d'un dispositif de contrôle plus efficace sur la destination finale du financement qui, dans certains pays, est détourné de son but initial.

Si l'augmentation des salaires peut ralentir l'émigration des personnels soignants, les politiques de recrutement des pays développés restent cependant à redéfinir. Inciter des directeurs d'écoles et doyens d'universités d'Afrique, par l'intermédiaire de primes, à envoyer les nouveaux diplômés au Nord n'est pas acceptable³⁹. La France a un rôle important à jouer à ce niveau. En l'an 2000, seulement 4 % des médecins exerçant en France sont des médecins étrangers⁴⁰. La tendance du recours à des médecins de nationalités étrangères est cependant à l'augmentation, puisque entre 2002 et 2003 leur nombre a cru de 7,2 %⁴¹. Mais si la demande augmente, la France n'est pas le pays développé qui absorbe le plus les ressources humaines des PED. Elle pourrait donc avoir un rôle incitatif pour les autres pays en promouvant une politique de bonnes pratiques moins incitative au débauchage y compris au sein des agences internationales dont elle est membre⁴². La France pourrait également apporter son soutien aux revendications des PED concernant la mise en place d'un fonds international gérant les compensations financières versées aux PED pour la main d'œuvre de santé fournie aux pays riches⁴³.

L'une des pistes explorées depuis plusieurs années pour aider les organisations internationales et les Etats dans leurs missions de santé est celle des partenariats public/privé (PPP)⁴⁴. L'idée est que l'expertise du secteur privé peut contribuer à surmonter les obstacles financiers ou organisationnels rencontrés par le secteur public. Si l'on s'intéresse à la fuite du personnel de santé du secteur public vers le secteur privé, on constate qu'elle est stimulée en partie par les entreprises qui assurent la couverture médicale de leurs employés par l'intermédiaire des cliniques ou des cabinets privés. Dans la perspective de la mise en œuvre de PPP pour répondre à la crise des ressources humaines en santé, en tenant compte de l'attraction que représentent les entreprises pour le personnel du service public de santé, la France pourrait inciter ses entreprises à réfléchir à des partenariats public/privé qui

³⁵ Audition interne du CNS.

³⁶ Joint learning initiative, *Human resources for health : overcoming the crisis*, octobre 2004, p.121.

³⁷ Rapport de la Banque mondiale : *World development report 2004 : Making Services Work for poor people in 2003*, p. 128.

http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2004/07/30/000012009_20040730102437/Rendered/PDF/268950French.pdf

³⁸ Audition interne du CNS.

³⁹ *Ibidem*.

⁴⁰ Etude n° 34 du Conseil national de l'ordre des médecins, novembre 2001, « Démographie médicale française, situation au 1^{er} janvier 2001 » p.37.

⁴¹ Etude n° 37 du Conseil national de l'ordre des médecins, décembre 2004, « Démographie médicale française, situation au 1^{er} janvier 2004 » p.139.

⁴² Joint learning initiative, *Human resources for health : overcoming the crisis*, octobre 2004, p.107.

⁴³ 2^e sommet sur la santé dans les OMD en décembre 2004 à Abuja : *Health workforce challenges : lessons from country experiences*

⁴⁴ Buse K, Walt G, "Global public-private partnerships", "Part I – a new development in health ?", BWHO, 78(4), 2000, pp. 549-561. "Part II – what are the health issues for global governance ?", BWHO, 78(5), 2000, pp. 699-709. Buse K, Walt G, "Globalisation and multilateral public-private health partnership : issues for health policy", in Lee K, Buse K, Fustukian S. (eds), *Health Policy in a Globalising World*, Cambridge, Cambridge University Press, 2002.

contribueraient au renforcement du secteur public et de ses salaires plutôt qu'à attirer son personnel sans contrepartie. Au minimum, les PPP discutés devraient prendre en compte la place des entreprises dans cette fuite du personnel pour y apporter une réponse.

Cependant, quelles que soient les mesures initiées par la France et ses partenaires bailleurs, si les Etats du Sud ne s'engagent pas totalement en investissant dans les réformes structurelles nécessaires, le problème restera entier.

DES RÉFORMES STRUCTURELLES NÉCESSAIRES AUX PRATIQUES EXISTANTES AU SUD

Avant toute chose, les PED devraient se préoccuper des conditions d'exercice du personnel soignant en activité. La protection, la valorisation et la reconnaissance du travail des professionnels de santé sont en effet primordiales pour inverser leur fuite du secteur de la santé ou du pays. L'amélioration des conditions de sécurité est une priorité : financer des gants pour le personnel, des incinérateurs pour les seringues..., mais surtout promouvoir un accès gratuit à une prophylaxie post-exposition sans oublier une prise en charge thérapeutique sur le long terme⁴⁵, qui changerait considérablement le rapport aux malades.

La question de la formation, et plus largement de l'éducation, devrait être également un axe prioritaire des gouvernements locaux. L'éducation aux niveaux primaire et secondaire représente le vivier des futurs travailleurs de santé. Or, ne serait-ce qu'en Afrique, seules 39 % des femmes ont accès à des études secondaires, il faudrait donc compenser ce déséquilibre. Certains pays ont commencé à réagir, comme le Malawi, qui a mis en place des cours de rattrapage pour compenser les faiblesses de l'éducation du secondaire. Cela a permis d'accroître le nombre des inscriptions en médecine de 20 à 60 par an, favorisant ainsi le recrutement local⁴⁶. L'accès aux études universitaires dans le domaine de la santé pourrait se fonder sur un dispositif qui obligerait le futur diplômé à travailler un nombre d'années donné dans son pays en contrepartie du financement de ses études, voire dans les campagnes l'année qui suit l'obtention du diplôme, comme cela est pratiqué notamment à Cuba⁴⁷ et qui permettrait un accès aux études supérieures pour les populations les plus pauvres. Cependant les mesures contraignantes sont souvent contournées si elles ne sont pas accompagnées en même temps de mesures incitatives.

Des échanges régionaux existent déjà pour la formation locale de personnel médical entre pays de l'Océan indien⁴⁸. Plus largement pour le Sud, le manque d'écoles de médecine peut être compensé par l'envoi d'étudiants dans d'autres pays du Sud, mieux dotés sur le plan des études médicales comme à Cuba où 9 000 étudiants de 83 pays ont déjà été formés.

Néanmoins, former du personnel nécessite du temps, et il y a des zones où le manque de personnel médical fait cruellement défaut. C'est pourquoi des PED ont recours à du personnel étranger. Ainsi depuis 1960, plus de 67 000 professionnels de santé cubains ont œuvré dans 94 pays. Ils perçoivent leur salaire cubain et bénéficient de la part du pays d'accueil d'une prime de 100 \$ mensuels, de la prise en charge du logement, de la nourriture et des transports⁴⁹.

Certains pays, quand ils ne font pas appel à cette main d'œuvre extérieure, ont recours à un personnel de santé de substitution pour effectuer une tâche qui dépasse les limites fixées habituellement par leur statut et leur formation. Cette substitution est particulièrement utilisée dans les zones rurales. On constate deux types de substituts :

- ceux à qui l'on ne confie que certaines tâches, dont ils rendent compte à des médecins. Ce choix permet aux médecins de déléguer, tout en supervisant le travail de leurs équipes. Un nombre grandissant d'infirmières et d'officiers de santé remplace ainsi les médecins pour les premiers soins⁵⁰.
- ceux qui effectuent un remplacement complet grâce à une formation qui varie selon les pays. Au Ghana, des médecins généralistes, après une formation de 18 mois, remplacent des spécialistes. En Tanzanie, il y a différents substituts avec des niveaux de formation différents, les plus qualifiés pouvant intégrer une école de médecine. Cela évite un éventuel découragement par l'impression de ne pas pouvoir évoluer tant au niveau salarial qu'au niveau des compétences⁵¹.

Ce système de substitution freine l'émigration, les diplômés n'étant pas reconnus internationalement. Ces formations moins longues sont aussi moins onéreuses et justifient un salaire un peu moins élevé. Cet accès à des qualifications supérieures liées à une pratique

⁴⁵ Audition interne du CNS.

⁴⁶ 2^e sommet sur la santé dans les OMD en décembre 2004 à Abuja : *Health workforce challenges : lessons from country experiences*.

⁴⁷ Rapport de la Banque mondiale : *World development report 2004 : Making Services Work for poor people in 2003*, p. 183.

⁴⁸ Audition interne du CNS.

⁴⁹ Joint learning initiative, *Human resources for health : overcoming the crisis*, octobre 2004, p. 110.

⁵⁰ Delanyo Dovlo, *Human resources for health*, 18 juin 2004 : « Using mid-level cadres as substitutes for internationally mobile health professionals in Africa. A desk review ». <http://www.human-resources-health.com/content/2/1/7>

⁵¹ *Ibidem*.

de terrain, permet une plus grande mixité sociale incluant des personnels issus de la population locale. Mieux intégrés dans les communautés, ils diminuent les rapports de domination et de violence. Formés localement, ces substituts ont tendance à demeurer là où ils travaillent, y compris dans les zones rurales.

Cependant, cette substitution a principalement recours à une main d'œuvre de santé existante même si elle élargit l'espace de ses compétences. Pour réellement accroître les ressources humaines, il est donc nécessaire de rechercher d'autres collaborations auprès de la population communautaire locale, notamment dans les zones rurales.

L'utilisation de travailleurs communautaires ou de tradithérapeutes formés et encadrés pour les traitements basiques (traitement de la diarrhée, éducation à la santé et à l'hygiène, planning familial, prévention, nutrition...) est au centre de nombreuses stratégies expérimentées⁵². On retrouve là le principe du personnel de substitution, mais au lieu de solliciter du personnel de santé formé, on a recours à des individus issus de la communauté pour effectuer des tâches assez simples. Leurs formations n'ont pas la même durée, allant de 3 jours en Indonésie à trois mois en Inde⁵³. Cette substitution permet de libérer du temps pour le personnel de santé, plus qualifié, qui peut ainsi prendre en charge des activités plus techniques. Le rôle de la communauté ne s'arrête pas là, notamment quand elle finance elle-même une partie des prestations ce qui lui permet de bénéficier davantage de services, de transparence et de responsabilité de la part des prestataires, pour moins de dépenses. Cependant pour être optimal, il faut que le co-paiement soit lié à la performance, et qu'il constitue une contribution aux revenus des prestataires plutôt qu'une compensation à l'inadéquation des fonds publics. Ce contrôle communautaire de la performance des services de santé a été repris au Vietnam et en Bolivie et permet aux collectivités d'appréhender les principaux obstacles situés du côté de la demande et de faire en sorte que ces services répondent aux besoins de la collectivité. Au Mali, à Madagascar ou au Sénégal, des associations d'utilisateurs emploient, paient et contrôlent mensuellement des professionnels de santé qui servent les habitants⁵⁴.

Le travail effectué par la communauté a de multiples facettes et il ne faut en négliger aucune. De nombreuses personnes dans les familles, souvent des femmes, assurent un soutien psychologique et s'occupent des soins de leurs proches. Ces « travailleurs invisibles »⁵⁵ représentent une main d'œuvre importante. De même, des associations de personnes malades se sont créées dans certains pays comme la Tanzanie ou le Togo. Elles mènent un travail de prévention et sont surtout investies dans le domaine psychosocial et l'accompagnement puisque les structures de santé publiques sont absentes de ce type d'approche.

Il existe aussi de nombreuses associations à caractère confessionnel qui ont une expérience médicale. Dans certains pays d'Afrique de l'Est et australe, elles représentent le potentiel d'accès aux soins le plus important. Toutefois, les principes religieux de ces associations ne permettent pas toujours une démarche conjointe entre prévention et soins. Pour autant ces associations peuvent représenter un fort vivier de ressources humaines et les ignorer serait sans doute une erreur. Les États-Unis l'ont déjà bien compris.

Les stratégies sont donc plurielles, tant par l'aide que peut apporter le Nord que par les solutions et innovations que peut proposer le Sud. Ce n'est que par la volonté affichée des deux et leur coordination qu'émergera la synergie nécessaire pour que des résultats soient possibles.

⁵² Charles Hongoro et Barbara Mc Pake, *The Lancet*, Vol 364, 16 octobre 2004, « How to bridge the gap in human resources for health ? », p. 1454.

⁵³ Joint learning initiative, *Human resources for health : overcoming the crisis*, octobre 2004, p. 46.

⁵⁴ Rapport de la Banque mondiale : *World development report 2004 : Making Services Work for poor people in 2003*, p. 169.

⁵⁵ Joint learning initiative, *Human resources for health : overcoming the crisis*, octobre 2004, p. 43.

LISTE DES PERSONNALITÉS AUDITIONNÉES :

Le Conseil national du sida remercie très vivement les personnes ayant bien voulu être auditionnées par la Commission Internationale :

- Docteur Mario Dal Poz, département des ressources humaines pour la santé, Organisation mondiale de la santé (OMS), Genève ;
- Professeur Bruno Dujardin, responsable de l'unité « Politiques et programmes de santé dans les pays en développement », Université Libre, Bruxelles ;
- Professeur Gilles Dussault, senior health specialist (Policy), Institut de la Banque Mondiale, Washington ;
- M. Eric Fleutelot, directeur des programmes internationaux, association Sidaction, Paris ;
- Mme le docteur Lieve Fransen, chef de l'unité développement social et humain, direction générale développement, Commission Européenne, Bruxelles ;
- Docteur François-Marie Lahaye, chargé de mission, bureau de la santé, Direction générale de la coopération internationale et du développement, Ministère des affaires étrangères, Paris ;
- Docteur Michel Lavollay, senior advisor, private sector, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, Genève ;
- Docteur Jean-Elie Malkin, conseiller, veille médicale et scientifique, Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau (GIP ESTHER), Paris ;
- Mme le docteur Henriette Meilo, présidente du comité thérapeutique DARVIR et Mme le docteur Margaret Sanga, hôpital Laquintinie, Douala ;
- M. Pierre Morange, député des Yvelines, Assemblée nationale, Paris ;
- Mme le docteur Claire Mulanga, spécialiste technique principale sur le VIH/sida et le monde du travail, Programme de l'Office international du travail sur le VIH/sida et le monde du travail (OIT/SIDA), Genève ;
- M. Jean-Michel Sévérino, directeur général, et Mme Marie-Odile Waty, responsable du secteur santé, Agence française de développement (AFD), Paris.