

# Note d'information technique

## Soutien stratégique aux ressources humaines pour la santé

15 décembre 2016  
Genève, Suisse

# Table des matières

Abréviations et acronymes .....	3
I. Introduction .....	4
II. Principes généraux à respecter dans les candidatures, notamment les demandes de soutien aux ressources humaines pour la santé.....	5
01 Prise en compte de la pérennité .....	6
02 Apport d'éléments de preuve solides justifiant les investissements .....	7
03 Investissements au vu du marché du travail des personnels de santé dans le pays	8
04 Investissement dans des démarches intégrées liées aux ressources humaines pour la santé .....	8
05 Établissement de partenariats stratégiques .....	9
06 Possibilités d'investissements dans les technologies de l'information et de la communication .....	10
III. Types d'investissements liés aux ressources humaines pour la santé soutenus par le Fonds mondial .....	10
01 Politiques, gouvernance et planification/gestion des ressources humaines pour la santé .....	11
02 Éducation et formation .....	13
03 Salaires et rémunération .....	14
04 Fidélisation et motivation .....	17
IV. Investissements liés aux ressources humaines pour la santé dans des contextes nationaux différents.....	19
Tableau 1 : Financement prioritaire des investissements stratégiques liés aux ressources humaines pour la santé – exemples .....	21
Annexe 1 : Liste annotée des ressources relatives aux personnels de santé .....	23
Annexe 2 : Exemples de pays tendant vers la pérennité et renforçant la préparation pour la transition en matière de ressources humaines pour la santé .....	25
Références.....	26

## Abréviations et acronymes

ALF = agent local du Fonds  
CDC = centres américains pour le contrôle et la prévention des maladies  
CHAI = Initiative Clinton pour l'accès à la santé  
COE = contexte d'intervention difficile  
CSO = organisation de la société civile  
DHIS = système d'information sanitaire au niveau des districts  
GAVI = Global Vaccine Alliance  
HMIS = système d'information sur la gestion de la santé  
iCCM = prise en charge intégrée des cas au niveau communautaire  
NTIC = nouvelles technologies de l'information et de la communication  
MDR = multirésistant aux médicaments  
ODD = objectifs de développement durable  
OEV = orphelins et enfants vulnérables  
OMS = Organisation mondiale de la Santé  
ONG = organisation non gouvernementale  
PNUD = Programme des Nations Unies pour le développement  
RAMP = collecte rapide de données par téléphone portable  
RHS = ressources humaines pour la santé  
RSS = renforcement des systèmes de santé  
SIDA = Syndrome d'immunodéficience acquise  
SIRH = système d'information sur les ressources humaines  
SRMNCAH = santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente  
SRPS = systèmes résistants et pérennes pour la santé  
UNFPA = Programme des Nations Unies pour la population  
UNICEF = Fonds des Nations Unies pour l'enfance  
USAID = Agence des États-Unis pour le développement international  
VIH = virus de l'immunodéficience humaine

*Remerciements:* Le Fonds mondial a élaboré la présente note d'information technique avec le concours du Département des personnels de santé de l'OMS, aux fins de garantir son alignement sur les dernières orientations normatives relatives aux ressources humaines pour la santé. Il tient à remercier ses homologues au sein de l'OMS, ainsi que des nombreux acteurs consultés tout au long de la préparation des présentes, pour leurs conseils experts et leur démarche collaborative.

# I. Introduction

Les difficultés liées aux ressources humaines pour la santé représentent un frein stratégique au renforcement et à l'amélioration de la qualité des services de santé, notamment aux services liés au VIH/sida, à la tuberculose et au paludisme<sup>a</sup>. La corrélation entre d'une part, la disponibilité et l'accessibilité des personnels de santé, et d'autre part, la couverture des services et les résultats sanitaires, est bien établie<sup>2,3,4,5</sup>. La plupart des pays soutenus par le Fonds mondial sont confrontés à des difficultés liées aux ressources humaines pour la santé, notamment des pénuries et des distributions inéquitables, une forte rotation du personnel, des études et des formations inadéquates, des conditions de travail médiocres et un manque de données fiables sur les effectifs de santé. Par conséquent, la question des ressources humaines pour la santé est une composante importante des initiatives visant à atteindre les objectifs de développement durable en matière de santé<sup>6</sup> et à établir des systèmes résistants et pérennes pour la santé<sup>a</sup>. C'est un objectif clé de la nouvelle stratégie du Fonds mondial pour 2017/2022<sup>7</sup>. À ces fins, le Fonds mondial doit impérativement veiller à tirer pleinement parti des ressources humaines pour la santé.

En collaboration avec les ministères de la Santé et les partenaires techniques, le Fonds mondial doit également évaluer les implications de ses investissements pour les personnels de santé, et veiller à renforcer durablement ces ressources. Cette responsabilité a été formalisée par la Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé<sup>8</sup>, établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), approuvée à la 69<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la santé en mai 2016.

Aux fins du présent document, les expressions « ressources humaines pour la santé » et « personnels de santé » incluent à la fois les professionnels de santé ayant des responsabilités cliniques (médecins, infirmiers, sages-femmes, pharmaciens et agents de santé communautaires), ainsi que les personnes chargées de les appuyer (par ex. gestionnaires de services de santé, employés de programme, agents administratifs, techniciens de laboratoire, assistants sociaux, agents de santé environnementale, et agents de santé communautaires tels que les éducateurs pairs et les agents de prise en charge et de dépistage au niveau communautaire). Ainsi, toutes les ressources humaines soutenues par les subventions du Fonds mondial sont incluses dans ces termes. L'annexe 1 fournit une liste de ressources et outils relatifs aux ressources humaines pour la santé.

Le Fonds mondial entend placer l'éthique et la pérennité au cœur de ses investissements liés aux ressources humaines pour la santé, ce qui implique nécessairement des limites quant aux types d'appui offerts, en particulier dans les pays ne possédant pas de politiques ou de stratégies nationales pertinentes pouvant orienter ces investissements. La présente note d'information clarifie la démarche du Fonds mondial en matière d'investissements liés aux ressources humaines pour la santé, et définit à ces fins les éléments ci-après :

1. les principes généraux qui sous-tendent les investissements du Fonds mondial liés aux ressources humaines pour la santé (section 2) ;
2. les différents types d'investissements pouvant être soutenus par le Fonds mondial (section 3) ;  
et
3. le degré de soutien offert par le Fonds mondial en matière de ressources humaines pour la santé, selon le contexte du pays (section 4).

Cette note d'information a vocation à aider les pays dans la préparation de leurs demandes de financement au Fonds mondial. Elle doit servir d'appui aux discussions et aux négociations avec les parties prenantes lors de l'établissement des candidatures. Les candidats doivent lire l'intégralité du document, à commencer par les points ci-après :

---

<sup>a</sup> Pour en savoir plus sur la démarche liée à l'établissement de systèmes résistants et pérennes pour la santé, cliquez [ici](#). Vous pouvez également consulter le [document du Fonds mondial sur l'établissement de systèmes résistants et pérennes pour la santé](#) (2016, en anglais).

- Les demandes de financement comprenant des investissements liés aux ressources humaines pour la santé doivent apporter la preuve d'une connaissance des conditions sous-jacentes du marché des ressources humaines pour la santé (voir la section 2.3), et indiquer clairement en quoi les investissements seront pérennes et stratégiques au vu du marché du travail et plus généralement, au regard du système des soins de santé primaire (voir les sections 2.1 à 2.6).
- Si des politiques, plans et stratégies nationaux liés aux personnels de santé ont été établis, les demandes d'investissements dans ce domaine doivent s'aligner sur ces références. S'ils n'existent pas, le Fonds mondial soutient en priorité leur établissement. De même, la plupart des pays pourront demander un soutien à l'établissement ou au renforcement de la gestion et de la planification des ressources humaines pour la santé (voir la section 3.1).
- À des fins de pérennité optimale, les investissements liés à la formation pédagogique et continue des personnels de santé doivent être centrés sur la formation préalable à l'entrée en poste et le perfectionnement professionnel continu des agents de soins de santé primaire, plutôt que sur la formation à court terme spécifique à une maladie du personnel déjà en poste (voir la section 3.2). Le Fonds mondial maintiendra néanmoins son soutien à la formation continue si le candidat peut apporter la preuve de sa nécessité.
- Conformément à la stratégie mondiale de l'OMS sur les ressources humaines pour la santé, le Fonds mondial investira à la fois dans les dépenses en capital et dans les dépenses récurrentes (notamment les salaires), selon que de besoin. Les investissements liés aux salaires doivent être conformes aux directives actuelles du Fonds mondial en matière d'établissement des budgets et accompagnés d'éléments prouvant leur nécessité pour la fourniture des services liés à la tuberculose, au paludisme et/ou au VIH (voir la section 3.3).
- Les compléments de salaire et les incitations financières doivent être évités, sauf s'ils constituent le seul moyen de fournir au personnel de santé un moyen de subsistance et/ou sont essentiels à l'atteinte des objectifs du Fonds mondial ; ils seront financés uniquement si le candidat apporte la preuve de leur nécessité. D'autres moyens de fidélisation et de motivation doivent être envisagés en priorité (voir la section 3.4).
- La démarche du Fonds mondial peut différer selon les pays, car une intervention appropriée dans un contexte peut ne pas l'être dans un autre (voir la section 4).

## **II. Principes généraux à respecter dans les candidatures, notamment les demandes de soutien aux ressources humaines pour la santé**

Les investissements liés aux ressources humaines pour la santé seront prioritaires si la question des effectifs de santé constitue une entrave à la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité ou la qualité d'activités fondées sur des éléments probants, relatives à la prévention, au dépistage, à la prise en charge et aux soins du VIH, de la tuberculose et du paludisme (et des objectifs plus larges liés à la santé), en particulier dans les pays dont la charge de morbidité et la capacité économique sont faibles.

Les principes généraux ci-après doivent être pris en compte lors de l'établissement de demandes de financement des ressources humaines pour la santé :

- prise en compte de la pérennité ;
- apport d'éléments de preuve solides justifiant les investissements ;
- investissements au vu du marché du travail des personnels de santé dans le pays ;
- investissements dans des démarches plus intégrées liées aux ressources humaines pour la santé ;
- établissement de partenariats stratégiques ; et
- possibilités d'investissements dans les technologies de l'information et de la communication.

## 01 Prise en compte de la pérennité

Le Fonds mondial définit la pérennité de ses programmes au vu de leur capacité à maintenir une couverture de services suffisant à poursuivre la lutte contre la maladie, y compris à l'issue du soutien financier externe. L'accent doit être mis sur l'amélioration durable des résultats épidémiologiques au moyen d'un engagement soutenu en faveur de la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, pas nécessairement sur la pérennité de programmes spécifiques. Pour en savoir plus, référez-vous à la politique et la note d'orientation du Fonds mondial en matière de pérennité, de transition et de cofinancement<sup>bc</sup>.

L'un des éléments clés de la pérennité programmatique consiste à intégrer les interventions liées aux ressources humaines pour la santé dans un plan stratégique national chiffré et solide, ayant une valeur juridique et dont le budget est établi annuellement. Les demandes de financement doivent présenter clairement en quoi les interventions proposées sont alignées sur les politiques, stratégies et plans nationaux.

Si les politiques, stratégies et plans liés aux effectifs de santé sont inexistantes ou faibles, un soutien du Fonds mondial doit être proposé aux fins de les établir et de les mettre en œuvre, en collaboration avec d'autres partenaires de développement lorsque cela est faisable et approprié. Une gouvernance et une gestion robustes des ressources humaines pour la santé nécessitent néanmoins davantage qu'un simple plan. Aussi, le soutien du Fonds mondial pourra inclure des activités d'établissement ou de renforcement des capacités des institutions pertinentes au niveau national ou infranational, propres à assumer les fonctions et les tâches liées à l'analyse, la planification, la définition de politiques, le suivi et l'évaluation des ressources humaines pour la santé et du marché des effectifs de santé (voir également la section 3.1).

Aux fins de pérenniser les investissements liés aux ressources humaines pour la santé, les pays peuvent donner la priorité aux interventions et aux démarches entraînant des économies ou une utilisation des ressources présentant un bon rapport coût/efficacité. Quelques exemples sont présentés ci-après :

- amélioration de la transparence et de l'efficacité des systèmes de gestion financière des effectifs de santé, notamment du versement des salaires (voir la section 3.1) ;
- mesures d'incitation et allocations visant à réduire les taux de démission au sein des institutions d'enseignement de la santé (voir la section 3.2) ;
- investissement dans la formation préalable à l'entrée en poste du personnel de santé, qui présente souvent une solution plus économique et pérenne qu'un centrage sur la formation continue à court terme, spécifique à une maladie<sup>9,10</sup> (voir la section 3.2) ;
- centrage prioritaire sur les agents investis dans les soins de santé primaire, notamment les agents de santé communautaires ; et
- incitations non financières visant à améliorer la motivation, les résultats et la fidélisation des agents de santé (voir la section 3.4).

---

<sup>b</sup> Référez-vous à la [Politique du Fonds mondial en matière de pérennité, de transition et de cofinancement](#).

<sup>c</sup> Référez-vous à la note d'information technique sur la Politique du Fonds mondial en matière de pérennité, de transition et de cofinancement, disponible [ici](#)

La pérennité implique une intensification des investissements nationaux dans la santé. Le Fonds mondial encouragera cet engagement financier au moyen de critères de cofinancement<sup>d</sup>. De plus, le Fonds mondial soutiendra et coordonnera avec ses partenaires la fourniture d'un appui technique, aux fins de garantir que les pays fondent leurs plans stratégiques sur des stratégies de financement de la santé publique robustes et complets, faisant appel au secteur privé le cas échéant. Référez-vous à l'encadré 1 pour obtenir des exemples d'investissements liés aux ressources humaines pour la santé

### **Encadré 1 : Exemples d'investissements pérennes liés aux ressources humaines pour la santé**

En **Afrique du Sud**, le Fonds mondial paie les salaires du personnel chargé d'établir et de mettre en œuvre un nouveau système de gestion de la chaîne d'approvisionnement liée à divers médicaments et produits essentiels. Deux ans seront nécessaires à l'intégration de ces coûts récurrents dans le cycle budgétaire du Ministère, mais ce processus a commencé.

En **Bulgarie**, la subvention liée au VIH a aidé à financer l'ouverture et la maintenance de 19 centres de conseil et de dépistage volontaire entre 2004 et 2015, et 4 centres de traitement par la méthadone, qui fournissent des traitements de substitution aux opiacés à 400 consommateurs de drogues injectables. Sur ce chiffre, 13 centres de conseil et de dépistage et 3 centres de traitement par la méthadone sont financés par les autorités publiques (notamment les salaires du personnel) et sont toujours opérationnels.

L'économie **bangladaise** s'est développée au point que le pays est depuis peu classé dans les revenus intermédiaires de la tranche inférieure, et que les autorités publiques ont récemment annoncé leur volonté d'accroître les dépenses de santé. Dans un premier temps, la stratégie de renforcement de la pérennité des ressources humaines pour la santé au Bangladesh vise à transférer au Ministère de la Santé le paiement des salaires des fonctionnaires de santé actuellement financés par le Fonds mondial. Ce processus sera facilité par le fait que le plan d'investissement stratégique du gouvernement a fait des effectifs de santé une priorité.

affichant une forte volonté de montrer que la pérennité avait été prise en compte très tôt dans le processus.

## **02 Apport d'éléments de preuve solides justifiant les investissements**

La présentation d'éléments de preuve et de données robustes et fiables, justifiant clairement la nécessité d'un investissement, renforcera aux yeux du Fonds mondial le poids d'une demande de financement liée aux ressources humaines pour la santé. Dans les pays possédant un système d'information sur la gestion de la santé et un système d'information des ressources humaines efficaces, l'obtention des données nécessaires devrait être relativement simple. Cependant, de nombreux pays soutenus par le Fonds mondial ne possèdent pas de tels systèmes ou leurs systèmes ne fonctionnent pas efficacement. Dans ces cas, le Fonds mondial peut envisager de financer des initiatives d'établissement ou de renforcement de ces systèmes (voir la section 3.1).

L'amélioration des systèmes de collecte, de compilation, d'analyse et de diffusion des données sur les personnels de santé contribuera également à renforcer l'efficacité du suivi et de l'évaluation des investissements du Fonds mondial liés aux effectifs de santé, conformément au cadre de suivi et d'évaluation du Fonds mondial<sup>e</sup>.

<sup>d</sup> [Politique du Fonds mondial en matière de pérennité, de transition et de cofinancement](#). Référez-vous également à la note d'information technique sur la Politique du Fonds mondial en matière de pérennité, de transition et de cofinancement, disponible [ici](#).

<sup>e</sup> Référez-vous au [Cadre du Fonds mondial relatif au suivi et à l'évaluation](#).

### 03 Investissements au vu du marché du travail des personnels de santé dans le pays

Aux fins de disposer d'effectifs de santé solides et efficaces, capables de répondre aux priorités actuelles, les pays doivent mettre en corrélation l'offre et les compétences des agents de santé professionnels et communautaires avec les besoins des populations, aujourd'hui et demain. Les candidatures doivent apporter la preuve d'une bonne appréciation des conditions sous-jacentes du marché de la main d'œuvre des personnels de santé (secteurs public et privé). Par exemple, en cas de pénurie de personnel de santé, la réponse à apporter variera selon que cette insuffisance est liée à l'offre, à la demande, ou les deux. Une pénurie liée à l'offre survient quand une quantité insuffisante de personnel de santé est produite/importée et conservée. Une pénurie liée à la demande survient quand un pays n'est pas en mesure de couvrir les coûts récurrents liés à la quantité de personnels de santé requise. Dans ce cas, avant d'accorder un éventuel soutien, le Fonds mondial tient compte des éléments ci-après :

- En cas de pénurie de personnel (les postes financés ou la demande économique sont supérieurs au nombre d'agents de santé actuellement disponibles), le Fonds mondial envisage de soutenir la formation préalable à l'entrée en poste afin d'accroître le nombre d'agents de santé à la hauteur des besoins de la population.
- Inversement, si le nombre d'agents de santé excède le nombre de postes financés par le secteur public (agents de santé sous-employés ou sans emploi), le Fonds mondial envisage de financer des postes supplémentaires s'il est prouvé que cette solution est viable et/ou nécessaire afin d'accroître la couverture des services liés aux trois maladies.
- Dans la plupart des pays à revenu faible, l'offre des effectifs de santé et la demande économique sont inférieures aux besoins de la population. Dans ces contextes, il convient d'adopter une double démarche et d'investir à la fois dans le financement de postes supplémentaires et dans l'intensification de la formation préalable à l'entrée en poste des professionnels de santé.
- Dans les contextes où l'analyse du marché de la main d'œuvre indique que la rémunération des personnels de santé ne suffit pas à fournir les services requis, le Fonds mondial envisage d'apporter un soutien aux fins d'améliorer la rémunération du personnel et d'accroître sa fidélisation, ainsi que sa distribution géographique.

Si le marché de la main d'œuvre n'a pas été dûment analysé, le Fonds mondial peut soutenir cet examen (par ex. en finançant un appui technique aux fins de compiler et analyser les données requises). Les décisions d'investissement seront ainsi éclairées par une appréciation des déficits financiers, de la marge de manœuvre budgétaire et de la capacité d'absorption des ressources humaines pour la santé à l'avenir.

### 04 Investissement dans des démarches intégrées liées aux ressources humaines pour la santé

Un manque de coordination entre les programmes de lutte contre la maladie peut entraîner une fragmentation de la fourniture des services et une absence de coordination des tâches et des démarches des personnels de santé. La pérennité et l'efficacité peuvent être améliorées au moyen d'une meilleure intégration des services et des ressources humaines pour la santé, au niveau communautaire et dans les établissements de santé primaire, selon que de besoin, dans le respect des stratégies nationales (le cas échéant) et des structures de fourniture de services existantes. Cette intégration des services ne signifie pas nécessairement que tout doit être intégré dans un ensemble de services unique, de la même manière qu'une démarche intégrée relative aux ressources humaines pour la santé ne signifie pas qu'un agent de santé sera chargé de fournir tous les services. L'idée est plutôt de garantir la coordination des agents de santé professionnels et non professionnels en matière



d'études, de formation, de supervision, de rémunération et de possibilités de perfectionnement professionnel.

De nombreuses opportunités d'intégration dans une multitude de contextes permettraient de garantir la prise en charge des différents besoins des patients sans délai. Les candidats doivent donc

### **Encadré 2 : Exemples d'investissements intégrés liés aux personnels de santé, visant à établir des systèmes résistants et pérennes pour la santé**

En **Mauritanie**, les autorités publiques ont récemment approuvé un programme de formation intégrée de 500 agents de santé communautaires, cofinancé par le gouvernement, UNICEF et le Fonds mondial. Ce programme visait initialement une prise en charge intégrée des cas au niveau communautaire, mais le Ministère de la Santé y a vu une opportunité inédite de former les agents de santé à la fourniture d'un ensemble complet de services de santé communautaires aux adultes et aux enfants, notamment dans le cadre de la santé reproductive, du sida et de la tuberculose.

De même, en **Namibie**, les agents de santé communautaires fournissaient uniquement un soutien et des soins palliatifs liés au sida, mais au terme d'une formation de six mois de vulgarisation sanitaire, certains se sont qualifiés pour fournir également des soins chroniques et mener des dépistages à domicile. À terme, ces agents de vulgarisation sanitaire devraient intervenir dans les programmes liés aux trois maladies.

s'employer à maximiser les synergies entre les investissements liés aux effectifs de santé, qu'ils soient spécifiques à une maladie, aux établissements de santé ou aux communautés, en particulier dans le cadre des services de santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente (voir l'encadré 2 ci-avant pour obtenir des exemples de pays). Pour en savoir plus sur les démarches intégrées, référez-vous à la note d'information sur l'établissement de systèmes résistants et pérennes pour la santé et à la note d'information technique sur la santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente<sup>f</sup>.

## 05 Établissement de partenariats stratégiques

Le Fonds mondial étant mandaté pour lutter contre le sida, la tuberculose et le paludisme, il n'est a priori pas tenu de s'engager dans des initiatives liées au développement ou à l'amélioration des effectifs de santé des pays. Sa stratégie vise plutôt à identifier, en collaboration avec les pays, les déficits liés aux personnels de santé qui affectent les initiatives de lutte contre les trois maladies et les services y afférents (services intégrés liés à la santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente). Les candidatures doivent expliquer comment les interventions proposées aideront les pays à combler ces déficits jusqu'à ce que les autorités publiques puissent prendre le relais.

De nombreuses organisations et institutions s'investissent dans le domaine des ressources humaines pour la santé, et le Fonds mondial s'engage à travailler en collaboration avec elles. L'OMS facilite l'établissement de politiques mondiales sur les ressources humaines pour la santé<sup>g</sup> ; d'autres agences internationales s'emploient également à influencer sur certaines questions spécifiques, à l'instar de l'Organisation internationale du travail (sur les conditions de recrutement), l'UNICEF et l'UNFPA (particulièrement actifs sur les questions liées à la santé maternelle et infantile, y compris sur certains aspects relatifs aux ressources humaines). Les autorités publiques sont tenues de s'assurer que les politiques, stratégies et plans nationaux liés aux personnels de santé sont adaptés aux besoins de la

<sup>f</sup> La note d'information sur l'établissement de systèmes résistants et pérennes pour la santé et la note d'information technique sur la santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente sont disponibles (en anglais) sur la page dédiée aux [ressources pour les candidats](#).

<sup>g</sup> Par exemple, la [Stratégie mondiale de l'OMS sur les ressources humaines pour la santé](#) et le [Code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé](#).

population et aux attentes des citoyens, et s'appuient sur des politiques et stratégies mondiales fondées sur des éléments probants, le cas échéant et si la situation s'y prête. La Banque mondiale et le PNUD peuvent également engager un dialogue sur la création de marges de manœuvre budgétaires aux fins d'absorber les coûts récurrents liés aux personnels de santé. L'OMS apporte un appui technique en matière de ressources humaines pour la santé et si les pays en font la demande, ses bureaux nationaux peuvent faciliter un dialogue stratégique sur les personnels de santé et l'établissement ou le renforcement de plans y afférents. Il peut être approprié d'engager un dialogue avec ces entités et/ou d'autres partenaires, afin de soutenir l'établissement des demandes de financement. Il peut également être judicieux de coordonner les actions avec d'autres donateurs afin d'identifier des synergies, d'aligner les stratégies et d'éviter les doubles emplois.

Il incombe néanmoins au Fonds mondial de négocier et de trouver des accords sur des questions spécifiques liées aux subventions, telles que les niveaux de rémunération des personnels de santé (voir la section 3.3). À cet égard, le dialogue avec les ministères de la Santé est essentiel, même si dans certains pays, le dialogue pourra s'étendre à d'autres instances publiques telles que la Direction des Ressources humaines pour la santé et de la Planification du ministère de l'Éducation, des Finances, du Travail, etc. ; la fonction publique et/ou d'autres donateurs finançant les personnels de santé ; et/ou le secteur privé, afin de garantir l'harmonisation des initiatives.

## 06 Possibilités d'investissements dans les technologies de l'information et de la communication

Une utilisation appropriée des technologies de l'information et de la communication contribue à renforcer la portée stratégique et catalytique des investissements liés aux personnels de santé. Les interventions à effet catalyseur permettent d'accélérer la concrétisation des initiatives et/ou d'en renforcer l'impact. Dans le cadre des ressources humaines pour la santé, les investissements dans les technologies de l'information et de la communication (NTIC) doivent viser à exploiter les possibilités des logiciels et des systèmes afin d'améliorer des questions telles que la planification du personnel, le perfectionnement professionnel et l'environnement de travail.

Les NTIC peuvent être particulièrement utiles dans les domaines ci-après : déploiement des agents de santé, formation en ligne, dossiers médicaux électroniques, télémédecine, outils de prises de décisions cliniques, moyens de communication entre les agents de santé et entre ceux-ci et les patients, gestion de la chaîne d'approvisionnement, gestion des salaires, gestion des résultats et retour d'information, sécurité des patients<sup>11</sup>, contrôle de la qualité des services et promotion de l'autonomie des patients<sup>12</sup>. Les NTIC ouvrent des opportunités de renforcer le soutien aux ressources humaines pour la santé sur l'ensemble des interventions mentionnées ci-avant, de la formation au déploiement, des mesures d'incitation à la gestion des résultats. L'adoption d'éléments NTIC dans le contexte des subventions du Fonds mondial s'applique potentiellement à tous les pays, mais elle doit être accompagnée de preuves confirmant qu'elle représente une démarche réaliste au vu du contexte national et qu'elle présente un bon rapport coût/efficacité.

## III. Types d'investissements liés aux ressources humaines pour la santé soutenus par le Fonds mondial

Certaines interventions et stratégies ont indéniablement permis de combler des déficits en matière de ressources humaines pour la santé. Il est par exemple possible d'améliorer radicalement la qualité des personnels de santé si les secteurs de l'éducation et de la santé collaborent aux fins de mettre en œuvre un calendrier d'enseignement transformateur<sup>13</sup>. Par ailleurs, la motivation, la satisfaction, la fidélisation, la distribution équitable et les résultats des personnels de santé peuvent être améliorés au

moyen d'un ensemble intégré de politiques de recrutement et de fidélisation (incitations financières et non financières, etc.), de mesures réglementaires et d'une réorganisation de la fourniture des services<sup>14</sup>. L'efficacité peut être améliorée au moyen d'un modèle de fourniture de soins de santé primaire centré sur les patients. Cela implique de faire appel à un mélange de compétences pérennes et diversifiées, et de tirer parti du potentiel des agents de santé communautaires et de niveau intermédiaire dans le cadre d'équipes de soins de santé primaire interdisciplinaires<sup>15,16</sup>.

Selon le contexte national, les interventions liées aux ressources humaines pour la santé peuvent se concentrer sur un ou plusieurs éléments du marché du travail propre à ce secteur, notamment :

1. **renforcement des capacités** d'établissement de politiques, de gouvernance et de planification/gestion de la main d'œuvre efficaces ;
2. développement du vivier de personnels de santé et amélioration de leurs compétences au moyen de l'**éducation et la formation** ;
3. prise en charge de la demande au moyen d'un **financement des postes** dans le secteur de la santé ; et
4. amélioration de la **motivation et de la fidélisation** au moyen d'incitations financières et non financières contribuant aux objectifs des subventions, conformément aux directives du Fonds mondial en matière d'établissement des budgets<sup>h</sup>.

L'efficacité de mise en œuvre des types d'interventions mentionnés ci-avant, en particulier la rémunération, la motivation et la fidélisation, dépend largement de l'existence d'une plateforme nationale propre à faciliter l'alignement des activités liées aux ressources humaines pour la santé dans le pays. Si cette plateforme n'existe pas, le Fonds mondial, envisagera de financer sa création sous la responsabilité du pays.

La pertinence de ces interventions sera déterminée au vu du contexte du pays, notamment de la charge de morbidité et du type de soutien actuellement fourni par le Fonds mondial et d'autres donateurs, ainsi qu'à la lumière de la situation actuelle du marché du travail de la santé et de la capacité économique y afférente. Des orientations détaillées, différenciées selon les contextes, sont fournies dans chaque section ci-après et résumées dans le tableau 1 de la section 4.

## 01 Politiques, gouvernance et planification/gestion des ressources humaines pour la santé

La mise en œuvre des interventions, quelles qu'elles soient, ne pouvant réussir qu'avec une gouvernance et une gestion efficaces, ce type d'appui s'applique potentiellement à tous les pays soutenus par le Fonds mondial (voir le tableau 1 de la section 4).

Il peut notamment être pertinent de financer des interventions d'établissement ou de renforcement des capacités aux fins ci-après :

- diriger la planification et le développement des personnels de santé à court et à long terme ;
- mobiliser et utiliser les ressources dans un souci d'efficacité, d'efficience et de responsabilité ;
- améliorer les conditions de travail, les systèmes de gestion des résultats<sup>i</sup>, les systèmes de reconnaissance et les structures de carrière pour les agents de santé professionnels et non professionnels ;

---

<sup>h</sup> [Directives du Fonds mondial pour l'établissement des budgets des subventions et des rapports financiers annuels 2014](#)

<sup>i</sup> La gestion des résultats est un processus de communication continue entre un employé et son superviseur, visant à garantir que l'employé comprend les objectifs de son employeur et s'emploie à les atteindre.

- renforcer les systèmes de formation continue afin d'améliorer les corrélations et les alignements entre la formation continue, le perfectionnement professionnel continu et la formation préalable à l'entrée en service ;
- définir des politiques sur la réglementation, la fourniture de services et l'éducation/la formation des agents de santé ;
- identifier des stratégies appropriées visant à établir des collaborations et des relations contractuelles avec des organisations de la société civile et le secteur privé ;
- gérer le salaire des personnels de santé et les autres mécanismes de gestion financière y afférents, afin d'accroître l'efficacité, la responsabilité et la transparence en matière de suivi et de communication des dépenses liées aux ressources humaines de santé ; et/ou
- analyser les données sur les effectifs et l'économie du travail ; améliorer la capacité de gestion des ressources humaines, notamment l'utilisation efficace des systèmes d'information sur les ressources humaines et l'établissement de comptes nationaux des personnels de santé (voir la section 2.2)<sup>17</sup>. Selon la stratégie mondiale de l'OMS sur les ressources humaines pour la santé<sup>18</sup>, il existe une demande d'harmonisation des données sur les personnels de santé en matière de définitions, d'analyse et de diffusion, et une demande de création de comptes nationaux des personnels de santé. Des orientations mondiales ont été établies sur les données minimales à inclure dans le registre des personnels de santé<sup>19</sup> et sur la collecte de données relatives aux personnels de santé à des fins de planification<sup>20</sup>. Les pays demandant une aide à l'établissement ou au renforcement d'un système d'information sur les ressources humaines pour la santé doivent se familiariser avec ces concepts et veiller à aligner leurs candidatures sur ces recommandations mondiales.

Dans certains pays, les interventions visant à intensifier l'éducation ou le recrutement des personnels de santé peuvent être plus efficaces si elles ciblent un niveau décentralisé ou sont mises en œuvre par des acteurs non étatiques, de manière que les résultats et les enseignements soient visibles plus rapidement (voir l'encadré 5 pour obtenir un exemple d'intensification efficace menée par une ONG au Bangladesh). Dans ces pays, les capacités doivent être établies ou renforcées au niveau administratif approprié et dans les instances pertinentes (secteur public, ONG, secteur privé et/ou organisations de la société civile).

Dans les contextes d'intervention difficile, il est impératif de renforcer la capacité de gestion afin de garantir l'efficacité du soutien aux ressources humaines de santé. Par conséquent, ces types d'intervention doivent être prioritaires, en collaboration avec d'autres parties prenantes. Référez-vous à l'encadré 3 ci-après pour lire des exemples d'investissements visant à renforcer la capacité de gestion

### **Encadré 3 : Exemples d'investissements du Fonds mondial visant à renforcer la capacité de gestion des ressources humaines pour la santé**

Au **Liberia**, le Fonds mondial soutient une nouvelle unité de formation des personnels de santé. Avec le concours de la Banque mondiale, CHAI fournira un appui technique à long terme en envoyant des professionnels de santé en formation dans cette nouvelle unité afin d'y améliorer leurs capacités. Le Fonds mondial a aidé plusieurs pays (dont le **Mali** et la **Sierra Leone**) à améliorer les salaires des personnels de santé, ce qui a entraîné une hausse des taux de fidélisation, une diminution de l'absentéisme et du nombre de travailleurs fantômes.

À **Djibouti** et au **Maroc**, le Fonds mondial a soutenu l'établissement de systèmes de bases de données à des fins de suivi de l'information relative à la formation et l'évolution professionnelle des personnels de santé. À Djibouti, le système sert à consigner la présence des agents de santé et les résultats obtenus aux formations continues. Au Maroc, un système doit être établi, permettant de suivre l'évolution professionnelle et la formation des personnels de santé, aux fins d'améliorer l'efficacité et l'efficience de la planification et du déploiement des agents de santé. La subvention du Fonds mondial comprend également un budget à des fins d'évaluation de l'efficacité du système.

des ressources humaines pour la santé dans différents types de contextes nationaux.

## 02 Éducation et formation

Le développement du vivier et/ou des compétences des personnels de santé est essentiel à l'atteinte d'objectifs de santé ambitieux, notamment de ceux liés au sida, à la tuberculose et au paludisme. Ainsi, les interventions liées à l'éducation et la formation sont potentiellement applicables à tous les pays soutenus par le Fonds mondial, bien que le centrage de ces initiatives varie selon la topologie et le contexte de chaque pays (voir le tableau 1 de la section 4).

L'éducation du personnel de soins de santé primaire (médecins, infirmiers et sages-femmes, agents de santé communautaires et agents de proximité auprès des populations-clés) est particulièrement importante car ces professionnels fournissent essentiellement des services intégrés liés aux trois maladies, ainsi qu'à la santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente NCAH.

### **Formation préalable à l'entrée en poste**

La priorité doit être donnée aux investissements liés à la formation préalable à l'entrée en poste, selon les pays. Il importe d'améliorer la qualité de l'enseignement/la formation et de garantir l'actualité des programmes, en particulier dans les pays dont les diplômés ne préparent pas à toutes les compétences requises en matière de prévention, de dépistage et de prise en charge des trois maladies. La formation préalable à l'entrée en poste doit également être prioritaire si le vivier de professionnels de santé doit être élargi dans les pays où leur nombre ne suffit pas à répondre aux besoins des services de santé, et où le manque de capacité des centres de formation des personnels de santé constitue une entrave au développement de ce vivier. Les interventions ci-après peuvent être pertinentes :

- ajustement des modalités des programmes ou des formations (par ex. afin de faciliter les initiatives de partage des tâches<sup>j</sup> ou d'inclure une formation aux questions liées aux droits de l'homme et à des sujets spécifiques tels que la tuberculose multirésistante ;
- formation des éducateurs de santé ;
- renforcement des capacités et amélioration de la qualité des centres de formation ;
- mise à jour des systèmes d'accréditation et de contrôle qualité de la formation des professionnels de santé ; et/ou
- soutien aux autorités publiques afin de s'assurer que les normes de qualité des secteurs public et privé sont alignées.

La formation préalable à l'entrée en poste présente également une opportunité de rétablir l'équilibre de genre et ethnique au sein des effectifs de santé, et de sensibiliser ces derniers à ces questions. Tous les pays soutenus par le Fonds mondial doivent veiller à inclure les questions de sensibilisation aux questions de genre et d'ethnicité, et d'équité y afférente, dans l'ensemble des politiques relatives aux personnels de santé. Les interventions ci-après pourraient être pertinentes :

- développement d'un vivier suffisant de professionnels de santé féminins et issus de minorités ethniques dans les pays où les barrières culturelles empêchent les femmes de consulter un agent de santé de sexe masculin ou d'un groupe ethnique différent du leur ;
- renforcement des capacités des agents de santé communautaires et professionnels à fournir des services sensibles au genre et aux ethnicités ; et
- adoption de mécanismes visant à garantir l'équité de genre et d'ethnicité en matière d'accès aux programmes d'enseignement et de formation.

---

<sup>j</sup> Le partage des tâches implique de distribuer les rôles de manière plus rationnelle, par exemple en déléguant certaines responsabilités incombant auparavant à des professionnels de santé hautement qualifiés à des agents de santé ayant suivi une formation plus courte, aptes à s'en acquitter avec un niveau d'efficacité et de qualité égal. Référez-vous au document (en anglais) [http://www.who.int/healthsystems/task\\_shifting/en/](http://www.who.int/healthsystems/task_shifting/en/)

De même, la formation préalable à l'entrée en poste présente une opportunité de recruter des étudiants issus des régions mal desservies du pays, qui seraient alors plus enclins à exercer dans ces régions une fois diplômés (voir également la section 3.4).

Tandis que la plupart des pays à revenu intermédiaire ont la possibilité de financer eux-mêmes les investissements requis liés à la formation des professionnels de santé, à court et moyen terme, de nombreux pays à revenu faible et contextes d'intervention difficile ont besoin d'un soutien extérieur. Les candidatures doivent indiquer clairement comment les interventions proposées contribueront aux stratégies nationales relatives au système de santé et aux ressources humaines pour la santé, et expliquer comment les professionnels de santé supplémentaires/plus compétents seront employés au sein du système de santé (secteur public ou privé).

### **Formation continue**

Les programmes de formation continue peuvent être nécessaires pour former les professionnels de santé aux nouvelles procédures et directives, ou dans les contextes d'intervention difficile si le système de formation préalable à l'entrée en poste présente des dysfonctionnements. Les demandes de financement doivent néanmoins être justifiées et clairement présentées. Les activités de formation continue doivent être conçues et déployées de manière à minimiser les temps d'absence des professionnels de santé de leur poste d'affectation et à éviter les interruptions de services. Dans la mesure du possible, la formation continue doit également être intégrée dans des programmes de formation plus vastes, incluant au moins une des trois maladies, mais couvrant idéalement d'autres domaines (par exemple, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance, la prise en charge intégrée des cas au niveau communautaire (iCCM), la prestation de services de planification familiale, la détection et le traitement de maladies courantes non transmissibles).

Les candidatures liées à la formation continue doivent fournir la justification des besoins et des déficits identifiés, et indiquer : a) en quoi les activités de formation proposées sont alignées sur les stratégies, plans et systèmes nationaux relatifs à la formation<sup>21</sup>, et b) les plans d'intégration des compétences requises dans les formations préalables à l'entrée en poste, de manière qu'à l'avenir, ces formations continues ne seront plus nécessaires. Référez-vous à l'encadré 4 ci-après pour lire des exemples d'investissements dans l'éducation et la formation.

#### **Encadré 4 : Exemples d'investissements du Fonds mondial dans l'éducation et la formation**

Dans les quinze provinces les plus pauvres du **Viet Nam** ayant le taux de médecins par patients le plus faible, le Fonds mondial soutient une initiative visant à former 3 000 auxiliaires médicaux au diplôme de médecin. Ces professionnels ont été recrutés parmi les populations rurales et reculées, partant de l'hypothèse qu'ils seront plus enclins à rester et exercer dans ces communautés mal desservies. Cela étant, la formation continue a été limitée du fait a) d'un alignement des coûts des sessions de formation (restauration, hébergement, indemnités journalières) sur les normes gouvernementales ; et b) du financement des formations continues selon que de besoin uniquement.

En **Namibie**, le Fonds mondial a soutenu l'ouverture d'une nouvelle école médicale en partenariat avec le CDC et fournit des bourses pour la formation préalable à l'entrée en poste des médecins et des infirmiers. Les bourses sont accordées contre la promesse d'exercer en Namibie pendant deux ans minimum à l'issue de l'obtention du diplôme.

## **03 Salaires et rémunération**

Dans les pays confrontés à une pénurie de personnels de santé liée à la demande, le renforcement des effectifs n'est pas toujours efficace. De fait, les budgets nationaux des pays à revenu faible et des contextes d'intervention difficile peinent parfois à couvrir les coûts récurrents de base tels que les salaires, à court et moyen termes, entraînant une hausse des taux de chômage ou de migration



internationale, ce qui représente un gaspillage de ressources précieuses. Si la marge de manœuvre budgétaire et la demande économique liées aux personnels de santé sont indéniablement insuffisantes, et que le pays a besoin de renforcer fortement ses effectifs, les ressources du Fonds mondial peuvent être allouées aux salaires (intégralement ou en partie) des professionnels de santé pertinents, mais uniquement sur présentation d'une justification solide.

Les candidatures relatives au renforcement des effectifs de santé doivent satisfaire aux directives actuelles du Fonds mondial en matière d'établissement des budgets<sup>k</sup> et comprendre un plan à court ou moyen terme de prise en charge progressive des salaires par les autorités publiques. Le plan doit expliquer comment le système de santé maintiendra ses effectifs de santé à long terme, et préciser comment le financement des salaires sera transféré aux autorités publiques (par exemple en décrivant les mécanismes utilisés pour accroître le financement des dépenses de santé et en soutenant des analyses de la marge de manœuvre budgétaire et des personnels de santé).

Les candidatures doivent apporter la preuve que les demandes de financement des salaires sont conformes aux procédures nationales relatives aux ressources humaines et aux grilles des salaires (publiques<sup>l</sup> et privées), ou indiquer en quoi la demande fait partie d'une stratégie gouvernementale relative aux ressources humaines pour la santé, visant volontairement à faire évoluer le statu quo. Si aucune stratégie ou grille de salaires nationale n'existe (ou si des circonstances exceptionnelles empêchent tout alignement), une justification du niveau de rémunération proposé est fournie (par exemple une comparaison avec les structures de coût les plus efficaces et économiques de pays affichant un niveau de développement socioéconomique similaire).

Dans de nombreux pays, l'établissement des salaires est compliqué par la présence d'autres bailleurs de fonds, dont les objectifs recourent ceux du Fonds mondial, mais dont les politiques et les pratiques en matière de ressources humaines pour la santé ne sont pas alignées sur celles du pays ou du Fonds mondial. Dans ce cas, des décisions unilatérales (limiter la rémunération des professionnels de santé, par exemple) auront probablement des conséquences indésirables, et les candidats sont encouragés à engager le dialogue avec les autorités publiques, les autres donateurs, les institutions des Nations Unies et les autres acteurs pertinents. Si le pays possède un plan relatif aux personnels de santé (spécifique ou rattaché à une stratégie plus vaste pour la santé ou liée au secteur public), celui-ci peut servir à faciliter l'harmonisation entre les partenaires, sous l'impulsion du pays. Dans le cas contraire, un appui technique pourra être offert par un ou plusieurs partenaires afin d'établir ce plan. Idéalement, les autorités publiques prennent l'initiative de cette harmonisation afin d'en assumer la responsabilité, gardant à l'esprit que les professionnels de santé ont besoin de conditions de travail décentes.

### **Agents de santé communautaires**

Le déploiement d'agents de santé communautaires peut permettre d'améliorer, dans un souci d'économie, l'accès aux services de santé de base et leur couverture, en particulier s'ils fournissent un ensemble de services dans le cadre d'un programme intégré. Le terme « agent de santé communautaire » regroupe une grande variété de rôles, des prestataires et éducateurs de santé dûment formés, à des fonctions moins officielles telles que les éducateurs pairs et les agents de prise en charge et de dépistage au niveau communautaire. L'OMS et le Fonds mondial les considère comme des personnels de santé, même s'ils sont bénévoles et/ou ne fournissent pas de services de soins cliniques (agents de proximité ou éducateurs pairs, par exemple).

Si un pays possède un cadre politique spécifique au soutien apporté par le système de santé aux agents de santé communautaires, les investissements proposés liés à ces agents doivent être alignés sur cette

---

<sup>k</sup> [Directives du Fonds mondial pour l'établissement des budgets et des rapports financiers annuels 2014](#)

<sup>l</sup> L'alignement sur les grilles de salaires du pays est un des facteurs de facilitation qui doivent être établis avant qu'un pays puisse commencer le processus de planification de son affranchissement des financements du Fonds mondial. Référez-vous à la [Politique du Fonds mondial en matière de pérennité, de transition et de cofinancement](#)

politique ou stratégie, que les agents soient employés directement par les autorités publiques ou par une ONG. Dans les pays ne possédant pas de telles politiques ou stratégies, il pourrait être judicieux de financer leur établissement, en particulier si tout indique qu'une augmentation du budget alloué aux agents de santé communautaires améliorerait les résultats liés à une ou plusieurs maladies et présenterait un bon rapport coût/efficacité. Les plans et politiques relatifs aux agents de santé communautaires doivent être liés à des plans et politiques plus vastes relatifs aux ressources humaines pour la santé, étayés par des analyses du marché du travail.

Dans un souci d'efficacité optimale, les agents de santé communautaires doivent être soigneusement sélectionnés, dûment formés et pris en charge par le système de soins de santé primaire<sup>22,23</sup>. Dans le cadre de la gestion des effectifs de santé, il est de bon usage de rémunérer les agents de santé communautaires si leur travail se conforme au cadre politique national. Ainsi, le Fonds mondial peut à juste titre soutenir la rémunération des agents, dès lors que cela est réalisable dans le respect des directives nationales sur la rémunération des personnels pour la santé en général, comme indiqué ci-avant.

Dans certains pays, le Fonds mondial peut envisager de financer les salaires des agents de santé employés par des ONG ou des organisations de la société civile, plutôt que les employés du secteur public. Plusieurs raisons peuvent justifier ce choix, notamment si leur travail n'est pas reconnu du fait du climat politique actuel, ou si les ONG/organisations de la société civile jouent un rôle important en matière de fourniture de services de santé, mais que les autorités publiques n'ont pas établi de dispositif leur permettant d'externaliser ces services. La rémunération des agents de santé communautaires doit être alignée sur les grilles de salaires du pays, y compris si ces personnes ne sont pas employées directement par la fonction publique (étant entendu que d'autres avantages tels que les fonds de retraite ne sont pas toujours comparables directement). Dans ce cas, les candidatures doivent inclure un plan d'absorption de ces coûts par les autorités publiques, directement ou via l'adoption d'un dispositif d'externalisation des services à des ONG, y compris si la finalisation du plan nécessiterait de nombreuses années.

L'encadré 5 présente à titre indicatif des exemples de financements des salaires par le Fonds mondial.

#### **Encadré 5 : Exemples de financement des salaires par le Fonds mondial**

Au **Bangladesh**, le Fonds mondial finance intégralement les salaires de plus de 200 assistants communautaires investis dans la lutte contre la tuberculose et la lèpre, ce qui a permis l'établissement de cliniques communautaires, conformément à la politique gouvernementale visant à centrer les ressources sur les soins de santé primaire. Selon les prévisions, les autorités devraient absorber ces salaires à la prochaine allocation des ressources. Le Fonds mondial s'emploie également à aligner les rémunérations sur les grilles de salaires du pays et/ou d'autres partenaires de développement, au terme d'une enquête sur les salaires auprès de plusieurs agences des Nations Unies et ONG internationales. Les conclusions de l'enquête ont servi lors des négociations pour définir les niveaux de rémunération dans le cadre de la nouvelle subvention.

Toujours au **Bangladesh**, les agents de santé communautaires employés par le bénéficiaire principal (une ONG), reçoivent un salaire supérieur à ceux des fonctionnaires afin de compenser le niveau inférieur des avantages sociaux offerts par l'ONG. Celle-ci possède sa propre grille de salaires, de sorte que ses employés reçoivent le même salaire, quel que soit le financeur du programme.

Au **Liberia**, le Ministère de la Santé et l'UNICEF ont conjointement établi une stratégie de santé communautaire complète, comprenant les coûts des salaires et un ensemble de formations modulaires à l'intention des assistants de santé communautaires. Avec le concours de l'UNICEF, USAID et la Banque mondiale, le Fonds mondial financera les salaires mensuels des assistants de santé communautaires et de leurs superviseurs, qui déploieront la stratégie de prise en charge intégrée des cas au niveau communautaire dans le cadre de cette initiative.



## 04 Fidélisation et motivation

### Programmes de fidélisation

De nombreux pays soutenus par le Fonds mondial peinent à motiver et conserver leurs personnels de santé. Aux fins de préserver la valeur des investissements dans la formation et de garantir une mise en œuvre efficace des programmes de lutte contre la maladie, le Fonds mondial peut envisager de financer des interventions visant à améliorer la fidélisation et la motivation, en particulier dans les zones rurales et reculées des pays à faible revenu et dans les contextes d'intervention difficile.

L'expérience indique que les programmes de fidélisation du personnel sont plus efficaces si plusieurs initiatives sont mises en œuvre conjointement dans un même cadre, plutôt que séparément<sup>24</sup>. Des exemples d'interventions pertinentes sont présentés ci-après :

- des interventions de formation qui encouragent l'inscription d'étudiants issus du milieu rural (voir la section 3.2) et soutiennent l'expansion d'infrastructures d'enseignement dans les zones périphériques, y compris par des stages en milieu rural dans le cadre des programmes de formation ;
- des interventions de réglementation telles que la mise en œuvre de réformes de partage des tâches, l'introduction de nouveaux cadres professionnels et/ou non professionnels disposant de profils spécifiques à vocation rurale, la mise en place de l'affectation des nouveaux employés à des postes en milieu rural sur une base volontaire ou au travers de mesures incitatives ;
- des mesures d'incitation financières et non financières, par exemple des possibilités de perfectionnement professionnel, des indemnités pour conditions de vie difficiles, des subventions pour le logement, des vacances supplémentaires, un soutien familial ou professionnel, la facilitation des communications, etc. ; et/ou
- une amélioration des conditions de travail et des opportunités de perfectionnement professionnel, par exemple pour un environnement de travail sûr et favorable, un soutien de proximité, des programmes d'évolution de carrière, des réseaux professionnels, des mesures de reconnaissance publique, etc.

De plus, le renforcement des capacités de gestion des ressources humaines (voir la section 3.1) contribuerait probablement à améliorer la fidélisation des personnels de santé.

### Motivation au moyen de compléments de salaire et d'incitations

Les compléments de salaire et les mesures d'incitation peuvent avoir des effets indirects indésirables, par exemple une démotivation de ceux qui n'en bénéficient pas, et un recentrage injustifié des priorités. En règle générale, les compléments de salaire et les incitations doivent donc être évités au profit de stratégies plus complètes de réforme du secteur public, afin d'améliorer les conditions de travail (notamment la rémunération) des personnels de santé existants.

Certaines situations justifient néanmoins le recours à des compléments de salaire et des incitations afin de garantir la mise en œuvre des programmes à court terme. Par exemple, si le personnel n'est pas motivé pour fournir des services de proximité dans les zones reculées, il peut être judicieux de financer les frais de déplacement et d'hébergement afin de garantir la fourniture des services essentiels, tels que le dépistage, sur l'ensemble du territoire. Les demandes de financement relatives à des compléments de salaire et des incitations doivent se conformer aux directives actuelles du Fonds mondial en matière d'établissement des budgets<sup>25</sup> et, dans la mesure du possible, doivent être alignées sur les niveaux d'avantages offerts par les autres donateurs. Les candidats doivent fournir une justification solide de ces interventions, une évaluation des implications y afférentes et un plan d'arrêt progressif.

### Motivation au moyen de financements en fonction des résultats/incitations

Le financement en fonction des résultats est un type spécifique de complément de salaire, couramment utilisé pour fournir une rémunération supplémentaire, sous réserve de l'atteinte des résultats attendus. Il s'applique aussi bien à des individus qu'à des organisations ou des établissements de santé (cliniques, etc.). Bien que ces mesures peuvent fortement stimuler les résultats, il convient de veiller à éviter les situations ci-après : a) la mise en avant de certaines interventions au détriment d'autres ; b) une hausse de la demande des services induite par les fournisseurs, entraînant une offre accrue de ces services de santé et une hausse de leur coût ; c) la possibilité d'une communication d'information inexacte/exagérée dans les contextes présentant une faible capacité de suivi et d'application des contrats ; et d) les cas de fraude dans les pays présentant des faiblesses en matière de gestion financière. Dans les pays dont le système national de santé possède une politique et un système de financement en fonction des résultats fonctionnels, le Fonds mondial peut fournir un soutien afin de garantir que les incitations sont suffisamment centrées sur les

#### **Encadré 6 : Exemples d'investissements du Fonds mondial utilisés à des fins de fidélisation et de motivation**

Dans le cadre de la subvention au **Mali** liée au VIH, les agents de santé peuvent bénéficier d'incitations financières en fonction de leurs résultats. Ils doivent pour ce faire apporter la preuve de leur salaire de base, dont l'incitation ne pourra excéder 20 %. En **République centrafricaine**, l'instance de coordination nationale a établi une règle selon laquelle le Fonds mondial financerait 20 % du coût des compléments de salaire, sous réserve que le gouvernement en ait auparavant payé les 80 % qui lui incombent.

Tandis que certains pays ont soumis le paiement des incitations/compléments de salaire à l'obtention de bons résultats, d'autres (la Mauritanie par ex.) peinent à évaluer les résultats dans les zones reculées du fait de la difficulté à y organiser des visites de supervision. Des solutions novatrices à cette difficulté sont en cours d'élaboration. Par exemple, en **République centrafricaine**, un système de suivi des stocks appelé RAMP (rapid mobile phone data collection, ou collecte rapide de données par téléphone portable) est utilisé à des fins de paiement d'incitations en fonction des résultats, sous réserve de l'envoi de rapports complets à intervalles réguliers.

Au **Viet Nam**, les compléments de salaire ont été arrêtés progressivement. Cette mesure n'a pas eu d'effet majeur sur les taux de rétention du personnel, car a) les anciens bénéficiaires de ces compléments sont tous des fonctionnaires dont le fonds de retraite et autres avantages sociaux les motivent à rester ; et b) le pays offre très peu d'opportunités de financement externe des personnels de santé. Cet ensemble de circonstances présentait une opportunité de pérenniser à long terme les programmes de lutte contre la maladie.

En **République démocratique du Congo**, les partenaires s'emploient conjointement, sous la direction du pays, à développer des programmes de financement en fonction des résultats aux fins d'élargir les zones géographiques couvertes et de garantir l'existence d'une chaîne d'approvisionnement efficace pour les produits de santé essentiels à l'intention des populations qui en ont le plus besoin, en particulier les femmes et les enfants. Le Fonds mondial soutient la fourniture de kits de dépistage du paludisme et d'antipaludéens essentiels, ainsi que de produits de prise en charge du VIH et de la tuberculose aux établissements de santé. L'UNICEF et l'Alliance GAVI complètent ce soutien en se concentrant sur les services de santé infantile et les produits essentiels. La Banque mondiale soutient la conception et la gestion du programme de financement en fonction des résultats et la vérification des résultats.

trois maladies dans le cadre d'un vaste programme équilibré de services de soins de santé primaire. L'encadré 6 fournit des exemples de pays qui ont utilisé les subventions du Fonds mondial pour financer des compléments de salaires et des mesures d'incitation.

## **IV. Investissements liés aux ressources humaines pour la santé dans des contextes nationaux différents**

Le tableau 1 fournit des exemples généraux de types d'investissements liés aux personnels de santé pouvant être envisagés selon les contextes des pays. Il comprend quatre domaines d'intervention principaux : interventions transversales relatives aux politiques, à la gouvernance et à la gestion des personnels de santé ; éducation et formation ; soutien à la demande de professionnels de santé via la création de postes financés ; et fidélisation, motivation et gestion des résultats des personnels de santé. Un signe « +++ » dans la case indique que ce type d'investissement est particulièrement pertinent au vu du contexte, un signe « ++ » indique que l'investissement est pertinent, et un signe « + » indique une pertinence potentielle, sur justification.

Il importe de noter que les principes et directives présentés dans le tableau 1, ainsi que dans le reste de la présente note d'information technique, doivent être interprétés et adaptés au vu du contexte de chaque pays. En dernier lieu, les investissements liés aux personnels de santé doivent être motivés par la situation nationale dans ce domaine, au vu d'analyses, par exemple du marché du travail, et d'évaluations des effectifs de santé. Si des éléments justifient un écart à ces principes, le Fonds mondial sera réceptif aux demandes de financement dûment justifiées. Les facteurs spécifiques aux contextes d'intervention difficile et aux pays préparant leur transition sont présentés ci-après.

### **Contextes d'intervention difficile**

Un pays peut être classé dans les contextes d'intervention difficile en raison de faiblesses récurrentes en matière de capacité et de gouvernance, ou de crises telles que des conflits, des épidémies ou des catastrophes naturelles. Ainsi, tous les pays du continuum de développement peuvent y être confrontés. Dans de nombreux contextes d'intervention difficile, la disponibilité des personnels de santé et la qualité des services fournis souffrent de déficits considérables. Une multitude d'activités en lien avec les ressources humaines pour la santé doivent être financées, d'où l'importance d'une démarche stratégique. La priorité sera donnée aux interventions visant à établir et renforcer les capacités en matière de formation, de gestion et de planification des personnels de santé (voir la section 3.1). Dans de nombreux contextes d'intervention difficile, les salaires sont faibles et/ou les systèmes de versement des salaires ne fonctionnent pas correctement, ce qui a des répercussions évidentes sur la rétention et la motivation du personnel (voir l'encadré 6). De nombreux pays ont également besoin d'un appui aux fins d'intensifier la formation préalable à l'entrée en poste (voir la section 3.2), qui peut inclure un soutien aux étudiants formés en dehors du pays si le système éducatif national présente des dysfonctionnements.

Si les budgets nationaux ne suffisent pas à couvrir les coûts récurrents essentiels tels que les salaires, le Fonds mondial peut allouer des ressources à la rémunération des personnels de santé (voir la section 3.3), en particulier s'il est le seul partenaire habilité à le faire dans le pays. En principe, le Fonds mondial évite de financer des compléments de salaire, mais reconnaît que cette solution peut être la seule envisageable dans certains pays pour garantir un salaire décent aux personnels de santé (voir la section 3.4).

### **Pays se préparant pour la transition**

Certains facteurs spécifiques s'appliquent également aux pays examinant l'état de préparation du pays à la transition et se préparant pour la transition. Eu égard aux pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et aux pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure ayant une charge de morbidité faible ou modérée, le renforcement de la pérennité et la préparation à la transition doivent faire partie intégrante de la planification et de l'établissement des candidatures présentées au Fonds mondial. Dans certains cas, une réduction des allocations peut pousser les pays à assumer progressivement une part croissante du financement des interventions liées aux personnels de santé,

parfois sur plusieurs périodes d'allocation, avant que le pays ne puisse plus bénéficier d'aucun soutien du Fonds mondial. L'annexe 2 fournit des exemples de la manière dont certains pays se sont préparés à la transition, ainsi que des démarches de pérennisation des interventions liées aux personnels de santé plus globalement.

Lorsqu'un pays ne satisfait plus aux critères d'admissibilité du Fonds mondial, il peut néanmoins demander un « financement de transition » au titre de la politique du Fonds mondial en matière de pérennité, de transition et de cofinancement. En général, les pays présentant une demande de « financement de transition » (devant être la dernière subvention du Fonds mondial) disposent de financements publics suffisants pour prendre en charge l'ensemble des coûts liés aux personnels de santé investis dans la fourniture de services (à l'exception du soutien aux organisations de la société civile et/ou aux ressources humaines temporaires affectées à de nouveaux postes chargés spécifiquement des activités liées à la préparation pour la transition). Aussi est-il peu probable, mais néanmoins possible, que ces pays doivent solliciter un soutien pour des interventions essentielles liées aux personnels de santé. Si le « financement de transition » ne comprend pas de soutien à la formation, à la rémunération et aux autres coûts récurrents liés aux personnels de santé, le pays doit inclure dans son plan de transition des informations détaillées indiquant comment la formation et le recrutement de personnels de santé seront transférés aux systèmes nationaux financés par les deniers publics à l'issue de la subvention.

### **Conclusion**

Les investissements liés aux ressources humaines pour la santé sont essentiels à la mise en œuvre des interventions liées au VIH, à la tuberculose et au paludisme, et à l'atteinte des objectifs de santé y afférents. Les pays sont invités à s'assurer que leurs demandes de financement liées aux personnels de santé sont stratégiques et alignées sur les politiques nationales. Les candidats doivent utiliser pleinement les indications incluses dans la présente note d'information et dans les autres documents pertinents du Fonds mondial, afin de s'assurer que les investissements liés aux personnels de santé contribuent à l'établissement de systèmes résistants et pérennes pour la santé.

Tableau 1 : Financement prioritaire des investissements stratégiques liés aux ressources humaines pour la santé – exemples

Type d'intervention liée aux personnels de santé	Pays à revenu faible et contextes d'intervention difficile	Pays à revenu intermédiaire
<b>Interventions transversales liées aux politiques, à la gouvernance et à la gestion des personnels de santé</b>		
Renforcement de la gouvernance : politiques et stratégies, cadres juridiques, systèmes de gestion, administration efficace des systèmes de versement des salaires, systèmes informatiques, comptes nationaux des personnels de santé	+++	++
Utilisation des technologies de l'information et de la communication pour améliorer la formation, la gestion et le soutien des personnels de santé	+	+
<b>Éducation et formation</b>		
Formation préalable à l'entrée en poste afin de développer le vivier des personnels de soins de santé primaire*	+++	+
Intégration des compétences relatives aux trois maladies dans la formation initiale des personnels de santé (par ex. en modifiant la teneur des programmes et des formations, en formant les éducateurs, etc.)	+++	+++
Équilibre entre les genres et sensibilisation aux questions de genre au sein des personnels de santé	+++	+++
Formation continue aux fins d'améliorer les compétences des professionnels de la santé	+	+
<b>Soutien à la demande au moyen de créations de postes financés</b>		
Soutien à l'emploi dans le secteur de la santé, dans le respect des systèmes nationaux, au travers des salaires/de la rémunération des agents de santé primaire*	++	+
<b>Rétention, motivation et gestion des résultats</b>		
Compléments de salaire	+	+
Incentives pour la fidélisation du personnel dans les zones rurales et mal desservies, dans le respect des systèmes nationaux	++	+
Mesures d'incitations en fonction des résultats	++	+

*Légende : +++ très pertinent ; ++ pertinent ; + potentiellement pertinent dans certains cas, mais nécessite une justification adéquate ; \* dans les pays confrontés à une pénurie de personnels de santé au vu des besoins de la population.*



# Annexe 1 : Liste annotée des ressources relatives aux personnels de santé

La liste ci-après présente les principaux outils et références en lien avec les ressources humaines pour la santé. Ils sont tirés de l'annexe 2 – Liste annotée des outils et lignes directrices de l'OMS pour les ressources humaines pour la santé, de la *Stratégie mondiale à l'horizon 2030 sur les ressources humaines pour la santé*, OMS, 2016.

## **Indicateurs des besoins en personnel par rapport à la charge de travail**

La méthode WISN (Indicateurs des besoins en personnel par rapport à la charge de travail) applique au secteur de la santé les principes de planification des entreprises et des industries. Cet outil fournit des orientations aux responsables de la santé en matière d'analyse et de calcul de la charge de travail des personnels de santé, aux fins de déterminer les besoins en effectifs dans les établissements de santé. Le logiciel est simple d'utilisation, et accompagné d'un manuel d'instructions claires et d'études de cas WISN.

[http://www.who.int/hrh/resources/wisn\\_user\\_manual/en/](http://www.who.int/hrh/resources/wisn_user_manual/en/).

## **Transfert de tâches liées à la prise en charge du VIH et optimisation des rôles des professionnels de santé relatifs à la santé maternelle et néonatale**

Les lignes directrices relatives au partage et à la délégation des tâches fournissent aux pays des orientations leur permettant d'utiliser un ensemble de compétences plus diversifié, de manière plus efficace et rationnelle, dans le cadre de la fourniture de services essentiels liés au VIH/sida, à la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile. Ces lignes directrices fournissent des exemples d'interventions fondées sur des éléments probants, efficaces et présentant un bon rapport coût/efficacité, de délégation des tâches à d'autres équipes de santé. <http://www.who.int/healthsystems/TTR-TaskShifting.pdf> et <http://www.optimizemnh.org/>.

## **Transformation et intensification des études et de la formation des professionnels de santé**

Ces lignes directrices définissent la stratégie de transformation de la formation des professionnels de santé et offrent des recommandations sur les meilleurs moyens de parvenir à former des agents de santé diplômés, sensibles aux besoins de santé des populations qu'ils servent. Elles encouragent les centres d'études et de formation à promouvoir la réforme des programmes d'enseignement et de formation, et à améliorer les échanges et la planification entre plusieurs secteurs, dont ceux de l'éducation et de la santé. <http://www.who.int/hrh/education/fr/> et <http://whoeducationguidelines.org./content/guidelines-order-and-download>.

## **Accroissement de l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées grâce à une meilleure fidélisation**

Ces recommandations s'appuient sur des données factuelles et proposent des solutions afin de renforcer la fidélisation des personnels de santé dans les zones rurales et mal desservies. Elles peuvent être utilisées parallèlement à d'autres ressources de l'OMS, telles que le Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé. Aux fins de garantir une meilleure fidélisation des personnels de santé dans les pays, il convient de choisir et de mettre en œuvre un ensemble de recommandations pertinentes au vu du contexte national, comprenant des interventions relatives à la formation, la réglementation, les incitations financières, et le soutien personnel et professionnel. <http://www.who.int/hrh/retention/guidelines/fr/>.

## **Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé**

En mai 2010, la soixante-troisième Assemblée mondiale de la santé (WHA63.16) a adopté le code visant à établir et promouvoir un cadre complet définissant les principes et pratiques de gestion éthique en matière de migration internationale des personnels de santé. Il souligne également les stratégies visant à faciliter le renforcement des personnels de santé au sein des systèmes nationaux de santé, et indique les données et les éléments de preuve à apporter dans le cadre du suivi et de la communication de l'information relatifs à la mobilité internationale des personnels de santé. Ce code a été conçu par les États membres, afin de servir de cadre continu et évolutif au dialogue et à la coopération à l'échelle internationale. <http://www.who.int/hrh/migration/code/practice/fr/> et [http://www.who.int/hrh/migration/code/code\\_fr.pdf](http://www.who.int/hrh/migration/code/code_fr.pdf)

### **Comptes nationaux des personnels de santé**

Un compte national des personnels de santé a vocation à normaliser la structure et l'interopérabilité de l'information relative aux personnels de santé, et également à suivre l'efficacité des politiques en matière de ressources humaines pour la santé au regard des objectifs de couverture sanitaire universelle. Le déploiement de comptes nationaux des personnels de santé facilite l'harmonisation de démarches intégrées relatives à la collecte, l'analyse et l'exploitation régulières de données normalisées sur les personnels de santé, aux fins d'appuyer les décisions de politiques sur des faits avérés. [http://www.who.int/hrh/documents/15376\\_WHOBrief\\_NHWFA\\_0605.pdf](http://www.who.int/hrh/documents/15376_WHOBrief_NHWFA_0605.pdf)

### **Données minimales requises dans le registre sur les personnels de santé**

Cet outil fournit des orientations sur les champs d'informations à renseigner au minimum pour établir ou modifier un système électronique sur les personnels de santé au niveau national ou infranational. Les ministères de la Santé des pays peuvent s'appuyer sur l'ensemble minimal de données à inclure dans le registre sur les personnels de santé fourni dans ce document pour établir des systèmes informatiques normalisés. [http://www.who.int/hrh/statistics/minimun\\_data\\_set/en/](http://www.who.int/hrh/statistics/minimun_data_set/en/).

### **Suivi et évaluation des ressources humaines pour la santé, avec études de cas spécifiques aux pays à revenu faible et intermédiaire**

Ce manuel offre aux responsables de santé, chercheurs et décideurs une référence complète, normalisée et conviviale en matière de suivi et d'évaluation des ressources humaines pour la santé, notamment des démarches de renforcement des capacités techniques pertinentes. Il constitue un cadre analytique d'options stratégiques pour l'amélioration des informations et des éléments de preuve relatifs aux personnels de santé, ainsi que des exemples de pays ayant testé des démarches probantes. <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/toolkit/25/en/>.

### **Analyse des secteurs de la santé désorganisés**

Ce manuel modulaire à l'intention des décideurs dans les pays confrontés à des urgences humanitaires complexes est une aide à l'analyse et la planification des systèmes de santé. Le module 10 de cet outil indique les aspects à prendre en compte dans le cadre de l'étude des effectifs de santé dans ces pays. Dans ces contextes spéciaux, il est essentiel d'adopter des stratégies personnalisées en matière de planification, d'éducation, de déploiement, de rétention et de gestion des résultats du personnel.

[http://www.who.int/hac/techguidance/tools/disrupted\\_sectors/adhsm.pdf](http://www.who.int/hac/techguidance/tools/disrupted_sectors/adhsm.pdf)

Module 10 – Analyse des ressources humaines pour la santé :

[http://www.who.int/hac/techguidance/tools/disrupted\\_sectors/adhsm\\_mod10\\_en.pdf?ua1](http://www.who.int/hac/techguidance/tools/disrupted_sectors/adhsm_mod10_en.pdf?ua1)



## Annexe 2 : Exemples de pays tendant vers la pérennité et renforçant la préparation pour la transition en matière de ressources humaines pour la santé

Dans de nombreux pays dont le Fonds mondial finance actuellement les salaires et autres coûts récurrents liés à la santé, les autorités publiques ont entrepris de prendre le relais progressif des principaux coûts programmatiques, afin de renforcer la pérennité et l'état de préparation à la transition, et de se préparer à l'affranchissement des financements externes. La volonté politique d'investir dans les personnels de santé, dans le cadre des trois maladies et de priorités sanitaires plus vastes, est un facteur essentiel pour les pays soucieux de financer les activités des personnels de santé fondamentales dans le cadre de la riposte nationale aux maladies. En **Namibie**, les autorités publiques investissent dans la formation préalable à l'entrée en poste des personnels de santé, ont établi des directives relatives aux ressources humaines pour la santé et se projettent au-delà du soutien du Fonds mondial.

Dans les pays possédant un système et une grille des salaires relatifs aux personnels de santé robustes et transparents, ainsi qu'une marge de manœuvre budgétaire, l'absorption des coûts récurrents liés aux personnels de santé par les deniers publics ne pose généralement pas de difficultés. Par exemple, en **Afrique du Sud**, le Fonds mondial finançait un programme de soutien aux orphelins et aux enfants vulnérables (OEV), notamment les salaires des assistants sociaux. Il ne le finance plus, mais le programme est toujours actif dans les provinces où les besoins étaient les plus prononcés, car le gouvernement y absorbe les coûts récurrents.

De même, au **Pérou**, la pérennité est facilitée par le système national bien rôdé de financement en fonction des résultats. Selon ce système, si une initiative présente indéniablement un bon rapport coût/efficacité, une demande de financement peut être présentée au Ministère des Finances afin de la faire financer par les deniers publics. Ainsi, le soutien du Fonds mondial est uniquement requis jusqu'à ce que l'efficacité du programme soit démontrée.

D'autres pays peinent à pérenniser leurs actions du fait de la création d'un grand nombre de postes de personnels de santé avec le soutien du Fonds mondial. Leur expérience souligne l'importance de viser la pérennité dès l'établissement des subventions, y compris dans les pays à revenu faible. Au **Mali**, par exemple, le Fonds mondial finançait les salaires de plus de 800 personnels de santé à un niveau supérieur aux taux nationaux. Aux fins de réduire ce nombre, le bénéficiaire principal a été invité à réduire le nombre de personnes recevant un salaire ou des incitations. En conséquence, le Ministère de la Santé a déterminé qu'un nombre important de personnels de santé n'étaient pas essentiels (principalement ceux qui fournissaient des services de soutien).

La question de la pérennité s'applique aux coûts de formation autant qu'aux salaires et autres coûts récurrents. Par exemple, le gouvernement de **Namibie** envisage d'absorber les coûts des bourses accordées aux étudiants médecins ou infirmiers (voir l'encadré 4), mais ce processus est compliqué par le fait que le système actuel de bourses nationales n'est pas intégré dans le système de bourses du Fonds mondial. Dès lors, il devient difficile d'établir précisément combien d'étudiants sont pris en charge, et quelles formations ils suivent. Inversement, au **Viet Nam**, l'alignement des coûts de la formation continue sur les normes nationales facilitera probablement la capacité des autorités à absorber ces coûts à la suite du Fonds mondial.

# Références

---

- <sup>1</sup> Dräger S, Gedik G, Dal Poz MR. Health workforce issues and the Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria: An analytical review. *Hum Resour Health* 2006 ; **4**: DOI: 10.1186/1478-4491-4-23.
- <sup>2</sup> Anand S, Bärnighausen T. Human resources and health outcomes: Cross-country econometric study. *Lancet* 2004 ; **364**: 1603–9.
- <sup>3</sup> Anand S, Bärnighausen T. Health workers and vaccination coverage in developing countries: An econometric analysis. *Lancet* 2007 ; **369**: 1277–85.
- <sup>4</sup> Campbell J, Buchan J, Cometto G, *et al.* Human resources for health and universal health coverage: fostering equity and effective coverage. *Bull World Heal Organ* 2013.
- <sup>5</sup> Van Lerberghe W, Matthews Z, Achadi E, *et al.* Country experience with strengthening of health systems and deployment of midwives in countries with high maternal mortality. *Lancet* 2014 ; **384**: 1215–25.
- <sup>6</sup> Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies. Objectifs de développement durable. 2015. <https://sustainabledevelopment.un.org/?menu=1300> (consulté le 19 oct. 2015).
- <sup>7</sup> Fonds mondial. Stratégie du Fonds mondial pour la période 2017/2022 : Investir pour mettre fin aux épidémies (projet). Genève : Fonds mondial, 2016.
- <sup>8</sup> Organisation mondiale de la Santé. Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030 (projet 1.0 soumis au Conseil d'administration exécutif (138<sup>e</sup> session). Genève : Organisation mondiale pour la Santé, 2016  
[http://www.who.int/hrh/resources/global\\_strategyHRH.pdf?ua=1](http://www.who.int/hrh/resources/global_strategyHRH.pdf?ua=1) (consulté le 14 sept 2016).
- <sup>9</sup> Vujicic M, Weber SE, Nikolic IA, Atun R, Kumar R. An analysis of GAVI, the Global Fund and World Bank support for human resources for health in developing countries. *Health Policy Plan* 2012 ; **27**: 649–57.
- <sup>10</sup> Bowser D, Sparkes SP, Mitchell A, *et al.* Global Fund investments in human resources for health: Innovation and missed opportunities for health systems strengthening. *Health Policy Plan* 2014 ; **29**: 986–97.
- <sup>11</sup> Bates DW, Gawande AA. Improving safety with information technology. *N Engl J Med* 2003 ; **348**: 2526–34.
- <sup>12</sup> Weakliam D. Information technology (IT) in the new Global Strategy on Human Resources for Health. GETHealth Summit, Dublin, Irlande. 2014.  
[http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/4HSE\\_GlobalHealthProgrammeIreland.pdf?ua=1](http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/4HSE_GlobalHealthProgrammeIreland.pdf?ua=1) (consulté le 13 juin 2016).
- <sup>13</sup> Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, *et al.* Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010 ; **376**: 1923–58.
- <sup>14</sup> Organisation mondiale de la Santé. Accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées grâce à une meilleure fidélisation : Recommandations pour une politique mondiale. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2010.
- <sup>15</sup> Lewin S, Munabi-Babiqumira S, Glenton C, *et al.* Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases: S. *Cochrane Database Syst Rev* 2010 ; : doi: 10.1002/14651858.CD004015.pub3.

- 
- <sup>16</sup> Lassi ZS, Cometto G, Huicho L, Bhutta ZA. Quality of care provided by mid-level health workers: Systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ* 2013 ; **91**: 824–33.
- <sup>17</sup> Organisation mondiale de la Santé. Note d'orientation politique : Comptes mondiaux des personnels de santé. 2015. [http://www.who.int/hrh/documents/brief\\_nhwfa/en/](http://www.who.int/hrh/documents/brief_nhwfa/en/) (consulté le 30 août 2016).
- <sup>18</sup> Organisation mondiale de la Santé. Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030 (projet 1.0 soumis au Conseil d'administration exécutif (138<sup>e</sup> session). Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2016  
[http://www.who.int/hrh/resources/global\\_strategyHRH.pdf?ua=1](http://www.who.int/hrh/resources/global_strategyHRH.pdf?ua=1) (consulté le 14 sept 2016).
- <sup>19</sup> Organisation mondiale de la Santé. Human resources for health information system: Minimum data set for health workforce registry. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2015  
[http://www.who.int/hrh/statistics/minimum\\_data\\_set.pdf?ua=1](http://www.who.int/hrh/statistics/minimum_data_set.pdf?ua=1) (consulté le 14 sept 2016).
- <sup>20</sup> UNFPA, OMS, ICM. The state of the world's midwifery 2014: A universal pathway. A woman's right to health. New York : Fonds des Nations Unies pour la population, 2014.
- <sup>21</sup> USAID. A global improvement framework for health worker in-service training: Guidance for improved effectiveness, efficiency and sustainability. 2013.  
[https://www.usaidassist.org/sites/assist/files/inservicetraining\\_july2013.11x17spreads.pdf](https://www.usaidassist.org/sites/assist/files/inservicetraining_july2013.11x17spreads.pdf) (consulté le 30 août 2016).
- <sup>22</sup> Troisième Forum mondial sur les ressources humaines pour la santé. Engagement conjoint d'harmoniser les actions des partenaires relatives aux personnels de santé communautaires et de première ligne (Engagement de Recife). 2013.  
[http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/chw\\_outcomedocument01052014.pdf](http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/chw_outcomedocument01052014.pdf) (consulté le 30 août 2016).
- <sup>23</sup> Lehmann U, Sanders D. Community health workers: What do we know about them? 2007.  
[http://www.who.int/hrh/documents/community\\_health\\_workers.pdf](http://www.who.int/hrh/documents/community_health_workers.pdf) (consulté le 28 juin 2016).
- <sup>24</sup> Organisation mondiale de la Santé. Accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées grâce à une meilleure fidélisation : Recommandations pour une politique mondiale. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2010.
- <sup>25</sup> Fonds mondial. Directives du Fonds mondial pour l'établissement des budgets et des rapports financiers annuels. Genève : Fonds mondial, 2014.