

---

**Note d'information  
technique :  
Appui stratégique pour les  
ressources humaines pour la  
santé**

**30 SEPTEMBRE 2019**

# Table des matières

Abréviations et acronymes	4
Résumé	5
1. Introduction	7
2. Principes généraux de candidatures, notamment à des fins d'investissements RHS	8
2.1 Prise en compte de la pérennité	
2.2 Investissements au vu du marché du travail des personnels de santé étayé par de solides éléments de preuve	
2.3 Investissements RHS dans des démarches intégrées, axées sur la personne	
2.4 Établissement de partenariats stratégiques	
3. Types d'investissements en faveur des personnels de santé financés par le Fonds mondial	18
3.1 Éducation et production de nouveaux agents de santé	
3.2 Rémunération et déploiement des agents de santé	
3.3 Formation continue	
3.4 Politiques liées aux personnels de santé, gouvernance et planification/gestion des effectifs	
4. Suivi des investissements du Fonds mondial liés aux personnels de santé	27
5. Investissements liés aux personnels de santé dans plusieurs contextes nationaux	28
6. Conclusion	30
Annexe 1 : Outil du Fonds mondial d'évaluation de l'impact sur les personnels de santé	33

Annexe 2 : Liste annotée des ressources relatives aux personnels de santé	36
Références	38

## Abréviations et acronymes

ASC = agent de santé communautaire

AVS = agent de vulgarisation sanitaire

CID = contexte d'intervention difficile

CSU = couverture sanitaire universelle

HMIS = système d'information pour la gestion de la santé

NTIC = nouvelles technologies de l'information et la communication

ODD = objectifs de développement durable

OMS = Organisation mondiale de la Santé

ONG = organisation non gouvernementale

OSC = organisation de la société civile

PEPFAR = Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida

PNUD = Programme des Nations Unies pour le développement

RHS = ressources humaines pour la santé

sida = syndrome d'immunodéficience acquise

SRPS = systèmes résistants et pérennes pour la santé

SSP = soins de santé primaires

UNFPA = Fonds des Nations Unies pour la population

UNICEF = Fonds des Nations Unies pour l'enfance

VIH = virus de l'immunodéficience humaine

# Résumé

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 enseignements et des formations inadéquats, des conditions de travail médiocres et un manque de données fiables sur les effectifs de santé, nuisant à la planification et la gestion efficaces des personnels. Ces faiblesses représentent un obstacle majeur à la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des services de santé, notamment liés au VIH et au sida, à la tuberculose et au paludisme.

Même si le Fonds mondial n'est pas tenu de diriger les projets relatifs aux ressources humaines pour la santé (RHS), il aide les pays à identifier et combler les faiblesses dans ce domaine qui nuisent à la riposte aux trois maladies et aux services de santé y afférents. Il veille à la dimension éthique de ses investissements liés aux personnels de santé. À ce titre, les candidats doivent s'évertuer à respecter quatre principes clés :

1. **prise en compte de la pérennité**, s'employer à intégrer les interventions RHS dans un plan stratégique national solide et chiffré, en veillant à préserver les systèmes existants ;
2. **preuves solides** du marché des ressources humaines dans le pays justifiant les investissements, et appui à l'établissement de ces éléments s'ils n'existent pas ;
3. **démarches intégrées, centrées sur la personne**, au travers d'investissements visant à fournir aux personnels de santé les compétences et l'environnement de travail requis, en particulier dans les centres de santé primaires et les communautés, en veillant à l'implication des agents de santé communautaires (ASC) le cas échéant ; et
4. **partenariats stratégiques** avec d'autres initiatives en faveur de la santé mondiale, des institutions du système des Nations Unies, des gouvernements, des bailleurs de fonds et des prestataires de services de santé, afin de garantir l'harmonisation et l'alignement des initiatives relatives aux RHS d'une part, et de prévenir les disparités et les doubles emplois d'autre part.

Le Fonds mondial soutient généralement quatre types d'investissements RHS, mais peut en considérer d'autres s'ils sont adaptés au contexte et appuyés par des justifications solides :

1. augmentation du vivier de personnels de santé par l'éducation et la formation de nouveaux agents ;
2. soutien à la rémunération et au déploiement d'agents de santé nouveaux et existants, notamment au moyen de mesures de rétention et de motivation ;
3. renforcement des compétences des agents de santé par la formation continue et la supervision formatrice intégrée ; et
4. renforcement des capacités afin d'accroître l'efficacité en matière d'établissement des politiques, de gouvernance et de planification/gestion des effectifs, notamment au travers d'un renforcement des systèmes de données et d'un soutien au suivi des résultats des personnels de santé.

La présente note a vocation à éclairer la conception et la mise en œuvre stratégiques des composantes des propositions et subventions du Fonds mondial relatives aux ressources humaines

pour la santé<sup>a</sup>. Elle doit servir de fondement aux discussions et aux négociations avec les parties prenantes lors de l'établissement des demandes de financement. Les candidats sont invités à se familiariser avec l'ensemble de la présente note, à tout le moins avec les points fondamentaux ci-après :

- Les candidats demandant des investissements RHS doivent apporter la preuve de leur connaissance du marché des ressources humaines pour la santé (voir section 2.2) et indiquer clairement les dimensions pérenne et stratégique des investissements dans le contexte du marché et du système de soins de santé primaires plus globalement (voir sections 2.1 et 2.4).
- Dans un souci de pérennisation maximale, les investissements relatifs à l'éducation et la formation des personnels de santé doivent privilégier l'inclusion de compétences pertinentes dans la formation préalable à l'emploi et le développement professionnel continu intégré, notamment des formations en gestion (voir section 3.1). La formation continue spécifique à une maladie peut avoir des effets indésirables et une efficacité limitée si elle est déployée séparément. Les demandes d'appui doivent être dûment justifiées (voir section 3.3).
- Conformément à la stratégie mondiale de l'OMS sur les ressources humaines pour la santé et aux directives du Fonds mondial en matière d'établissement des budgets, celui-ci investira à la fois dans les dépenses en capital et dans les dépenses récurrentes (notamment les salaires) des personnels de service, dans la mesure où elles sont essentielles aux services de lutte contre le VIH et le sida, la tuberculose et/ou le paludisme (voir section 3.2).
- Le recours à des mesures d'incitation financières spécifiques à une maladie doit être progressivement réduit, car elles ont des effets indésirables. Les compléments de salaire ne sont plus admissibles. Les autres types de mesures de rétention et de motivation, notamment les mesures plus générales d'incitation financière, présentent un meilleur potentiel de pérennisation et doivent être privilégiés, en particulier s'ils sont liés aux résultats des subventions et à l'atteinte des objectifs (voir section 3.2).
- Si des politiques, plans et stratégies nationaux existent en matière de ressources humaines pour la santé, les demandes d'investissements RHS doivent en tenir compte. Dans le cas contraire, le Fonds mondial envisagera de fournir un appui afin d'en établir. L'appui doit tendre à établir ou renforcer les capacités de gestion et de planification des RHS, notamment des systèmes d'information (voir section 3.4).
- La démarche du Fonds mondial sera adaptée au contexte du pays (voir section 5).

---

<sup>a</sup> Le présent document a été préparé en étroite collaboration avec le Département des personnels de santé de l'Organisation mondiale de la Santé.

# 1. Introduction

Les difficultés liées aux ressources humaines pour la santé présentent un obstacle majeur reconnu à l'intensification et l'amélioration de la qualité des services de santé, notamment liés au VIH et au sida, à la tuberculose et au paludisme<sup>1</sup>. Les corrélations entre la disponibilité et l'accessibilité des personnels de santé d'une part, et la couverture des services et l'amélioration de la santé d'autre part, sont bien établies<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 enseignements et des formations inadéquats, des conditions de travail médiocres et un manque de données fiables sur les effectifs de santé. De plus, les ressources humaines gèrent et déterminent l'utilisation de toutes les autres ressources du système de santé. À ce titre, elles occupent une place centrale dans l'atteinte de la couverture sanitaire universelle (CSU) et des objectifs de développement durable (ODD) relatifs à la santé<sup>6</sup>, et dans la mise en place de systèmes résistants et pérennes pour la santé (SRPS)<sup>b</sup>. Elles représentent un objectif clé de la Stratégie 2017-2022 du Fonds mondial<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> de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). La présente note d'information technique s'inscrit dans cette lignée et inclut une liste de vérification du Fonds mondial à utiliser pour les demandes d'investissements RHS (voir annexe 1).

Aux fins des présentes, 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, laborantins, 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, assistants sociaux, agents de santé environnementale, et agents de santé communautaires tels que les éducateurs pairs). Ainsi, toutes les ressources humaines bénéficiant d'un soutien du Fonds mondial sont incluses. L'annexe 2 présente une liste de ressources et d'outils pratiques sur les ressources humaines pour la santé.

Son mandat étant de lutter contre le sida, la tuberculose et le paludisme, le Fonds mondial n'est pas tenu de diriger les initiatives visant à étendre ou améliorer les effectifs de santé des pays. Sa stratégie vise plutôt à identifier et résorber, 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 reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente). 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 vise à clarifier la démarche du Fonds mondial en matière d'investissements liés aux ressources humaines pour la santé, à travers les définitions ci-après :

- principes généraux régissant les investissements du Fonds mondial (section 2) ;
- types d'investissements RHS pouvant être financés par le Fonds mondial (section 3) ;
- suivi des critères d'investissements RHS (section 4), et

---

<sup>b</sup> Pour en savoir plus sur la démarche liée à l'établissement de systèmes résistants et pérennes pour la santé, consultez la [note d'information sur les systèmes résistants et pérennes pour la santé](#).

- modulation du soutien du Fonds mondial selon le contexte du pays (section 5).

La présente note fournit des orientations aux pays préparant une demande de financement du Fonds mondial. Elle doit servir de fondement aux discussions et aux négociations avec les parties prenantes lors de l'établissement des demandes de financement. Pour faciliter la prise en considération structurée des difficultés liées aux ressources humaines pour la santé dans le cadre du dialogue au niveau du pays et de l'établissement des subventions, une liste de vérification des investissements RHS est fournie en annexe 1. Les candidats sont encouragés à utiliser cette liste dès lors que leur demande de financement comporte des investissements RHS importants. Cette étape doit survenir dès les premières étapes de la demande de financement, de manière que les questions y afférentes soient prises en compte dès le départ.

Globalement, l'orientation stratégique de la présente note d'information technique reste identique à celle de la première version (datée de décembre 2016), mais les modifications spécifiques ci-après doivent être notées : 1) attention accrue portée aux investissements RHS liés à des démarches intégrées, centrées sur la personne (section 2.3) ; 2) alignement sur les récentes lignes directrices de l'OMS sur les investissements liés aux ASC (section 2.3) ; 3) nouvelle section 4 sur le suivi ; et 4) nouvel outil de vérification pour l'évaluation et la prise en compte des implications pour les ressources humaines pour la santé des subventions SRPS autonomes et des demandes de fonds de contrepartie (annexe 1).

## 2. Principes généraux de candidatures, notamment à des fins d'investissements RHS

Les investissements RHS peuvent être prioritaires si les faiblesses dans ce domaine représentent un obstacle à la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité ou la qualité des services de prévention, de diagnostic, de traitement et de soins du VIH, de la tuberculose et du paludisme. Cela peut être particulièrement pertinent dans les contextes et les pays fragiles caractérisés par une charge de morbidité élevée et une économie faible.

Les principes généraux devant être respectés dans le cadre de l'établissement d'une demande de financement liée aux personnels de santé sont résumés dans l'encadré 1 et détaillés dans les sections ci-après.

### **Encadré 1 : Quatre principes généraux de candidatures, notamment à des fins d'investissements RHS**

**Prise en compte de la pérennité** : aligner les interventions RHS sur les plans stratégiques nationaux pertinents et/ou en soutenir l'établissement ; garantir l'existence d'une stratégie de financement à long terme ; privilégier les investissements dans des domaines susceptibles d'avoir un impact durable tels que la formation préalable à l'emploi et la rétention des effectifs de santé ; et veiller à ne pas perturber les systèmes RHS existants.

**Apport d'éléments de preuve solides sur le marché des RHS du pays justifiant les investissements** : renforcer les systèmes de données RHS ; soutenir et /ou utiliser les analyses détaillées du marché des effectifs de santé et les évaluations des centres de santé afin d'assurer le suivi d'une série de facteurs, notamment la satisfaction des agents de santé, le versement des salaires, et la qualité de la supervision et de la formation continue.

**Investissement dans des démarches intégrées liées aux ressources humaines pour la santé, centrées sur la personne et tenant compte du genre** : intégrer les services et les RHS aux



niveaux des centres de soins de santé primaires et des communautés ; coordonner l'éducation, la formation, le déploiement et la rémunération des RHS afin de leur donner les moyens de travailler au-delà des frontières disciplinaires et/ou géographiques. Ces tâches pluridisciplinaires doivent inclure les agents de santé communautaires lorsque la situation s'y prête.

**Établissement de partenariats stratégiques** : identifier les organismes internationaux, nationaux et infranationaux appropriés et collaborer avec eux afin de combler les faiblesses connues en matière de services et de couverture des effectifs de santé, et de garantir l'harmonisation de leurs conditions d'embauche.

Il convient de garder à l'esprit que ces principes et les orientations fournies dans la présente note d'information doivent être interprétés et adaptés au contexte du pays. En définitive, 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 étudiera les demandes de financement d'autres démarches dûment justifiées.

## 2.1 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 suffisante 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. Pour tout supplément d'information, référez-vous à la politique et à la note d'orientation du Fonds mondial relatives à la pérennité, la transition et au cofinancement<sup>c</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, et comment elles contribueront à l'atteinte des objectifs établis.

Si les politiques, stratégies et plans liés aux effectifs de santé fondés sur des données validées sont inexistantes ou faibles, un soutien du Fonds mondial doit être proposé afin de les établir et de les mettre en œuvre, en collaboration avec d'autres partenaires de développement lorsque cela est 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 3.4).

La pérennité implique une intensification des investissements nationaux dans la santé, dès lors que le pays possède la volonté politique et des capacités financières suffisantes pour les prendre en charge. Le cas échéant, le Fonds mondial encouragera cet engagement financier au moyen de critères de cofinancement, en particulier si le pays est prêt à s'affranchir du soutien de l'institution. Il peut également soutenir la fourniture d'un appui technique afin de garantir que les pays fondent leurs plans stratégiques sur des stratégies de financement de la santé publique complètes, faisant appel au secteur privé le cas échéant.

Pour pérenniser les investissements liés aux ressources humaines pour la santé fondés sur des éléments de preuve, les pays peuvent donner la priorité aux interventions et aux démarches

---

<sup>c</sup> Voir la [Politique en matière de pérennité, de transition et de cofinancement](#) et la [note d'orientation sur la pérennité, la transition et le cofinancement](#).

entraînant des économies ou une utilisation des ressources présentant un bon rapport coût/efficacité. Quelques exemples sont présentés ci-après :

- centrage prioritaire sur les agents investis dans les soins de santé primaires, notamment les agents de santé communautaires (voir sections 2.3, 3.1 et 3.3) ;
- investissements dans des démarches intégrées, centrées sur la personne, notamment la supervision formatrice intégrée (voir section 2.3) ;
- coordination des initiatives liées aux effectifs de santé avec les autres bailleurs de fonds et parties prenantes (voir section 2.4) ;
- mesures d'incitation et allocations visant à réduire les taux de départ au sein des institutions d'enseignement de la santé (voir section 3.1) ;
- investissement dans la formation préalable à l'emploi 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>910</sup> (voir section 3.1) ;
- incitations non financières visant à améliorer la motivation, les résultats et la rétention des agents de santé (voir section 3.2) ;
- amélioration de la transparence et de l'efficacité des systèmes de gestion financière des effectifs de santé, notamment du versement des salaires (voir section 3.4).

Les retombées des investissements liés aux effectifs de santé peuvent être longues en raison du temps nécessaire au recrutement et au déploiement des personnels. Lors de la préparation d'une demande de financement comprenant un soutien aux effectifs de santé, les candidats doivent indiquer comment ils entendent accélérer la procédure, par exemple en définissant dès le départ un plan de déploiement. Même si la procédure est accélérée, le Fonds mondial reconnaît que certains investissements liés aux effectifs de santé donnent des résultats plus tardivement qu'au terme d'une période de financement triennale. Il convient d'en tenir compte et d'établir un plan échelonné de pérennisation, estimant et justifiant le retour d'investissement attendu.

De nombreux pays sont confrontés à des difficultés de pérennisation, une partie importante des effectifs de santé ayant été financés avec le soutien du Fonds mondial. Leur expérience souligne l'importance d'intégrer la pérennité dans les subventions dès le départ, y compris pour les pays à faible revenu. La pertinence des postes créés avec le soutien du Fonds mondial doit être étayée par des analyses du marché des effectifs de santé (voir section 2.2). La disponibilité de données fiables sur le nombre, le type, l'emplacement et la rémunération des effectifs de santé subventionnés contribuera à éclairer les décisions sur la planification de la transition et la pérennisation.

Enfin, les candidats sont invités à envisager des démarches novatrices afin de combler durablement les faiblesses liées aux effectifs de santé. L'amélioration de la supervision intégrée et de la formation en gestion dans les centres de santé (section 2.3) ; le financement en fonction des résultats et la décentralisation du financement des établissements de santé afin de renforcer l'autonomie et la capacité des agents de santé à fournir les services (section 3.2) ; et le suivi au niveau communautaire en sont quelques exemples<sup>d</sup>.

## **Encadré 2 : Exemples d'investissements durables liés aux effectifs de santé**

Au **Bangladesh**, le Fonds mondial finançait les salaires de 200 assistants communautaires investis dans la lutte contre la tuberculose et la lèpre. Le ministère de la Santé et du bien-être familial s'est engagé à en assumer la responsabilité sous deux ans et a tenu son engagement. La transition réussie du financement de ces salaires a été facilitée par la définition d'une stratégie relative aux effectifs de santé dans le cadre du programme et par le faible taux de rotation de personnel au sein

<sup>d</sup> Des informations supplémentaires sur le suivi au niveau communautaire sont présentées dans la [Note d'information technique sur le renforcement des systèmes communautaires](#).

du programme national de lutte contre la tuberculose. De plus, sa planification survenait à un moment adéquat, peu après un examen du budget du plan d'activité, facilitant le transfert des salaires de ces agents dans le nouveau budget.

Au **Bénin**, la subvention autonome liée à l'établissement de systèmes résistants et pérennes pour la santé comprend une contribution aux salaires de 17 pharmaciens, 18 logisticiens et 19 spécialistes des technologies de l'information et la communication, les autorités s'étant également engagées à assumer progressivement l'intégralité de ces coûts avant la fin du cycle de la subvention. Le gouvernement s'était déjà engagé à financer ces postes, mais la contribution du Fonds mondial a permis de les recruter plus tôt qu'il n'aurait été possible sans son aide.

En **Afrique du Sud**, le Fonds mondial finançait un programme de soutien à des orphelins et des enfants vulnérables qui couvrait notamment les salaires des travailleurs sociaux. Le programme est resté actif dans plusieurs provinces après le retrait du Fonds mondial, car les autorités ont absorbé les coûts récurrents dans les provinces dont les besoins étaient les plus importants.

## **2.2 Investissements au vu du marché du travail des personnels de santé étayé par de solides éléments de preuve**

Afin 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 avec les besoins des populations, aujourd'hui et demain. 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 dont le secteur de la santé et les secteurs y afférents possèdent des systèmes de données efficaces (systèmes d'information pour la gestion de la santé, systèmes d'information sur les ressources humaines, statistiques nationales, archives des associations professionnelles et des autorités de réglementation), la plupart de ces données peuvent être obtenues auprès de ces sources, en particulier si elles sont enregistrées dans la plateforme de comptabilité nationale des personnels de santé<sup>11</sup>. Cependant, la plupart des pays soutenus par le Fonds mondial ne possèdent pas les systèmes d'information requis ou utilisent des systèmes peu performants. Dans ce cas, le Fonds mondial peut décider de financer des initiatives visant à établir ou renforcer les systèmes de données pertinents, notamment la plateforme de comptabilité nationale des personnels de santé (voir section 3.4).

L'amélioration des systèmes de collecte, d'assurance qualité, de classement, d'analyse, de diffusion et d'utilisation des données RHS pourrait conduire à des décisions plus stratégiques, renforcer l'efficacité (par exemple par l'identification des « travailleurs fantômes ») et contribuer d'une part, à établir des systèmes efficaces de suivi et d'évaluation des investissements RHS du Fonds mondial, conformément au cadre de celui-ci en la matière<sup>e</sup> et d'autre part, à garantir l'utilisation de la plateforme de comptabilité nationale des personnels de santé par les pays.

Les demandes de financement doivent apporter la preuve d'une bonne connaissance des conditions sous-jacentes du marché des effectifs de santé (dans les secteurs public et privé). Les politiques visant à résorber les difficultés liées aux effectifs de santé doivent être fondées sur une analyse solide du marché du travail. Par exemple, en cas de pénurie des ressources humaines pour la santé, la riposte adaptée variera selon que la pénurie provient de l'offre, de la demande, ou des deux à la fois. Une pénurie liée à l'offre survient quand une quantité insuffisante de personnels de santé est produite/importée et conservée. Une pénurie liée à la demande survient quand un pays n'est pas en mesure de supporter les coûts récurrents afférents à la demande de RHS. Dans ce contexte, le Fonds mondial tient compte des considérations ci-après :

- En cas de pénurie de main d'œuvre (le nombre de postes à pourvoir ou la demande économique excède les capacités actuelles des personnels de santé), le Fonds mondial

---

<sup>e</sup> Des informations supplémentaires sont présentées dans le [cadre de suivi et d'évaluation du Fonds mondial](#).

peut décider de soutenir la formation préalable à l'emploi afin d'accroître le nombre de personnels de santé au niveau requis pour répondre aux besoins de la population liés aux trois maladies. Les investissements liés à la formation préalable à l'emploi doivent être accompagnés d'un plan de recrutement et de déploiement des personnels fraîchement diplômés.

- 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 nécessaire afin d'accroître la couverture des services liés aux trois maladies et si la demande de financement inclut un plan de pérennisation.
- Dans la plupart des pays à faible revenu, le nombre d'effectifs de santé et la demande économique sont tous deux en deçà des besoins de la population. Ces contextes nécessitent une double démarche, les investissements devant financer des postes supplémentaires et intensifier la formation préalable à l'emploi de professionnels de santé.
- Dans les pays où l'analyse du marché du travail indique que la rémunération des agents de santé est trop faible pour assurer la prestation de services, le Fonds mondial peut apporter un soutien afin d'améliorer la rémunération et indirectement, la rétention et la distribution géographique des effectifs de santé.

En l'absence d'analyse appropriée du marché des effectifs de santé, le Fonds mondial peut soutenir son établissement, par exemple en finançant un appui technique à la collecte et l'analyse des données requises. Cette analyse éclairera les décisions d'investissement fondées sur une connaissance des déficits de financement, de la marge budgétaire et de la capacité à absorber les effectifs de santé à l'avenir. En parallèle de cet exercice, les évaluations des centres de santé peuvent servir à analyser divers domaines tels que la satisfaction des personnels de santé, le paiement des salaires, ou encore la qualité de la supervision et de la formation continue.

### **Encadré 3 : Exemples d'investissements fondés sur une connaissance du marché des effectifs de santé**

En **Géorgie**, le Fonds mondial a soutenu une évaluation de la disponibilité et la distribution de spécialistes de la tuberculose. Selon les conclusions de l'évaluation, le nombre de spécialistes disponibles ne suffit pas à pourvoir tous les postes dans les 65 unités de prise en charge de la tuberculose au niveau des districts, et le système ne génère pas suffisamment de nouveaux spécialistes pour résorber la pénurie. Le Fonds mondial a alors financé la conception et la mise en œuvre d'une formation de trois mois, afin d'équiper d'autres spécialistes médicaux travaillant dans des centres de soins de santé primaires (médecins de famille, gastroentérologues, cardiologues) compétents pour prendre en charge les cas de tuberculose. Plusieurs mesures d'incitation sont proposées, dont des crédits au titre du programme national de développement professionnel continu et un supplément de salaire (payés par le Fonds mondial).

En **Sierra Leone**, la Direction des ressources humaines pour la santé du ministère de la Santé et de l'assainissement a demandé à l'OMS de mener une évaluation du marché des effectifs de santé, financée par le Fonds mondial. L'évaluation sera centrée sur les domaines manquant de données, par exemple les effectifs de santé dans le secteur privé et les taux de départ. Elle tiendra également compte des agents de santé communautaires afin d'inclure l'ensemble des effectifs de santé. Dans le même temps, le Fonds mondial a mandaté une évaluation détaillée du programme des agents de santé communautaires, dont les résultats seront pris en compte dans l'évaluation globale du marché des effectifs de santé.

### 2.3 Investissements RHS dans des démarches intégrées, axées sur la personne

Les investissements du Fonds mondial liés aux effectifs de santé visent à soutenir la rétention et l'intensification de personnels de santé, afin de renforcer la riposte aux trois maladies, mais dans le contexte d'une démarche intégrée de soins de santé primaires. Un manque de coordination entre les programmes de lutte contre les maladies peut entraîner une fragmentation de la prestation de services et un cloisonnement des activités et démarches liées aux agents de santé. La pérennité et l'efficacité peuvent être améliorées au moyen d'une meilleure intégration des services et des RHS dans les centres de soins de santé primaires et les communautés, selon le cas, dans le respect des stratégies nationales (quand elles existent) et des structures de prestation de services établies. Une démarche intégrée offre une plus grande efficacité et évite les effets indésirables d'une gestion des effectifs de santé spécifique à une maladie, qui peut aggraver les inégalités géographiques en matière d'accessibilité des RHS.

L'une des démarches stratégiques du Cadre de l'OMS sur les services de santé intégrés et centrés sur la personne vise à garantir « un dosage approprié des compétences afin de répondre durablement et de manière équitable aux besoins de la population en matière de santé. Les agents de santé doivent être organisés en équipes et pouvoir se référer à des processus pratiques adéquats, à des rôles et des attentes clairement définis et à des lignes directrices et pouvoir compter sur des moyens de combler les lacunes de leurs compétences, sur des échos qui appuient leur action, sur une rémunération équitable ainsi que sur un environnement et des incitations professionnels appropriés »<sup>12</sup>.

Les soins intégrés sont gérés et fournis de manière à apporter aux patients un continuum de : services de promotion de la santé, de prévention, de diagnostic et de traitement des maladies, de prise en charge, de réhabilitation et de soins palliatifs, coordonnés entre les niveaux et centres de soins, au sein et en dehors du secteur de la santé, selon leurs besoins<sup>13</sup>. La transition vers une prestation de services intégrés ne signifie pas obligatoirement que tout doive être intégré dans un seul programme de soins ; et une démarche RHS intégrée ne signifie pas qu'un même agent de santé sera chargé de fournir l'ensemble des services. Cette démarche vise au contraire à garantir la coordination de l'éducation, la formation, la supervision formatrice intégrée, la formation en gestion dans les centres de soins, la rémunération et les opportunités de développement professionnel des personnels de santé, afin de leur offrir la possibilité de franchir les barrières disciplinaires et organisationnelles pour répondre aux besoins et préférences des patients. Elle pourra nécessiter la création de nouveaux rôles chargés de coordonner les soins transversaux, et/ou l'établissement de nouvelles compétences, parfois non médicales (par exemple en matière de communication efficace avec les patients, de soutien à l'autogestion de l'état de santé).

De nombreuses opportunités d'intégration dans une multitude de contextes pourraient garantir la prise en charge simultanée des besoins des patients. Dans le cadre de la préparation de programmes mieux intégrés, les candidats doivent s'employer à identifier des synergies entre les investissements spécifiques à une maladie et les investissements RHS au niveau des centres de soins de santé primaires et communautaires, en particulier pour les services de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente. Commencez par déterminer les interventions pouvant être regroupées, puis comment les effectifs de santé peuvent être organisés afin de fournir les services dans le cadre de soins de santé primaires. Pour tout supplément d'information 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 reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente y afférent<sup>e</sup>. Des informations et des exemples de démarches intégrées probantes sont également disponibles dans les publications de l'OMS<sup>14 15</sup>.

---

<sup>f</sup> Pour tout supplément d'information, 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 reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente](#).

#### **Encadré 4 : Exemples d'investissements RHS intégrés visant à établir des systèmes résistants et pérennes pour la santé**

En **Afghanistan**, le Fonds mondial soutient deux types de prestations de services de santé intégrés dans des lieux sans accès aisé à des centres de santé. Le modèle des maisons de santé familiales déploie une petite équipe de professionnels de santé chargés de fournir des services intégrés, composée au minimum d'une sage-femme communautaire et d'un infirmier communautaire, fournissant tous deux des soins de santé, notamment liés au VIH, à la tuberculose et au paludisme. Les chefs communautaires nomment des femmes de la communauté, qui seront formées à ces rôles, augmentant ainsi leur acceptabilité par la communauté et la probabilité qu'elles continueront de fournir ces services à l'issue de leur formation. Le modèle de partenariat public-privé s'appuie sur le déploiement de sages-femmes du secteur public dans des centres privés tels que des pharmacies, dans les communautés ne possédant pas d'accès aisé à des établissements de santé publics. Cette démarche sera évaluée, afin de déterminer si la présence d'agents de santé communautaires accroît l'afflux de patients dans le secteur privé, conformément aux prévisions, et si cela peut les encourager à prendre en charge le recrutement de RHS à l'avenir.

En **Éthiopie**, le Fonds mondial a soutenu la formation intégrée de remise à niveau des agents de vulgarisation sanitaire. Au terme de leur formation préalable à l'emploi, des lacunes ont été identifiées en matière de compétences et de prestation de services, reflétant la nécessité de fournir à ces agents des formations périodiques de remise à niveau, afin de maintenir les compétences requises par le programme de vulgarisation sanitaire. Soucieux d'éviter la fragmentation et les absences répétées de leur poste de travail, le ministère fédéral de la Santé et les directions régionales de la santé ont coordonné un programme modulaire, couvrant les besoins de formation de plusieurs programmes, dont ceux liés au VIH et au sida, à la tuberculose et au paludisme.

En **Zambie**, le Fonds mondial a investi dans des services de prise en charge du VIH, de la tuberculose et du cancer du col de l'utérus, notamment dans la formation de RHS en centre de traitement antirétroviral sur le dépistage de ce cancer. Dans ce contexte, l'intégration de ces services se justifie pleinement, la prévalence du VIH et du cancer invasif du col de l'utérus étant très élevée (d'où l'importance de réduire les taux de mortalité et de morbidité de ce type de cancer chez les femmes séropositives).

Référez-vous également à l'exemple sur les agents de santé communautaires au Bénin, dans l'encadré 6.

#### **Agents de santé communautaires (ASC)**

La stratégie mondiale de l'OMS relative aux agents de santé communautaires encourage l'établissement de modèles communautaires novateurs pour la prestation des services de santé. Le déploiement d'agents de santé communautaires peut représenter une stratégie économique pour l'identification précoce, le signalement et la prise en charge des maladies infectieuses prioritaires.<sup>16</sup> Cette stratégie peut également renforcer l'équité, en améliorant la couverture des services de santé primaires et leur accès, en particulier si les ASC fournissent plusieurs services dans le cadre d'un programme intégré.

L'expérience prouve que les agents de santé communautaires constituent un moyen économique et efficace de prestation de services curatifs, préventifs et de promotion de la santé. Pour les communautés, les familles et les patients, ils fournissent une sensibilisation aux questions de santé ; un soutien et une assistance préventifs ; des services de santé curatifs et sociaux ; orientent les patients vers les niveaux supérieurs de la pyramide sanitaire et facilitent leur accès à ces services. Ils font office de passerelle entre les prestataires de services de santé, sociaux et communautaires, et les communautés pouvant avoir des difficultés à accéder à ces services<sup>17</sup>. Ils peuvent également représenter une ressource précieuse pour les actions communautaires et la collecte régulière de données qui serviront à orienter l'amélioration des services (voir section 2.2). Le terme « agent de santé communautaire » regroupe une multitude de rôles, de prestataires de soins de santé et d'éducation formés à des rôles plus informels tels que les éducateurs pairs et les agents de prise en

charge et de dépistage au niveau communautaire. Pour l'OMS et le Fonds mondial, les agents de santé communautaires font partie intégrante des personnels de santé, même s'ils sont bénévoles et/ou ne fournissent pas de services médicaux (agents de proximité et éducateurs pairs). Les plans et politiques relatifs à ces agents doivent être intégrés dans le programme global de renforcement des effectifs de santé et des systèmes de santé. Leur établissement et leur déploiement pourraient tirer parti d'un alignement sur les lignes directrices de L'OMS relatives au soutien aux politiques et systèmes de santé visant à optimiser les programmes d'utilisation des agents de santé communautaires (encadré 5)<sup>18</sup>.

Si le pays possède un cadre spécifique régissant la prise en charge des agents de santé communautaires par le système de santé, les investissements proposés doivent être alignés sur cette politique ou stratégie, que les agents soient employés par le gouvernement directement ou par des organisations non gouvernementales (ONG). Si le pays n'a pas établi de politique ou stratégie dans ce domaine, le Fonds mondial peut choisir de soutenir son établissement, en particulier si des éléments indiquent que des investissements liés aux ASP pourraient représenter un moyen économique d'améliorer les résultats dans un ou plusieurs programmes de lutte contre les maladies, dans le cadre d'une démarche pluridisciplinaire.

#### **Encadré 5 : Recommandations stratégiques clés visant à optimiser les programmes relatifs aux agents de santé communautaires**

Pour être efficace, la prestation de services par des agents de santé communautaires doit s'appuyer sur des modèles d'éducation, de déploiement et de gestion de ces personnels fondés sur des éléments probants.

La conception efficace des programmes relatifs aux agents de santé communautaires doit s'appuyer sur une analyse solide des besoins de la population, des exigences du système de santé et des implications en matière de ressources. Le rôle de ces agents doit être considéré au regard des autres personnels de santé, afin d'intégrer comme il se doit les programmes y afférents dans le système de santé général et dans les structures communautaires existantes.

Les recommandations clés visant à optimiser la conception et les résultats des programmes relatifs aux agents de santé communautaires sont présentées ci-après :

- sélectionner des ASC pour les formations préalables à l'emploi, en tenant compte des niveaux d'éducation minimum appropriés au vu des tâches à réaliser, de l'appartenance à la communauté locale et de l'acceptation par ses membres, de la promotion de l'égalité de genre, ainsi que des caractéristiques personnelles et des capacités des candidats ;
- déterminer la durée de la formation préalable à l'emploi dans le contexte local, au regard des compétences requises par le rôle attendu, les connaissances et compétences préexistantes et les conditions d'exercice ;
- inclure dans le cursus de la formation : les services de promotion et de prévention, les services de diagnostic et curatifs, le cas échéant, et les compétences interpersonnelles et de mobilisation de la communauté ;
- mettre en balance la théorie et la pratique, mêlant dans la mesure du possible les formations présentielles et à distance, en veillant à proposer un environnement d'apprentissage et un enseignement positifs ;
- utiliser une certification officielle fondée sur les compétences pour les ASC ayant validé leur formation préalable à l'emploi, afin d'améliorer la qualité des soins, la motivation et les perspectives d'emploi de ces agents ;
- adopter des stratégies de supervision formatrice ;

- fournir aux ASC en activité une rémunération à la hauteur des exigences et de la complexité de leurs tâches, du nombre d'heures travaillées, de la formation et des rôles assumés ;
- fournir aux ASC un accord écrit, indiquant les rôles et responsabilités, les conditions de travail, la rémunération et les droits du travail ;
- offrir des opportunités de développement professionnel aux agents obtenant de bons résultats ;
- déterminer une taille de population cible appropriée au vu de la charge de travail, la fréquence, la nature et la charge horaire attendues pour répondre aux besoins des contacts ;
- collecter, rassembler et utiliser les données sanitaires sur les activités quotidiennes des ASC, notamment au moyen de solutions de santé mobiles pertinentes, en veillant à respecter la confidentialité et la sécurité des données ;
- adopter des modèles de prestation de services confiant des tâches générales aux ASC intégrés dans les équipes chargées des soins de santé primaires, un rôle complémentaire leur étant ainsi attribué ;
- adopter des stratégies afin que les ASC engagent les communautés, notamment dans les procédures de sélection des agents, et tirent parti de leurs ressources ; et
- garantir une disponibilité adéquate des produits et consommables utilisés par les ASC.

Le Fonds mondial peut financer l'éducation, la rémunération, la gestion/supervision et/ou le soutien des agents de santé communautaires, dès lors que leur recrutement est envisagé à long terme plutôt que comme une solution à court terme. Ainsi, parallèlement à la prise en charge des besoins de santé immédiats, il convient de déterminer comment le rôle des ASC pourrait évoluer afin de s'adapter aux variations épidémiologiques et aux exigences du système de santé. Dans certains pays, le Fonds mondial peut envisager de financer les salaires des ASC employés par des ONG ou des organisations de la société civile (OSC), plutôt que par le gouvernement. Plusieurs raisons peuvent motiver cette décision, notamment si les activités des ASC ne sont pas envisageables dans le contexte politique actuel ou si les ONG/OSC représentent des prestataires de services importants et que les autorités ne possèdent pas de mécanisme leur permettant de sous-traiter les services de santé. La rémunération et les intitulés de poste des ASC doivent être harmonisés entre les bailleurs de fonds et alignés sur les grilles de salaire et les systèmes de classification des emplois nationaux, même si ces agents ne sont pas employés directement par les autorités (en gardant à l'esprit que d'autres avantages tels que la retraite n'ont pas toujours de correspondances directes). Dans ce cas, les candidatures doivent inclure une stratégie de sortie respectant les droits humains et les droits du travail des ASC, ou un plan d'absorption des coûts par les autorités, directement ou par l'introduction d'un mécanisme de sous-traitance aux ONG, même si la procédure nécessitera de nombreuses années.

#### **Encadré 6 : Exemples d'investissements du Fonds mondial liés aux agents de santé communautaires**

Le **Bénin** a établi une stratégie nationale relative aux ASC, à laquelle le Fonds mondial apporte un soutien en finançant le recrutement, la formation et la rémunération de ces personnels, dans le but d'étendre et d'intensifier les services de santé communautaires intégrés, conformément aux priorités stratégiques du pays (VIH et sida, tuberculose, paludisme, hépatite et santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile). Leur rôle a été élargi à la détection des cas de tuberculose, à la prévention du VIH, au suivi et au soutien des patients séropositifs, ces domaines ayant été ajoutés au programme de leur formation intégrée. Les autorités se sont engagées à contribuer au salaire des ASC avec les fonds alloués aux gouvernements locaux.



Au **Maroc**, la subvention du Fonds mondial finance les salaires des postes clés de l'équipe de mise en œuvre du programme lié aux ASC et la formation des ASC, en particulier des éducateurs pairs. Le champ d'action des ASC est clairement défini dans le plan de santé stratégique national et dans le budget de la subvention. Le programme s'appuie sur un réseau d'organisations de la société civile, dont une déploie quelques ASC à mi-temps dans la communauté, l'autre mi-temps dans un centre de santé. Cette démarche améliore les liens et la communication entre le système de santé national et le réseau d'ASC, et pourrait améliorer la confiance et la continuité des soins en cas de transfert des patients de la communauté vers un centre de santé.

## 2.4 Établissement de partenariats stratégiques

La stratégie du Fonds mondial en matière de ressources humaines pour la santé consiste à identifier en collaboration avec les pays les lacunes dans ce domaine qui nuisent aux initiatives de lutte contre les trois maladies et aux services y afférents. Les demandes de financement doivent indiquer comment les interventions proposées aideront les pays à combler durablement leurs faiblesses, jusqu'à la mobilisation de ressources nationales.

De nombreux organismes et institutions apportent un soutien aux effectifs de santé et le Fonds mondial s'engage à établir des partenariats avec eux. L'OMS facilite l'établissement de politiques et de lignes directrices mondiales relatives aux effectifs de santé, et 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), l'ONUSIDA (œuvrant à la collaboration des Nations Unies sur le programme de zéro discrimination dans le domaine des soins de santé). 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 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 budgétaires dans le but 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 et d'analyses du marché des personnels de santé. Enfin, il est important de dialoguer avec les bailleurs de fonds, dont ceux investis en faveur d'une maladie spécifique, qui peuvent également financer des initiatives liées aux RHS, à l'instar de PEPFAR (voir encadré 7), et diverses alliances telles que Gavi, le Partenariat mondial pour l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH, et le Partenariat pour la santé maternelle, néonatale et infantile.

Dans les contextes d'intervention difficiles, le secteur humanitaire doit être sollicité, la multiplicité des intervenants rendant l'établissement de partenariats stratégiques encore plus indispensable pour garantir la coordination. Il peut être approprié de déterminer un mode de coordination avec les partenaires afin d'identifier des synergies, d'harmoniser les stratégies et d'éviter les doubles emplois liés aux initiatives en faveur des personnels de santé.

Les négociations et les résolutions de questions spécifiques relatives aux subventions telles que la rémunération des personnels de santé font partie du mandat du Fonds mondial (voir section 3.2). Le dialogue avec les ministères de la Santé fait partie intégrante de cette démarche, même si dans certains contextes, il sera également approprié de dialoguer avec d'autres membres du gouvernement, notamment les directions des RHS et de la planification d'autres ministères (Éducation, Finances, Travail), de l'administration publique et/ou du secteur privé, afin de garantir l'harmonisation des initiatives.

## Encadré 7 : Exemples d'établissements de partenariats stratégiques

La **Géorgie** a récemment déployé un programme de dépistage intégré, à des fins de détection active des cas de tuberculose, de VIH et d'hépatite B dans les centres de soins de santé primaires. Le Fonds mondial a travaillé sur cette initiative en partenariat avec le secteur privé, les autorités centrales et locales. Il a ainsi financé la conception et le déploiement d'une formation auprès des médecins et infirmiers sur la détection des cas et la gestion des données, tandis que les autorités centrales ont fourni les systèmes de dépistage et les consommables, les autorités locales finançant les mesures d'incitation aux centres de santé participants. Le secteur privé fournissant la plupart des services de soins de santé primaires, il était indispensable de signer un protocole d'accord avec le réseau pertinent de prestataires, afin qu'un nombre suffisant de médecins et d'infirmiers soient autorisés à quitter leur poste le temps de la formation et à fournir ces services supplémentaires. Le programme a été testé avec succès dans huit districts et devrait être étendu à d'autres districts en 2019.

En **Eswatini** et au **Lesotho**, le Fonds mondial et PEPFAR sont les deux principaux financeurs d'initiatives en faveur des personnels de santé. Ils ont conjointement soutenu la préparation d'un inventaire détaillé des personnels de santé financés par des bailleurs de fonds, conscients de la nécessité d'aligner leurs activités sur la politique nationale, de les coordonner dûment et de s'appuyer sur des éléments de preuve solides. Ces inventaires répertoriaient le nombre des personnels, leurs lieux de travail, leurs salaires et leurs rôles. Les postes étaient cartographiés sur un organigramme des autorités publiques, de manière à comparer les salaires versés par les donateurs avec les grilles de salaire du gouvernement<sup>19</sup>. En **Eswatini**, l'inventaire a mis au jour des écarts importants entre les salaires versés par le gouvernement et ceux financés par le Fonds mondial et PEPFAR. La plupart ont depuis été harmonisés au moyen d'une circulaire officielle du ministère de la Santé, et les derniers travaux sont en cours. L'inventaire a également révélé que la formation et la rémunération des ASC financées par le Fonds mondial et PEPFAR n'étaient pas pleinement comparables. Elles sont depuis en cours d'harmonisation. Au **Lesotho**, l'inventaire a permis la préparation d'un tableau de bord interactif de planification des effectifs de santé, permettant aux utilisateurs de modifier plusieurs paramètres afin d'estimer les coûts et l'impact estimés de plusieurs scénarii. Les résultats ont été transmis aux représentants de trois ministères : Finances, Santé et Services publics, afin d'éclairer leurs discussions sur la stratégie RHS et la planification de la transition. En réponse, le gouvernement a reconnu la nécessité d'améliorer les systèmes de données sur les personnels de santé ; d'établir une stratégie RHS ; de renforcer la coordination des demandes d'appui RHS par les services publics, notamment de s'aligner sur les cadres nationaux de rémunération ; et d'établir un plan de pérennisation et de sortie dès le début des investissements.

### 3. Types d'investissements en faveur des personnels de santé financés par le Fonds mondial

Des interventions et des stratégies fondées sur des éléments probants visent à résorber les difficultés liées aux effectifs de santé. Par exemple, des améliorations radicales de la qualité des effectifs peuvent être obtenues si les secteurs de l'éducation et de la santé collaborent afin d'établir un programme d'éducation transformateur<sup>20</sup>. Il est possible d'améliorer la motivation, la satisfaction, la rétention, la distribution équitable et les résultats des personnels de santé au moyen d'un ensemble de politiques de recrutement et de rétention intégrées (mesures d'incitation financières et non financières), de mesures réglementaires, et d'une réorganisation de la prestation de services<sup>21</sup>.

L'efficacité peut être renforcée par l'adoption d'un modèle de fourniture de soins de santé primaires centrés sur la personne. 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 primaires interdisciplinaires<sup>2223</sup>.

Selon le contexte du pays, les interventions en faveur des personnels de santé peuvent être centrées sur un ou plusieurs éléments du marché des effectifs de santé, notamment :

- l'augmentation du vivier de RHS par l'éducation et la formation de nouveaux agents de santé ;
- le soutien à la rémunération et au déploiement d'agents de santé nouveaux et existants, notamment au moyen de mécanismes de rétention et de motivation, conformément aux directives du Fonds mondial en matière d'établissement des budgets<sup>9</sup> ;
- le renforcement des compétences des agents de santé par la formation continue ; et
- le renforcement des capacités en matière d'établissement de politiques efficaces, de gouvernance et de planification/gestion des effectifs (notamment le renforcement des données et des systèmes de supervision formatrice intégrés), au moyen de la stratégie mondiale relative aux personnels de santé, dans le respect des dispositions des règlements sanitaires internationaux (2005)<sup>24</sup>.

La réussite de la mise en œuvre de ces types d'interventions, en particulier celles liées à la rémunération, la motivation et la rétention, dépend largement de l'existence d'une plateforme nationale pouvant faciliter l'alignement des activités en faveur des personnels de santé dans le pays. Si aucune plateforme n'existe, le Fonds mondial peut décider de financer son établissement sous la direction des autorités.

La pertinence de ces interventions sera déterminée par le contexte du pays, notamment la charge de morbidité et le type d'appui actuellement fourni par le Fonds mondial et les autres bailleurs de fonds, et par la situation actuelle des ressources humaines pour la santé et des capacités économiques du pays. Des orientations détaillées, différenciées selon le contexte, sont présentées dans chaque section ci-après et résumées dans le tableau 1 de la section 5.

### 3.1 Éducation et production de nouveaux agents de santé

Le renforcement du vivier et/ou des compétences des personnels de santé est un élément essentiel à l'atteinte des objectifs de santé ambitieux, notamment aux objectifs liés au VIH, à la tuberculose et au paludisme. À ce titre, les interventions liées à l'éducation préalable à l'emploi sont potentiellement pertinentes dans tous les pays soutenus par le Fonds mondial, même si le centrage de ces initiatives peut varier selon le type et le contexte de chaque pays (voir tableau 1, section 5). L'éducation préalable à l'emploi doit généralement rester prioritaire sur la formation continue, dès lors que le contexte s'y prête.

L'éducation du personnel de soins de santé primaires (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.

Il importe d'améliorer la qualité de l'enseignement et de garantir l'actualité des programmes, en particulier dans les pays dont les diplômes ne préparent pas à toutes les compétences requises en matière de prévention, de dépistage, de surveillance/signalement et de prise en charge des trois maladies. La formation préalable à l'emploi doit également être prioritaire si le nombre de

---

<sup>9</sup>Référez-vous aux [Directives relatives à l'établissement des budgets des subventions](#) et à la [communication annuelle des données financières](#) du Fonds mondial.

professionnels de santé ne suffit pas à répondre aux besoins des services de santé, et si 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 :

- l'ajustement des modalités des programmes ou des formations (par ex. afin de faciliter les initiatives de partage des tâches<sup>h</sup> ou d'inclure une formation aux questions liées aux droits de l'homme et à des sujets spécifiques tels que la tuberculose multirésistante) ;
- la formation des éducateurs de santé ;
- le renforcement des capacités et l'amélioration de la qualité des centres de formation ;
- la mise à niveau des systèmes d'accréditation et d'assurance qualité sur la formation des personnels de santé ;
- l'accompagnement des gouvernements sur l'alignement des normes de qualité des secteurs public et privé ; et/ou
- dans des circonstances exceptionnelles (un CID dont le système d'éducation n'est pas fonctionnel), un soutien à la formation d'étudiants en dehors de leur région ou pays d'origine, dans un cadre les incitant à y retourner pour exercer à l'issue de leur formation.

L'éducation préalable à l'emploi représente également une opportunité de rétablir l'équilibre de genre et ethnique au sein des effectifs de santé, de sensibiliser ces derniers à ces questions, et d'améliorer les droits humains et les compétences des effectifs de santé en matière d'éthique médicale<sup>i</sup>. Tous les pays soutenus par le Fonds mondial doivent s'assurer que les objectifs d'équilibre et de prise en compte des questions de genre et d'ethnicité sont inscrits dans toutes les politiques relatives aux personnels de santé. Les activités ci-après peuvent être pertinentes :

- le 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 ;
- le renforcement des capacités des agents de santé communautaires et professionnels à fournir des services sensibles au genre et aux ethnicités, tenant compte des droits humains et de l'éthique médicale ; et
- l'adoption de mécanismes visant à garantir l'équité de genre et d'ethnicité en matière d'accès aux programmes d'enseignement et de formation.

De même, la formation préalable à l'emploi présente une opportunité de recruter des étudiants issus de populations et de régions mal desservies du pays, qui seraient alors plus enclins à exercer dans ces régions une fois diplômés (voir également section 3.2).

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 faible revenu et contextes d'intervention difficiles ont besoin d'un soutien extérieur.

---

<sup>h</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. Voir [http://www.who.int/healthsystems/task\\_shifting/en/](http://www.who.int/healthsystems/task_shifting/en/)

<sup>i</sup> La formation des personnels de santé aux questions des droits humains et de l'éthique médicale est l'un des programmes recommandés pour réduire les obstacles à l'accès aux services de prise en charge du VIH, de la tuberculose et du paludisme liés aux droits humains. Des informations supplémentaires sont disponibles dans les documents : [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/Key\\_Human\\_Rights\\_Programmes\\_en\\_May2012\\_0.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Key_Human_Rights_Programmes_en_May2012_0.pdf) et <https://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/ending-discrimination-healthcare-settings.pdf>. Pour tout supplément d'information sur le programme de renforcement des capacités liées aux droits humains, référez-vous aux [notes d'information technique du Fonds mondial](#) sur le VIH, les droits humains et l'égalité de genre ; la tuberculose et les droits humains ; et le paludisme, les droits humains et l'égalité de genre.

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 (public ou privé).

### **Encadré 8 : Exemples d'investissements du Fonds mondial liés à la formation préalable à l'emploi**

En **Éthiopie**, le Fonds mondial soutient l'amélioration des compétences des agents de vulgarisation sanitaire, afin de leur apporter les compétences supplémentaires requises pour fournir des services de santé intégrés, en particulier dans les zones mal desservies. De nouvelles catégories d'agents de vulgarisation sanitaire (niveaux 3 et 4) ont été créées, afin de reconnaître les titulaires de ces compétences supplémentaires et les agents formés pour travailler dans des environnements spécifiques. Le ministère fédéral de la Santé prévoit de former au niveau 4 18 500 des 38 000 nouveaux agents de vulgarisation sanitaires du pays à l'horizon 2020 : 7 000 seront inscrits à une formation de deux ans d'entrée directe, et 11 500 étudiants intégreront une formation de transition d'un an. La subvention du Fonds mondial financera la formation et le déploiement de tous les étudiants en année de transition. Cette initiative est menée par le ministère fédéral de la Santé et s'inscrit pleinement dans la lignée du plan stratégique national.

En **Sierra Leone**, une récente analyse des déficits liés aux personnels de santé a fait état d'une grave pénurie d'infirmiers de haut niveau, notamment d'infirmiers diplômés d'État et d'éducateurs d'infirmiers et de sages-femmes. Le Fonds mondial finance la formation de transition de 200 infirmiers communautaires recrutés par les autorités afin de leur faire passer le diplôme d'État, et soutient la préparation de 20 infirmiers diplômés d'État au rôle d'éducateur d'infirmier et de sage-femme. Cette initiative renforcera les capacités du pays à former des infirmiers et des sages-femmes, contribuera à la pérennité en réduisant la dépendance envers les formateurs étrangers, et aidera à combler les lacunes identifiées en matière d'infirmiers diplômés d'État.

En **Zambie**, le Fonds mondial soutient la formation de 500 assistants de santé communautaires par an et leur fournit des équipements tels que vélos, chaussures, blouses de laboratoire et moustiquaires. Il cofinance également leurs salaires avec les autorités. Ces personnels seront principalement déployés en milieu rural en vue d'améliorer l'accès aux services de prévention et de traitement, et de réduire la charge de travail des infirmiers ruraux en les délestant d'une partie de leurs activités régulières.

## **3.2 Rémunération et déploiement des agents de santé**

Dans les pays confrontés à une pénurie d'agents de santé liée à la demande, le simple renforcement des effectifs n'est pas toujours efficace. De fait, les budgets nationaux des pays à faible revenu et des contextes d'intervention difficiles 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 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, qui doit inclure une évaluation des sources nationales et internationales de financement des effectifs de santé disponibles dans le pays.

Les demandes de financement pour le renforcement du personnel de santé doivent se conformer aux directives actuelles du Fonds mondial en matière d'établissement des budgets<sup>i</sup> et comprendre un plan à court ou moyen terme de prise en charge progressive des salaires par les autorités

<sup>i</sup> Référez-vous aux [Directives relatives à l'établissement des budgets des subventions](#) et au [Rapport financier annuel](#) du Fonds mondial.

publiques (en particulier pour les pays se préparant à l'affranchissement du soutien du Fonds mondial) ou justifier pourquoi ce n'est pas envisageable à court ou moyen terme. Le plan de transition 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 budgétaire et des personnels de santé).

Les demandes de financement doivent indiquer comment les demandes de prise en charge des salaires satisfont aux procédures nationales et aux grilles des salaires relatives aux ressources humaines (gouvernementales<sup>k</sup> et non gouvernementales), ou comment ces demandes s'inscrivent dans le cadre d'une stratégie publique délibérée visant à modifier le *statu quo* relatif aux ressources humaines pour la santé. 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 (augmenter ou 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 lié au secteur public), fondé sur une analyse solide du marché des effectifs de santé ou une évaluation des besoins y afférents, celui-ci peut servir à faciliter le dialogue et 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, et que le salaire n'en est pas le seul élément constitutif.

Des exemples d'investissements du Fonds mondial liés aux salaires dans le cadre d'une stratégie de soutien plus large sont présentés dans : l'encadré 2 (Bangladesh et Bénin), l'encadré 4 (Afghanistan), l'encadré 6 (Bénin), l'encadré 7 (Eswatini et Lesotho), l'encadré 8 (Zambie) et l'encadré 9 (Mali).

## Motivation et rétention

De nombreux pays soutenus par le Fonds mondial peinent à motiver et conserver leurs personnels de santé. Pour préserver la valeur des investissements dans la formation et 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 rétention et la motivation, en particulier dans les zones rurales et reculées des pays à faible revenu et dans les contextes d'intervention difficiles. Par exemple, les primes de rétention et les salaires, ainsi que des mesures d'incitation non financières, peuvent être utilisés dans les zones mal desservies afin d'améliorer l'accès aux services, dès lors qu'elles s'appuient sur des analyses du marché du travail, des évaluations des établissements de santé et les données des enquêtes démographiques et de santé.

---

<sup>k</sup> L'harmonisation avec les grilles salariales publiques est l'un des facteurs favorables devant préexister dans un pays avant que celui-ci ne commence à planifier sa transition à l'issue du soutien du Fonds mondial. Référez-vous à la [Politique du Fonds mondial en matière de pérennité, de transition et de cofinancement](#).

L'expérience indique que les programmes de rétention du personnel sont plus efficaces si plusieurs initiatives sont mises en œuvre conjointement dans un même cadre, plutôt que séparément<sup>25</sup>. Les activités ci-après peuvent être pertinentes :

- des interventions de formation qui encouragent l'inscription d'étudiants issus du milieu rural (voir section 3.1) 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. ;
- une supervision formatrice, qui encourage une amélioration continue de la qualité des soins, de la motivation et des résultats des agents de santé, en apportant la direction et le soutien nécessaires à l'amélioration des processus et en insistant sur le mentorat, la résolution conjointe des problèmes et la communication mutuelle entre les superviseurs et les supervisés. Avant tout, le Fonds mondial encourage fortement une démarche intégrée, plusieurs maladies étant couvertes au cours d'une même visite de supervision, ce qui améliore l'efficacité ; et
- 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.

Le renforcement des capacités de gestion des ressources humaines (voir section 3.4) devrait également permettre d'améliorer la motivation et la rétention des personnels de santé.

Le Fonds mondial ne finance pas les compléments de salaire, quelles que soient les circonstances. D'autres types de mesures d'incitation financière peuvent être envisagés. Cependant, en raison de leurs effets indésirables potentiels (démotiver les agents qui n'en reçoivent pas et biaiser les priorités), elles doivent être évitées 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 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 de mesures d'incitation financière doivent se conformer aux directives actuelles du Fonds mondial en matière d'établissement des budgets<sup>1</sup> et, dans la mesure du possible, 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, le cas échéant.

Le financement en fonction des résultats est couramment utilisé pour fournir une rémunération supplémentaire, sous réserve de l'atteinte des résultats attendus. Il s'applique aussi bien à des

---

<sup>1</sup> Référez-vous aux [Directives relatives à l'établissement des budgets des subventions](#) du Fonds mondial.

individus qu'à des organisations ou des établissements de santé (cliniques, etc.). Eu égard aux équipes de gestion, les pays sont invités à délaissier les compléments de salaire au profit de primes en fonction des résultats. Dans les cliniques, 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. Les interventions de financement en fonction des résultats dans les centres de santé peuvent s'accompagner d'une décentralisation des financements de ces centres, afin de conférer une plus grande autonomie aux agents de santé et de leur donner les moyens de fournir réellement les services (les interventions de financement décentralisé peuvent également être déployées sans financement en fonction des résultats).

Dans les pays possédant une politique et un système de financement en fonction des résultats dans le système national de santé, le Fonds mondial peut apporter un soutien afin de garantir un niveau de centrage approprié des mesures d'incitation sur les trois maladies, dans le cadre d'un programme équilibré plus large de services de soins de santé primaires. De plus, les pays doivent délaissier les compléments de salaire et privilégier les primes en fonction des résultats pour les équipes de gestion.

#### **Encadré 9 : Exemples d'investissements du Fonds mondial liés à la rétention et la motivation**

Au **Mali**, le manque de fiabilité du système de versement des salaires et le manque de soutien des centres de santé auxquels ils sont rattachés démotivaient les agents de santé communautaires. Pour combler ces faiblesses, le Fonds mondial collabore avec le ministère de la Santé et de l'hygiène publique du Mali et les programmes nationaux afin d'établir un système bancaire mobile, ce qui devrait permettre d'améliorer la fiabilité du versement des salaires de ces agents et d'instaurer au sein du système de santé un nouveau cadre de superviseurs, appelés « superviseurs dédiés », chargés de la supervision des ASC. Il finance le recrutement, la formation, l'équipement et les salaires de 150 superviseurs chargés exclusivement du suivi de tous les ASC exerçant dans le pays, au taux d'un superviseur pour dix-huit agents. Les agents de santé qualifiés et les acteurs communautaires tels que les ASC performants pourront devenir superviseurs à leur tour et évoluer ainsi professionnellement. La supervision sera formatrice et comprendra des réunions individuelles et collectives au cours desquelles les superviseurs offriront aux ASC des conseils, l'équipement et les produits dont ils ont besoin, et veilleront à leur rémunération. Les recherches opérationnelles au Mali indiquent que ce type d'investissement peut être efficace. Les investissements sont intégrés dans la réforme du secteur de la santé en cours de déploiement dans le pays, et les salaires des ASC sont alignés sur les grilles de salaire du gouvernement, présageant du meilleur en matière de pérennité. Une évaluation approfondie des investissements sera menée en 2021/2022, afin d'apporter les éléments de preuve requis pour encourager les autorités à absorber les coûts de ces superviseurs.

### **3.3 Formation continue**

Il peut être nécessaire de renforcer les compétences des personnels de santé existants afin de garantir leur aptitude à fournir les services de santé conformément aux protocoles nationaux ou internationaux. À l'instar de la formation préalable à l'emploi, la formation continue des agents de soins de santé primaires (médecins, infirmiers et sages-femmes, agents de santé communautaires et agents de proximité auprès des groupes de populations-clés) est particulièrement importante (voir section 3.1).

Les programmes de formation continue peuvent être nécessaires afin d'informer les personnels de santé sur les nouvelles procédures et directives, ou dans les contextes d'intervention difficiles dont le système de formation préalable à l'emploi est déficient. Un soutien au renforcement des systèmes



de développement professionnel continu sera également étudié. Par exemple, une formation continue peut être fournie aux gestionnaires de centres de santé ou d'établissements de niveau supérieur afin d'améliorer leurs compétences en gestion et en direction.

Les demandes de soutien à la formation continue doivent être justifiées et clairement présentées. Ces activités doivent être conçues et organisées afin de minimiser l'absence des personnels de leur poste de travail et d'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 ou la prise en charge intégrée des cas au niveau communautaire). Les demandes doivent également identifier les besoins et les lacunes, et :

- indiquer comment les activités de formation proposées s'alignent sur les stratégies, plans et systèmes nationaux de formation continue afin d'éviter les doubles emplois/formations répétées<sup>26</sup>, et
- présenter des plans d'intégration des compétences pertinentes dans la formation continue, de manière à éviter de nouvelles formations continues sur le même thème à l'avenir.

### **3.4 Politiques liées aux personnels de santé, gouvernance et planification/gestion des effectifs**

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 5), en particulier pour restaurer les fondements de systèmes de gestion des personnels de santé efficaces dans les contextes d'intervention difficiles sortant de crise.

Il peut notamment être pertinent de financer des interventions d'établissement ou de renforcement des capacités pour :

- diriger la planification et le renforcement des effectifs de santé à court et à long terme, afin de répondre aux besoins de la population et des systèmes de santé à l'échelle nationale ; les cadres mondiaux tels que la stratégie mondiale relative aux personnels de santé et les règlements sanitaires internationaux (2005) fournissent un cadre de référence utile pour l'identification des politiques et objectifs pertinents au niveau national ;
- mobiliser et utiliser les ressources dans un souci d'efficacité, d'efficience, d'équité et de responsabilité ;
- améliorer les conditions de travail et créer des systèmes de gestion des résultats<sup>m</sup>, des mécanismes de supervision formatrice, des systèmes de récompense et des parcours professionnels pour les agents de santé professionnels et non professionnels, notamment les ASC assimilés aux populations fortement marginalisées ou pénalisées, ou investis auprès d'elles ;
- renforcer les systèmes de formation continue afin d'améliorer les corrélations et les alignements entre le perfectionnement professionnel continu et la formation préalable à l'emploi ;
- définir des politiques stratégiques sur la réglementation 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 ;

---

<sup>m</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.

- 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 gestion, de suivi et de communication des dépenses liées aux ressources humaines pour la santé ;
- renforcer les capacités de gestion des ressources humaines, y compris le bon usage des systèmes d'information sur les ressources humaines ;
- obtenir, analyser et utiliser des données sur les ressources humaines pour la santé et sur le marché y afférent. Selon la stratégie mondiale de l'OMS relative aux ressources humaines pour la santé<sup>27</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<sup>28</sup>. Des orientations mondiales ont été établies sur les données minimales à inclure dans le registre des personnels de santé<sup>29</sup> et sur la collecte de données relatives aux personnels de santé à des fins de planification<sup>30</sup>. Les pays demandant une aide à l'établissement ou au renforcement d'une banque de données doivent se familiariser avec ces concepts et veiller à aligner leurs candidatures sur ces recommandations mondiales ; et
- formaliser les nouvelles catégories de personnels de santé (p. ex. les agents de santé communautaires) pour normaliser leur formation, la réglementation les concernant et leur intégration au sein du système de santé national.

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 si elles sont mises en œuvre par des acteurs non étatiques, de manière que les résultats et les enseignements soient visibles plus rapidement. 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).

Le renforcement des systèmes de données et des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) peut accroître 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 contexte des personnels de santé, les NTIC peuvent être particulièrement utiles dans les domaines ci-après : planification et 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, contrôle de la qualité des services et promotion de l'autonomie des patients. 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. Dans le cadre de partenariats stratégiques (voir section 2.4), des protocoles et accords de collaboration des données peuvent être nécessaires pour promouvoir le partage de données et éviter la redondance des systèmes. L'adoption d'éléments NTIC dans le contexte des subventions du Fonds mondial peut être pertinente dans tous les cas de figure, mais doit s'accompagner d'une justification confirmant la faisabilité économique de la démarche dans le contexte du pays.

#### **Encadré 10 : Exemples d'investissements du Fonds mondial liés au renforcement des capacités de gestion des personnels de santé**

Le Fonds mondial a financé l'établissement d'une unité de formation des personnels de santé au sein du ministère de la Santé du **Libéria**. Cette unité coordonne la formation à l'échelle nationale et en délègue la mise en œuvre aux comtés. Elle emploie plusieurs spécialistes des personnels de santé, dont un coordonnateur de la formation préalable à l'emploi et un coordonnateur de la formation continue. Elle a vocation à garantir la planification des dates, des lieux et des participants

selon une démarche structurée et ciblée, afin d'éviter les doubles emplois et les inefficacités. Les registres de formation ont été intégrés dans le système d'information sur les ressources humaines. Un système de supervision formatrice a été mis en œuvre en parallèle afin d'identifier les besoins et les lacunes de formation dans les centres de santé. L'unité a notamment coordonné une série de formations intégrées afin de sensibiliser les agents de santé aux nouvelles directives cliniques liées au VIH, à la tuberculose et au paludisme. Elle est appuyée par un groupe de travail technique dédié aux questions de santé dans le pays, qui l'aide à coordonner les subventions externes allouées aux personnels de santé.

En **Sierra Leone**, le Fonds mondial finance l'introduction de responsables des personnels de santé afin de garantir une mise en œuvre efficace des activités de renforcement de la gestion des effectifs de santé. Ils serviront de lien entre les membres du ministère de la Santé et de l'assainissement aux niveaux national et des districts ; coordonneront les gestionnaires des personnels de santé dans les districts ; et faciliteront les demandes en ressources humaines émises par les agents de santé.

## 4. Suivi des investissements du Fonds mondial liés aux personnels de santé

Les subventions du Fonds mondial dont une composante importante est allouée aux ressources humaines pour la santé doivent inclure un suivi et des rapports sur les résultats liés au renforcement de ces personnels en matière de production, disponibilité, rémunération, rétention et distribution, selon les cas applicables. Le module SRPS relatif aux personnels de santé du Guide sur le cadre modulaire du Fonds mondial<sup>n</sup> comporte quatre interventions principales : 1) éducation et production de nouveaux agents de santé ; 2) soutien à la rémunération et au déploiement d'agents de santé nouveaux et existants ; 3) formation continue ; et 4) cadres de politique et de gouvernance des personnels de santé. Des informations supplémentaires sur chaque intervention sont présentées dans la section 3 de la présente note d'information, et dans le guide mentionné ci-avant.

Les indicateurs du cadre modulaire relatifs aux personnels de santé sont alignés sur le cadre général des indicateurs liés aux ressources humaines pour la santé de la plateforme nationale de gestion des personnels de santé. La liste des principaux indicateurs SRPS peut servir de référence pour suivre les avancées liées aux quatre types d'investissements indiqués ci-avant et améliorer la responsabilité des fonds investis dans les personnels de santé. Parallèlement aux indicateurs RHS inclus dans le cadre, les candidats peuvent ajouter des indicateurs supplémentaires pertinents au vu de leur demande, afin de pouvoir suivre et évaluer dûment la mise en œuvre et l'impact des activités. Le guide de la plateforme nationale de gestion des personnels de santé relatif aux indicateurs liés aux personnels de santé peut être une source d'indicateurs supplémentaires<sup>31</sup> °.

Eu égard aux investissements liés à des démarches intégrées en faveur des personnels de santé (voir section 2.3), il peut également être approprié de suivre les indicateurs relatifs à la prestation de services intégrés tels que la supervision formatrice intégrée, et d'en rendre compte. Les données sur les personnels de santé générées par le suivi des résultats des RHS financé par le Fonds mondial (nombre d'agents de santé formés, rémunérés, incités à exercer en milieu rural, etc.) peuvent éclairer l'établissement de décisions stratégiques et politiques spécifiques à une subvention

<sup>n</sup> Référez-vous au [Guide sur le cadre modulaire](#) (en anglais) du Fonds mondial.

<sup>o</sup> Des indicateurs relatifs à la formation des prestataires de santé sur les droits humains et l'éthique médicale sont également disponibles, notamment des indicateurs validés sur la stigmatisation et la discrimination dans le contexte des soins de santé (<http://www.indicatorregistry.org/export-indicators/23>) et des outils de collecte de données ([https://www.healthpolicyproject.com/pubs/281\\_SDQuestionnaireManual.pdf](https://www.healthpolicyproject.com/pubs/281_SDQuestionnaireManual.pdf)).

ou un pays. De plus, la mise au point continue (en collaboration avec l’OMS) d’un outil de modélisation de l’impact des personnels de santé servira d’outil factuel pour évaluer l’impact des investissements du Fonds mondial liés aux personnels de santé sur la couverture des services dans le contexte des trois maladies et sur les résultats sanitaires<sup>32</sup>.

## 5. Investissements liés aux personnels de santé dans plusieurs contextes nationaux

Le tableau 1 présente des exemples de haut niveau de types d’investissements RHS pouvant être envisagés dans plusieurs contextes nationaux. Il est divisé en quatre domaines d’intervention : les interventions transversales pour les politiques, la gouvernance et la gestion liées aux personnels de santé ; l’éducation et la formation ; le soutien à la demande d’agents de santé par la création de postes financés ; et la gestion de la rétention, la motivation et des résultats des personnels de santé. Le signe « +++ » dans une case indique que le type d’investissement est fortement pertinent au vu du contexte ; le signe « ++ » indique une pertinence, et le signe « + » indique une pertinence potentielle devant être justifiée.

Les considérations spécifiques aux contextes d’intervention difficiles et aux pays se préparant à l’affranchissement du soutien du Fonds mondial sont présentées ci-après.

### Contextes d’intervention difficiles

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. De nombreux contextes d’intervention difficiles souffrent d’une pénurie de RHS et de la faible qualité des services fournis. La stratégie des investissements s’impose, de par la diversité des activités à financer. Cette considération est d’autant plus importante dans les environnements fragiles, dont les autorités ne sont pas en mesure de coordonner les initiatives liées aux personnels de santé. Dans ces pays, les bénéficiaires principaux sont souvent issus du secteur privé et doivent coordonner les activités des sous-bénéficiaires afin d’éviter la fragmentation et les effets indésirables.

Les capacités de gestion doivent être renforcées afin de garantir l’efficacité de ces investissements. Une fois passée la phase d’urgence absolue, le système de santé doit être rétabli ou reconstruit, notamment les ressources humaines. Cette étape peut présenter une opportunité d’établir un système plus résistant et pérenne qu’avant la crise<sup>33</sup>. À ce stade, les demandes de financement doivent tenir compte dans le même temps des besoins à long terme et immédiats, et saisir les opportunités qui se présentent. La priorité sera accordée aux interventions visant à établir et renforcer les capacités en matière d’éducation, de gestion et de planification des personnels de santé (voir sections 3.1 et 3.4) en collaboration avec d’autres parties prenantes, le cas échéant. Dans de nombreux contextes d’intervention difficiles, les salaires et/ou les systèmes de gestion des salaires sont déficients, ce qui affecte invariablement la rétention et la motivation des personnels. Bien souvent, la formation préalable à l’emploi doit également être intensifiée (voir section 3.1), par exemple en offrant aux étudiants un enseignement en dehors du pays si le système d’éducation national est dysfonctionnel.

Si le budget national ne suffit pas à couvrir les coûts récurrents tels que les salaires, une partie des ressources du Fonds mondial peut être allouée aux salaires (voir section 3.2), en particulier s’il est le seul partenaire chargé de cette mission dans le pays.

## Pays se préparant à la transition

Des considérations spécifiques visent également les pays souhaitant évaluer leur état de préparation à la transition ou se préparant à l'affranchissement du soutien du Fonds mondial. Pour les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure ou inférieure, faiblement ou modérément touchés par les maladies, le renforcement de l'évaluation de l'état de pérennité et de préparation à la transition doit faire partie intégrante de la planification et l'établissement des demandes de financement du Fonds mondial. Parfois, les réductions des allocations peuvent pousser un pays à assumer progressivement une partie croissante du financement des interventions liées aux personnels de santé, parfois sur plusieurs périodes d'allocation avant que le pays perde entièrement son admissibilité aux financements du Fonds mondial. L'encadré 11 présente des exemples de démarches utilisées par les pays pour évaluer leur état de préparation à la transition et la pérennité des interventions liées aux personnels de santé plus largement.

Quand un pays perd son admissibilité, il peut encore recevoir un « financement de transition » au titre de la Politique de pérennité, de transition et de cofinancement du Fonds mondial<sup>p</sup>. En général, les pays présentant des demandes de financement de transition (censées être la dernière subvention du Fonds mondial), sont en mesure de couvrir l'ensemble des coûts liés aux personnels de santé induits par la prestation de services (à l'exception du soutien aux contextes d'intervention difficiles et/ou aux ressources humaines provisoires chargées de nouvelles fonctions créées spécifiquement pour les activités de préparation à la transition). De ce fait, il est peu probable que ces pays aient besoin d'un soutien pour financer des interventions liées aux personnels de santé. Dans les cas où le « financement de transition » inclut un soutien aux coûts récurrents liés aux personnels de santé tels que l'éducation et la rémunération, le pays doit indiquer dans le plan comment la production et le recrutement des personnels de santé seront transférés aux systèmes nationaux et financés par les ressources nationales avant la fin de la subvention.

### Encadré 11 : Expériences de pays renforçant la préparation à l'affranchissement du soutien financier lié aux personnels de santé

Dans de nombreux pays dont le Fonds mondial finance actuellement les coûts récurrents tels que les salaires, le gouvernement a commencé les travaux afin de prendre à sa charge les coûts des programmes clés visant à renforcer la pérennité, l'évaluation de l'état de préparation à la transition, et à 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.

Dans les pays possédant un système et une grille des salaires relatifs aux personnels de santé robustes et transparents, la volonté politique et la marge budgétaire adéquates, l'absorption des coûts récurrents liés aux personnels de santé par les deniers publics ne pose généralement pas de difficultés (exemples présentés dans l'encadré 2). Au **Pérou**, la pérennité est facilitée par le système national bien rodé 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.

La question de la pérennité s'applique aux coûts d'éducation et de formation autant qu'aux salaires et autres coûts récurrents. Quand le **Viet Nam** préparait sa transition, l'alignement des coûts de formation continue sur les normes nationales a facilité l'absorption de ces coûts par le pays à la suite du Fonds mondial.

---

<sup>p</sup> Référez-vous à la Politique du Fonds mondial en matière de pérennité, de transition et de cofinancement.

## 6. 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 stratégiques et normatifs pertinents du Fonds mondial et de l'OMS, 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 FAIBLE REVENU ET CONTEXTES D'INTERVENTION DIFFICILES	PAYS À REVENU INTERMÉDIAIRE
<b>Amélioration de la disponibilité, l'acceptabilité et la qualité par l'éducation préalable à l'emploi</b>		
Formation préalable à l'emploi afin de développer le vivier des personnels de soins de santé primaires*	+++	+
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.)	+++	+++
Établissement d'effectifs de santé représentatifs des populations cibles et de l'égalité de genre	+++	+++
<b>Soutien à la rémunération et au déploiement, à la rétention et la motivation</b>		
Soutien à l'emploi dans le secteur de la santé au travers des salaires/de la rémunération des personnels de soins de santé primaires, dans le respect des systèmes de santé nationaux	+++	+
Incitations pour la rétention du personnel dans les zones rurales et mal desservies, dans le respect des systèmes nationaux	++	+
Mesures d'incitation en fonction des résultats	++	+
<b>Amélioration des compétences par la formation continue et le développement professionnel continu</b>		
Formation continue afin d'améliorer les compétences des personnels de santé existants	+	+
<b>Interventions transversales relatives aux politiques, à la gouvernance et à la gestion des personnels de santé</b>		
Renforcement de la gouvernance, des politiques et stratégies, cadres juridiques, systèmes de gestion, administration efficace des systèmes de versement des salaires, systèmes d'information, 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 ++

---

++

---

*Légende :*

*+++ fortement pertinent ; ++ pertinent ; + potentiellement pertinent dans certains cas, mais requiert une justification adéquate ;  
\* dans les pays confrontés à une pénurie des personnels de santé au regard des besoins de la population.*



## Annexe 1 : Outil du Fonds mondial d'évaluation de l'impact sur les personnels de santé

**Q1. Parmi les types d'investissements liés aux personnels de santé, lesquels sont inclus dans la présente demande de financement, le cas échéant ?** (Sélectionner toutes les réponses appropriées.)

- Formation préalable à l'emploi et production de nouveaux agents de santé
- Formation continue
- Soutien à la rémunération/aux salaires, notamment par des mesures de motivation financière ou non financière et de rétention
- Renforcement des politiques liées aux personnels de santé, de la gouvernance et de la planification/gestion des effectifs (notamment au travers d'investissements dans des systèmes NTIC et de données dédiés aux personnels de santé)
- Autres types d'investissements liés aux personnels de santé (préciser)\_\_\_\_\_

**Q2. Pour chaque type d'investissement sélectionné à la question 1, lisez la liste des impacts potentiels sur les personnels de santé dans la colonne de gauche\*, puis cochez la case dans la colonne du milieu si vous pensez que cela pourrait se produire ou se produira au terme de cet investissement. Pour chaque impact coché, assurez-vous que la demande vise clairement à résoudre les faiblesses dans la ou les colonne(s) de droite.**

\* Le fond vert indique un impact positif et le fond rouge, un impact négatif.

Impact potentiel sur les personnels de santé	Applicable ?	La demande doit tenir compte des éléments ci-après :	
<b>Formation préalable à l'emploi et production de nouveaux agents de santé</b>			
Nombre accru d'agents qualifiés disponibles pour alimenter le vivier de personnels de santé	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preuves indiquant : a) que les personnels de santé supplémentaires sont requis au regard des priorités stratégiques du Fonds mondial ; b) des opportunités d'emploi existent ou peuvent être créées afin de les employer ; et c) un plan a été établi visant à les déployer équitablement au regard des besoins de la population.</li> <li>• Comment cet investissement affectera l'équilibre au sein des effectifs de santé en matière de genre/d'ethnicité.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alignement sur les politiques, stratégies et plans nationaux pertinents</li> <li>• Si l'investissement ne vise pas les personnels de soins de santé primaires, justification</li> <li>• Alignement sur les lignes directrices de l'OMS relatives aux agents de santé communautaires, le cas échéant</li> </ul>

Impact potentiel sur les personnels de santé	Applicable ?	La demande doit tenir compte des éléments ci-après :	
Augmentation des capacités nationales en matière d'éducation des personnels de santé	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alignement du programme de formation sur les normes nationales et internationales en matière de formation fondée sur les compétences</li> <li>Accréditation, réglementation et/ou assurance qualité des enseignants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alignement sur le cadre 2016 de l'OMS sur les services de santé intégrés et centrés sur la personne</li> </ul>
Amélioration des compétences des personnels de santé	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pourquoi ces compétences supplémentaires sont requises au regard des priorités stratégiques du Fonds mondial</li> </ul>	
Augmentation des départs de personnels de santé	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mesures d'incitation encourageant les personnels de santé nouvellement qualifiés à exercer dans le pays.</li> </ul>	
<b>Soutien à la rémunération/aux salaires, notamment par des mesures de motivation financière ou non financière et de rétention</b>			
Création de postes d'agents de santé financés	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Raisons expliquant pourquoi le gouvernement n'est pas en mesure de financer directement les salaires</li> <li>Alignement des rémunérations sur les salaires des prestataires de services financés par le gouvernement et les autres bailleurs de fonds</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alignement sur les politiques, stratégies et plans nationaux pertinents</li> <li>Incidence des investissements sur les résultats épidémiologiques à court terme et à long terme</li> <li>Engagement des parties prenantes à respecter le calendrier d'affranchissement des financements externes</li> <li>Alignement sur les lignes directrices de l'OMS relatives aux agents de santé communautaires, le cas échéant</li> <li>Alignement sur le cadre 2016 de l'OMS sur les services de santé intégrés et centrés sur la personne</li> </ul>
Préservation des emplois actuels ou recrutement de personnel aux postes vacants	<input type="checkbox"/>		
Amélioration du taux de rétention des personnels de santé	<input type="checkbox"/>		
Pertes d'emplois ou augmentation du taux de départs au sein des effectifs de santé ne recevant pas de soutien	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mesures planifiées afin d'éviter les pertes d'emploi et/ou les départs, ou raisons pour lesquelles ils sont nécessaires ou inévitables</li> <li>Compensations prévues pour les personnels touchés par les pertes d'emploi</li> </ul>	
Concurrence entre les bailleurs de fonds pour recruter les personnels de santé disponibles	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Établissement de partenariats stratégiques avec le Fonds mondial afin d'éviter les effets indésirables</li> </ul>	
<b>Formation continue et développement professionnel continu</b>			
Amélioration des compétences, de l'efficacité des personnels de	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pourquoi la formation continue est plus appropriée que la formation préalable à l'emploi</li> </ul>	

Impact potentiel sur les personnels de santé	Applicable ?	La demande doit tenir compte des éléments ci-après :	
santé et/ou de la qualité des soins fournis		<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan visant à intégrer les compétences dans la formation préalable à l'emploi (le cas échéant)</li> <li>Plan visant à garantir la formation de tous les personnels de santé admissibles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alignement sur les normes nationales et internationales pertinentes en matière de formation fondée sur les compétences</li> <li>Accréditation, réglementation et/ou assurance qualité des formateurs</li> <li>Harmonisation de la teneur des formations entre les prestataires de services/bailleurs de fonds (le cas échéant)</li> <li>Alignement sur les lignes directrices de l'OMS relatives aux agents de santé communautaires, le cas échéant</li> <li>Alignement sur le cadre 2016 de l'OMS sur les services de santé intégrés et centrés sur la personne</li> </ul>
Prestation des services interrompue par la participation aux formations	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan visant à minimiser la prestation des services</li> </ul>	
Formation non proposée à tous les personnels de santé admissibles	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan visant à garantir la formation des personnels de santé admissibles uniquement, une personne assistant à une seule formation</li> </ul>	
<b>Renforcement des politiques, de la gouvernance et de la planification/gestion liées aux personnels de santé (notamment des systèmes NTIC/de données)</b>			
Renforcement des systèmes de données liés aux personnels de santé	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comment les données seront collectées et utilisées, et preuves de leur fiabilité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alignement sur les politiques, stratégies et plans nationaux pertinents</li> <li>Alignement sur les exigences des systèmes de données tels que la plateforme nationale de gestion des personnels de santé (notamment les systèmes de suivi et d'évaluation du ministère de la Santé ou d'autres donateurs) afin de prévenir les doubles emplois</li> </ul>
Meilleure compréhension du marché des effectifs de santé	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comment cette meilleure compréhension du marché des personnels de santé servira les priorités stratégiques du Fonds mondial</li> </ul>	
Renforcement de la réglementation des personnels de santé	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comment ce renforcement servira les priorités stratégiques du Fonds mondial</li> </ul>	

## Annexe 2 : 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 pour l'essentiel 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, dans le but 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/)

### **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/>

### **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 rétention 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 (voir ci-après). Pour garantir une meilleure rétention 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, aux incitations financières, et au 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. Ce document 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. Il 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/>

### **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, afin d'appuyer les décisions de politiques sur des faits avérés.

<https://www.who.int/hrh/statistics/nhwa/en/>

### **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 revenus 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.

[https://www.who.int/hac/techguidance/tools/disrupted\\_sectors/fr/](https://www.who.int/hac/techguidance/tools/disrupted_sectors/fr/) Module 10 – Analyse des ressources humaines pour la santé :

[https://www.who.int/hac/techguidance/tools/disrupted\\_sectors/adhsm\\_mod10\\_en.pdf?ua=1](https://www.who.int/hac/techguidance/tools/disrupted_sectors/adhsm_mod10_en.pdf?ua=1)

## **Lignes directrices de l'OMS sur le soutien aux politiques et systèmes de santé visant à optimiser les programmes d'utilisation des agents de santé communautaires**

Ces lignes directrices encouragent les pays à adopter un mélange de compétences pérennes et diversifiées, et à tirer parti du potentiel des agents de santé communautaires dans le cadre d'équipes de soins de santé primaires interdisciplinaires. Elles ont vocation à aider les gouvernements et leurs partenaires à améliorer la conception, la mise en œuvre, les résultats et l'évaluation des programmes liés aux agents de santé communautaires, afin de contribuer à la couverture sanitaire universelle et à l'atteinte des objectifs de développement durable relatifs à la santé.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275474/9789241550369-eng.pdf?ua=1>

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275501/WHO-HIS-HWF-CHW-2018.1-eng.pdf?ua=1>

## 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 9 avril 2019).

<sup>7</sup> Le Fonds mondial. Stratégie 2017-2022 du Fonds mondial : Investir pour mettre fin aux épidémies. Genève : Le Fonds mondial, 2016. <https://www.theglobalfund.org/fr/strategy/> (consulté le 9 avril 2019)

<sup>8</sup> Organisation mondiale de la Santé. Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon 2030. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2016  
[https://www.who.int/hrh/resources/pub\\_globstrathrh-2030/en/](https://www.who.int/hrh/resources/pub_globstrathrh-2030/en/) (consulté le 9 avril 2019).

<sup>9</sup> Vujcic 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> Organisation mondiale de la Santé. Comptes nationaux des personnels de santé 2019.  
<https://www.who.int/hrh/statistics/nhwa/en/> (consulté le 9 avril 2019)

<sup>12</sup> Organisation mondiale de la Santé. Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne. Genève : OMS, 2016. [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_39-fr.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-fr.pdf?ua=1&ua=1) (consulté le 13 avril 2019)

<sup>13</sup> Organisation mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde 2008 : Soins de santé primaires aujourd'hui plus que jamais. Genève : OMS, 2008.

<sup>14</sup> Organisation mondiale de la Santé. Stratégie mondiale de L'OMS pour des services de santé intégrés centrés sur la personne : rapport intermédiaire. Genève : OMS, 2015.

<sup>15</sup> Organisation mondiale de la Santé. People-centred and integrated health services: An overview of the evidence. Rapport intermédiaire. Genève : OMS, 2015.

<sup>16</sup> Organisation mondiale de la Santé. Lignes directrices de l'OMS sur le soutien aux politiques et systèmes de santé visant à optimiser les programmes d'utilisation des agents de santé communautaires. Genève : OMS, 2018.

<sup>17</sup> BIT. Classification internationale type de professions (CITP). Définition des groupes CITP-08 : professions de santé. Genève : BIT, 2008.

<sup>18</sup> Organisation mondiale de la Santé. Lignes directrices de l'OMS sur le soutien aux politiques et systèmes de santé visant à optimiser les programmes d'utilisation des agents de santé communautaires. Genève : OMS, 2018.

<sup>19</sup> USAID. Outil d'inventaire des ressources humaines pour la santé financé par des bailleurs de fonds.  
<https://hrh2030program.org/donor-supported-hrh-inventory-tool2/> (consulté le 21 août 2019).

<sup>20</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>21</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 : Rapport sur la santé dans le monde 2010 :

<sup>22</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>23</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>24</sup> Organisation mondiale de la Santé. Règlements sanitaires internationaux : troisième édition Genève : OMS, 2005.
- <sup>25</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>26</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) (accessed Apr 9, 2019).
- <sup>27</sup> Organisation mondiale de la Santé. Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon 2030. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2016  
[https://www.who.int/hrh/resources/pub\\_globstrathrh-2030/en/](https://www.who.int/hrh/resources/pub_globstrathrh-2030/en/) (consulté le 9 avril 2019).
- <sup>28</sup> Organisation mondiale de la Santé. Comptes nationaux des personnels de santé 2019.  
<https://www.who.int/hrh/statistics/nhwa/en/> (consulté le 9 avril 2019)
- <sup>29</sup> Organisation mondiale de la Santé. Système d'information sur les ressources humaines pour la santé : Données minimales requises dans le registre sur les personnels de santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2015 [https://www.who.int/hrh/resources/pub\\_globstrathrh-2030/en/](https://www.who.int/hrh/resources/pub_globstrathrh-2030/en/) (consulté le 9 avril 2019).
- <sup>30</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>31</sup> Organisation mondiale de la Santé. Manuel sur les comptes nationaux des personnels de santé. A Handbook. Genève : OMS, 2017.
- <sup>32</sup> Organisation mondiale de la Santé. Methodology for estimating health impact of health workforce investments through increased coverage of HIV, TB, and malaria services. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2019 (à paraître).
- <sup>33</sup> UNDRR. Build Back Better in recovery, rehabilitation and reconstruction. Genève : Bureau des Nations Unies pour la réduction des risques de catastrophes (UNDRR), 2017.