



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



**Health Finance
& Governance**
Expanding Access. Improving Health.

Tirer le meilleur parti du Personnel de Santé

*Leçons apprises de la mise en œuvre des politiques sur le personnel de santé
pour renforcer la qualité et gagner en efficacité*

Publication en série de HFG :

**Progrès réalisés en matière de
financement et de
gouvernance en santé**

Auteurs :

Sarah Dominis, Abt Associates

Kate Greene, Abt Associates

Ffyona Patel, Abt Associates

Mars 2018

À propos du Projet Health Finance and Governance

Le projet Health Finance and Governance (HFG) vise à relever certains des plus grands défis auxquels sont confrontés les systèmes de santé aujourd'hui. En s'appuyant sur les conclusions des recherches les plus récentes, le projet met en œuvre des stratégies pour aider les pays à accroître leurs ressources intérieures pour la santé, à gérer ces précieuses ressources plus efficacement et à prendre des décisions d'achat judicieuses. Le projet aide également les pays à mettre en place de robustes systèmes de gouvernance pour garantir que les investissements financiers en faveur de la santé produisent les résultats escomptés.

Le projet HFG, qui a des activités dans plus de 40 pays, collabore avec les parties prenantes du secteur de la santé pour protéger les familles contre les coûts catastrophiques des soins de santé, accroître l'accès aux services prioritaires – tels que les soins maternels et infantiles – et assurer une couverture démographique équitable de la population à travers :

- L'amélioration du financement, en mobilisant des ressources intérieures, en réduisant les barrières financières, en étendant la couverture d'assurance maladie et en mettant en œuvre des systèmes stratégiques de paiement des prestataires ;
- L'amélioration de la gouvernance pour une meilleure gestion du système de santé et pour accroître la redevabilité et la transparence ;
- Le renforcement des systèmes de gestion et d'exploitation pour améliorer la fourniture et l'efficacité des soins de santé, par exemple à travers le transfert d'argent par téléphone mobile et à travers une meilleure gestion des finances publiques ; et
- La promotion des techniques permettant de mesurer les progrès de la performance des systèmes de santé, en particulier en ce qui concerne la couverture sanitaire universelle.

Le projet HFG (2012-2018) est financé par l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), et il est dirigé par Abt Associates en collaboration avec Avenir Health, Broad Branch Associates, Development Alternatives Inc., Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Results for Development Institute, RTI International, et Training Resources Group, Inc. Le projet est financé dans le cadre de l'Accord de coopération de l'USAID AID-OAA-A-12-00080.

Pour en savoir plus, rendez-vous sur le site www.hfgproject.org

À propos de cette publication en série

La série « Advances in Health Finance & Governance » du projet HFG est conçue pour mettre en évidence les leçons apprises du projet HFG dans neuf domaines clés : mobilisation des ressources domestiques, achats stratégiques en matière de santé, stratégies de financement de la santé, extension de la couverture sanitaire à travers l'assurance maladie, données financières pour faciliter la prise de décisions, gouvernance, renforcement des capacités institutionnelles, personnel de santé et efficacité, et appui à une meilleure compréhension de la couverture sanitaire universelle.

Ce rapport a été rendu possible grâce à l'appui généreux du peuple américain à travers l'USAID. Le contenu de ce document relève de la responsabilité d'Abt Associates et ne reflète pas nécessairement les positions de l'USAID ou du Gouvernement des États-Unis.

Tirer le meilleur parti du personnel de santé

Leçons apprises de la mise en œuvre des politiques sur le personnel de santé pour renforcer la qualité et gagner en efficacité

Résumé Exécutif

Le respect des engagements pris par les pays en matière de couverture sanitaire universelle exige de maximiser la productivité et l'efficacité du personnel de santé. Le projet Health Finance and Governance (HFG) a aidé les gouvernements de plusieurs pays à optimiser la qualité et l'efficacité du marché du travail dans les métiers de la santé grâce à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques de formation de nouveaux professionnels du domaine de la santé, à une réglementation du secteur privé, et à des mesures de lutte contre les répartitions inégales et les inefficacités. Au cours de sa mise en œuvre, le projet HFG s'est engagé au côté des pays à répondre à des défis communs concernant les ressources humaines pour la santé (RHS) – les postes vacants, les travailleurs fantômes, les données RHS incomplètes et les travailleurs de santé mal préparés à répondre aux besoins de santé de la population, etc. L'engagement attentif des parties prenantes, l'intégration du renforcement des capacités de gouvernance dans l'assistance technique en RHS et la sélection réfléchie d'interventions qui pourraient servir de leviers à des réformes plus larges ont contribué aux bons résultats obtenus grâce à l'appui du projet HFG.

Leçons clés



- 1 LES COMPÉTENCES PERMETTANT** aux travailleurs de santé **D'EXERCER PEUVENT CONSTITUER UN LEVIER EFFICACE ET UN CADRE** adaptable pour la conduite des réformes de la formation initiale.
- 2 LES SYSTÈMES D'AGRÉMENT** des établissements privés de formation des travailleurs de santé **OFFRENT UN MOYEN PROMETTEUR D'INCITER** le secteur privé à **AMÉLIORER** la qualité de l'enseignement.
- 3** L'aide fournie pour **AMÉLIORER LES DONNÉES SUR LE PERSONNEL DE SANTÉ DOIT ÊTRE ASSOCIÉE AU RENFORCEMENT DES CAPACITÉS DE GOUVERNANCE** afin de gagner en efficacité et de parvenir à une répartition plus équitable du personnel de santé.
- 4** En raison de la nature transversale de la gestion des RHS, l'**ENGAGEMENT STRATÉGIQUE DES PARTIES PRENANTES MULTISECTORIELLES INFLUENCE FORTEMENT LES RÉSULTATS DES RÉFORMES EN MATIÈRE** de RHS.



Introduction

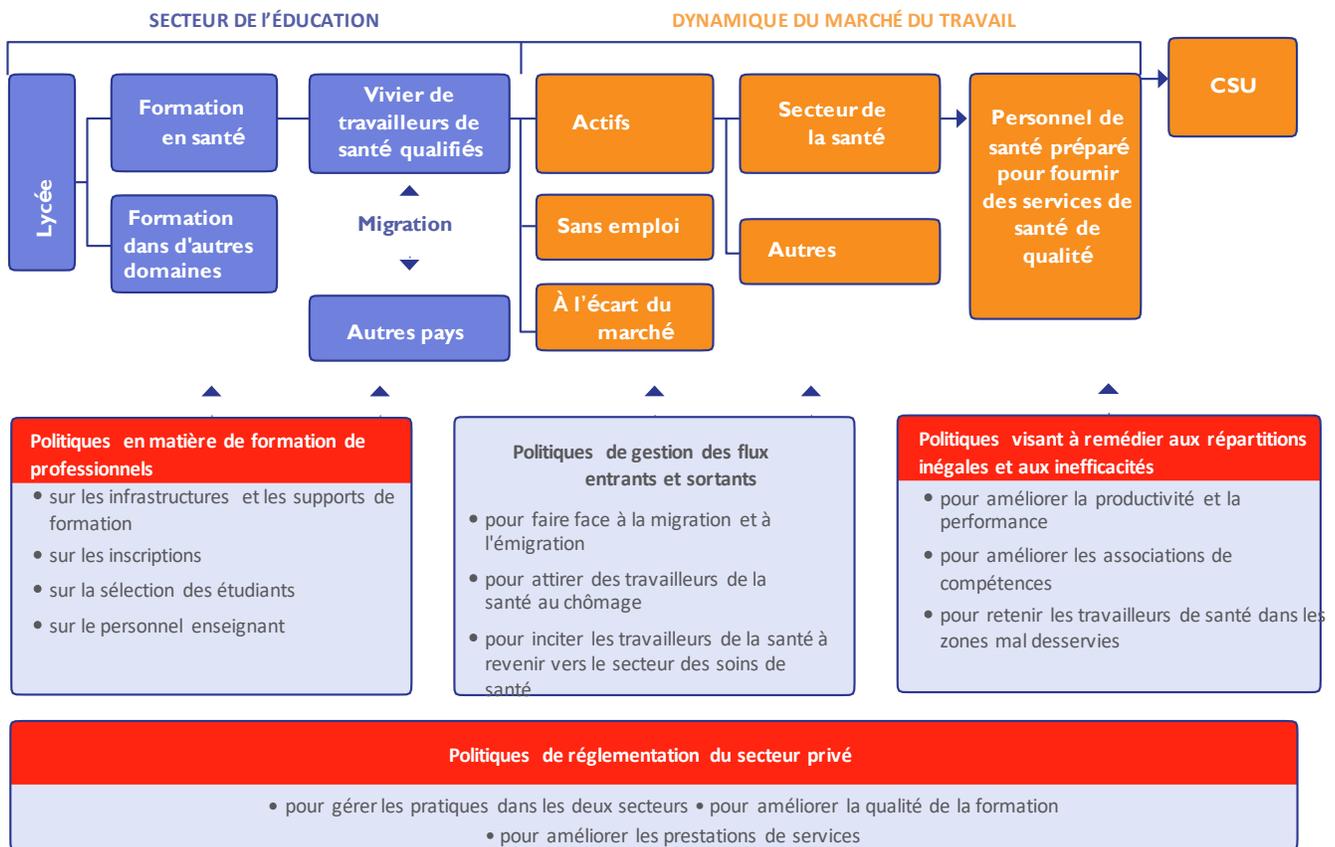
Le personnel de santé est l'épine dorsale du système de santé. Les médecins, les infirmiers et les spécialistes connexes conditionnent la fourniture de soins préventifs et curatifs, les travailleurs de santé communautaire fournissent des services de santé à des personnes qui n'y ont pas accès autrement, et les gestionnaires, tout comme les superviseurs, soutiennent le système de santé. L'engagement des pays en faveur d'une couverture sanitaire universelle (CSU) exige de maximiser la rentabilité et l'efficacité du personnel actuel tout en investissant davantage dans le personnel de demain. Cependant, la plupart des pays sous-investissent systématiquement dans le personnel de santé (Zum et al. 2002).

La publication de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) intitulée *Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon 2030* (Stratégie RHS 2030) propose des options politiques pour les pays qui cherchent à optimiser leur marché du travail dans les métiers de la santé (OMS 2016). Le Cadre du marché du travail dans les métiers de la santé (Sousa et al. 2013) illustré à la figure 1 est au cœur de cette stratégie. Il montre les dynamiques du marché du travail susceptibles

d'accroître ou de réduire la capacité du personnel de santé à fournir des services de santé de qualité, ainsi que les options stratégiques qui peuvent avoir une influence sur l'efficacité du personnel. Les principaux défis auxquels sont le plus souvent confrontés les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire concernent la qualité et le nombre de travailleurs de santé formés par les établissements de formation initiale, les départs de travailleurs de santé qualifiés en raison du phénomène de migration ou de chômage involontaire, les faibles niveaux de productivité, la mauvaise répartition se traduisant par un nombre proportionnellement faible de travailleurs de santé dans les zones rurales et la qualité inégale des soins fournis par le secteur privé.

Le projet Health Finance and Governance de l'USAID a travaillé avec les gouvernements des pays pour optimiser la qualité et l'efficacité du marché du travail dans les métiers de la santé grâce à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques dans trois domaines mis en évidence dans la Figure 1 : **formation de professionnels**, **réglementation du secteur privé**, et **distribution et efficacité**. Cette note présente une sélection d'informations précieuses pour les pays qui cherchent à améliorer leurs politiques en matière de ressources humaines afin d'atteindre la CSU.

Figure 1 : Cadre global du marché du travail dans les métiers de la santé pour la CSU
Les domaines politiques ayant été abordés dans les travaux du projet HFG sont indiqués en rouge.



Source : Adaptation, d'après Sousa et al. (2013)



Une formation de haute qualité garantit que les infirmiers possèdent les compétences nécessaires pour fournir des soins de base. Sur cette photo, l'infirmière Adetona Olubunmi vérifie la tension artérielle d'un patient dans un centre de soins de santé primaires situé à Lagos, au Nigeria.

Photo : Frank Ribbas – Communication for Development



Leçons apprises de la mise en œuvre des politiques sur le personnel de santé

Leçon 1

Formation de professionnels

Les compétences permettant aux travailleurs de santé de pratiquer peuvent constituer un levier efficace et un cadre adaptable pour la conduite des réformes de la formation initiale.

Les programmes d'études de la plupart des établissements de formation des travailleurs de santé reposent toujours sur d'anciens documents rarement réexaminés, mais lentement modifiés au fil du temps pour intégrer de nouveaux apprentissages. On constate actuellement une forte évolution depuis les modèles de formation traditionnels fondés sur les disciplines vers des modèles qui aident les travailleurs de santé à acquérir les compétences requises pour atteindre les résultats souhaités en matière de santé pour la population. Les compétences déterminent la combinaison

des connaissances, des aptitudes, des attitudes et des jugements requises dans le cadre des pratiques cliniques, et l'importance de leur rôle dans les réformes systémiques de l'éducation du personnel de santé a été reconnue (Frenk et al. 2010). Selon l'article fondateur de Frenk et al. publié dans la revue *The Lancet*, « Health Professionals for a New Century », l'accent mis sur l'utilisation de programmes d'études axés sur les compétences en tant que moyen permettant d'obtenir de bons résultats renforce la transparence et la redevabilité pour les apprenants, les décideurs politiques et les parties prenantes.

Au Swaziland, le Conseil des infirmiers a relevé que les diplômés en soins infirmiers n'avaient pas les compétences essentielles requises pour répondre aux besoins de la population en matière de santé. Toutefois, les établissements de formation en santé n'avaient pas la volonté politique de réviser leurs programmes, et le conseil a déterminé qu'une révision en profondeur du programme national pour les soins infirmiers serait à la fois difficile à mettre en œuvre et trop statique pour pouvoir répondre aux besoins changeants de la population en matière de santé.



Photo : Cheryl Hanna-Truscott/Midwives for Haiti, avec l'aimable autorisation

Les pays ont souvent du mal à attirer et à retenir le personnel dans les cliniques rurales, comme dans cette clinique du Plateau central, en Haïti. Sur cette photo, une femme enceinte attend de voir une sage-femme.

Le Conseil des infirmiers du Swaziland a retenu le développement des compétences comme première phase d'une approche par étape conduisant à des réformes visant à garantir que les infirmiers qui arrivent sur le marché du travail disposent des connaissances, des compétences et des attitudes nécessaires pour pratiquer avec succès. En 2014, le projet HFG a aidé le conseil à travailler avec les leaders de la communauté infirmière swazie pour développer des compétences pour les soins infirmiers généraux, les sages-femmes, la santé communautaire et la santé mentale communautaire. Les parties prenantes ont également tenu compte de compétences spécifiques liées à la charge de morbidité élevée au Swaziland pour le VIH/sida, la tuberculose et la tuberculose résistante aux médicaments. Après que toutes les parties prenantes ont convenu des compétences requises, le conseil a informé les écoles que le système d'autorisation d'exercice et l'examen d'accès à la pratique des soins infirmiers seraient fondés sur les compétences (HFG 2015a).

Grâce à des compétences clairement définies et à la mise en œuvre d'un calendrier pour l'adoption de l'examen d'accès à la pratique, les écoles ont été en mesure d'adapter rapidement leurs programmes en fonction des compétences. En mai 2017, toutes les écoles de soins infirmiers du Swaziland avaient mis à jour leur programme de formation en soins infirmiers.

Les écoles ont constaté que le cadre fixé pour les compétences leur apportait des orientations flexibles qui leur permettaient de tenir compte de leur mission particulière (p. ex., une mission confessionnelle) et des besoins spécifiques de leur communauté.

Dans les pays qui cherchent à s'orienter vers un type d'enseignement fondé sur les compétences, les décideurs politiques peuvent estimer que l'intégration de cadres fondés sur les compétences dans la surveillance réglementaire est le levier du changement le plus efficace et productif.

Le projet HFG a contribué au travail du Conseil des infirmiers du Swaziland visant à développer des compétences pour les soins infirmiers généraux, les sages-femmes, la santé communautaire, la santé mentale communautaire, et dans le domaine du VIH/sida et de la tuberculose. Le système d'autorisation d'exercice et l'examen d'accès à la pratique des soins infirmiers sont désormais basés sur les compétences.

Leçon 2

Réglementation du secteur privé

Les systèmes d'agrément des établissements privés de formation des travailleurs de santé offrent un moyen prometteur d'inciter le secteur privé à améliorer la qualité de l'enseignement.

Les établissements de formation privés proposent de plus en plus de formations aux travailleurs de santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Toutefois, la qualité de ces établissements varie considérablement, et les gouvernements ont du mal à identifier le meilleur moyen d'assurer une surveillance réglementaire efficace. L'étape 1.1 de la stratégie RHS 2030 de l'OMS préconise à tous les pays de mettre en place des mécanismes d'agrément pour les établissements de formation en santé d'ici 2030 (OMS 2016).

En Haïti, l'ouverture d'établissements privés de formation en soins infirmiers a considérablement augmenté après le tremblement de terre de 2010, et le pays compte désormais plus de 400 écoles. La qualité de l'enseignement dispensé par ces établissements n'était pas réellement connue. Afin de reconnaître les écoles répondant à une norme de qualité élevée, le projet HFG s'est associé à la direction de la formation et du développement des sciences de la santé (DFPSS) du ministère de la Santé et à l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières entre 2013 et 2016 pour élaborer et mettre en place un nouveau système d'évaluation de la qualité fondé sur l'agrément, connu sous le nom de « Reconnaissance ». Le système Reconnaissance est un processus d'évaluation pondérée des établissements d'enseignement en soins infirmiers dans sept domaines de qualité clés : les programmes de formation, les enseignants, les infrastructures, les ressources, les critères d'admission, l'examen d'admission, la gouvernance et les diplômés. Les écoles effectuent une auto-évaluation, puis un comité d'évaluation externe se rend sur place. Un jury formule des recommandations finales qui sont examinées par le directeur général afin de déterminer si un établissement pourra recevoir le logo Reconnaissance, un signe visible indiquant que l'établissement offre une formation en soins infirmiers de haute qualité (Greene et Meline 2014).

Avec l'appui du projet HFG, la DFPSS a évalué 127 établissements privés entre 2014 et janvier 2017, et a accordé le logo Reconnaissance à 64 d'entre eux.

Les données préliminaires fournies par les écoles reconnues indiquent une augmentation de 150 % des inscriptions dans ces établissements, ainsi qu'une progression de 9 points de la note moyenne obtenue à l'examen national d'autorisation d'exercer en soins infirmiers (Baker et al. 2016).

L'expérience vécue par Haïti à travers son système Reconnaissance représente une éventuelle solution pour d'autres pays cherchant à exercer une meilleure surveillance sur les établissements privés de formation. Ce système est à l'origine d'incitations positives – reconnaissance et possibilité d'augmenter le nombre d'inscriptions – et de normes claires visant à améliorer la qualité de l'enseignement dans les écoles. Il permet également aux étudiants de choisir des écoles qui leur apporteront un enseignement de haute qualité. L'expérience haïtienne démontre que ce modèle peut être mis en œuvre dans des contextes à faibles ressources.

Le processus d'agrément des écoles privées en soins infirmiers mis en œuvre en Haïti représente une éventuelle solution pour d'autres pays cherchant à exercer une meilleure surveillance sur les établissements privés de formation. L'expérience vécue par Haïti démontre qu'il est possible de mettre en œuvre ce type de processus qui comprend notamment des mesures suscitant des améliorations dans un contexte à faibles ressources.

Leçon 3

Répartition et efficacité

L'aide fournie pour améliorer les données sur le personnel de santé doit être associée au renforcement des capacités de gouvernance afin de gagner en efficacité et de parvenir à une répartition plus équitable du personnel de santé.

La Stratégie RHS 2030 de l'OMS préconise à tous les pays de progresser dans la mise en place de registres permettant notamment de suivre la disponibilité et la répartition du personnel de santé, ainsi que la demande pour ce personnel d'ici 2020 (OMS 2016). De nombreuses initiatives récentes de développement des RHS se sont concentrées sur la mise en place de registres électroniques (iHRIS) permettant de collecter des données critiques sur les RHS.

Cependant, la simple production de données n'est pas suffisante. La Stratégie RHS 2030 indique que les boucles de rétroaction entre les données probantes et les politiques sont essentielles pour bâtir des systèmes de santé résilients (OMS 2016). Les pays doivent également mettre en place des mécanismes permettant d'utiliser les données afin de changer les politiques et d'améliorer la gouvernance.

Le projet HFG a contribué aux initiatives visant à améliorer la qualité des données sur les RHS au Swaziland, en Haïti et en Côte d'Ivoire, ainsi qu'au renforcement de l'impact des interventions en tenant compte des questions de renforcement des capacités de gouvernance et de gestion financière, tout en apportant une assistance technique simultanée pour la gestion des données.

Au Swaziland, le projet HFG a associé des mesures d'appui à l'élaboration du premier rapport de situation sur les RHS à la création d'un comité de gestion des RHS. Le rapport de situation a rendu les données du iHRIS accessibles et pertinentes pour les décideurs en mettant l'accent sur différentes questions clés liées à la gestion : Quels sont les établissements qui ne fonctionnent pas correctement essentiellement en raison d'un manque de personnel ? Quels sont les postes à pourvoir ? Quels sont les établissements en sureffectif ? Le comité de gestion a été constitué dans le but d'améliorer le recrutement des travailleurs de santé et il était composé de décideurs clés issus de différents secteurs. Il s'est appuyé sur le rapport de situation pour fixer les priorités et a permis de rationaliser le processus de recrutement pour en accélérer les effets. En possession des données et grâce à des améliorations avérées dans sa capacité à recruter des travailleurs de santé en temps opportun, le ministère de la Santé (MdS) a été en mesure de présenter sa première demande argumentée de travailleurs de santé supplémentaires au ministère des Finances (Mdf). En conséquence, 475 travailleurs de santé ont été recrutés entre avril 2014 et février 2015 – permettant ainsi de pourvoir les postes vacants accumulés depuis plusieurs années, ainsi que les 250 nouveaux postes accordés par le Mdf pour 2014 (HFG 2015b).

En Haïti, aucun ensemble de données de qualité n'était disponible, car le dernier recensement du personnel de santé datait d'avant le tremblement de terre de 2010 qui a dévasté les infrastructures de santé publique. Pour éclairer la stratégie du pays en matière de personnel de santé et gagner en efficacité, le département des Ressources humaines s'est associé au projet HFG en 2013 pour effectuer des audits de la qualité des données sur

le personnel, et élaborer un système pour la mise à jour et l'examen réguliers de ces données. Dans le même temps, le projet HFG a aidé le département à mettre en place des mécanismes de prise de décisions avec le Mdf et le ministère de la Fonction publique. Grâce au recensement et à la collaboration interministérielle, le département des Ressources humaines a pu mettre en place un système d'identification et de suppression des « travailleurs fantômes » – des personnes qui ne sont plus employées par le ministère de la Santé publique et de la Population, mais qui continuent de percevoir des salaires réguliers. En décembre 2016, le ministère avait identifié et exclu 670 travailleurs fantômes, ce qui a permis de réaliser une économie annuelle d'environ 500 000 USD (HFG 2017).

En Côte d'Ivoire, les structures de recrutement des nouveaux travailleurs de santé étaient déjà en place, mais le ministère de la Santé et de l'Hygiène publique ne disposait ni d'informations à jour sur la localisation des travailleurs de santé, ni des capacités d'analyse permettant de déterminer comment affecter les nouveaux diplômés. Le projet HFG a travaillé pour apporter des capacités institutionnelles au sein du département des Ressources humaines et d'une université nationale en procédant à une évaluation quantitative de la couverture des RHS dans les établissements de soins primaires et en analysant les résultats. Grâce à ces résultats, le département des Ressources humaines a pu obtenir le placement de plus de 400 infirmiers et sages-femmes nouvellement formés au partage des tâches dans les districts de santé où la prévalence du VIH est la plus élevée (Assi et al. 2016).

Dans chaque pays, le projet HFG a constaté qu'il était possible d'augmenter la probabilité que les pays agissent sur les données probantes en abordant de manière proactive les questions de gouvernance, tout en améliorant simultanément la qualité des données et les capacités d'analyse.

Le projet HFG a constaté qu'il était possible d'augmenter la probabilité que les pays agissent sur les données RHS probantes en abordant de manière proactive les questions de gouvernance, tout en améliorant simultanément la qualité des données et les capacités d'analyse.



Photo : Valérie Baeriswyl - Communication for Development

Un technicien de laboratoire de l'hôpital St Damien en Haïti prépare des médicaments en utilisant un poste de travail stérile.

Leçon 4

Transversalité

En raison de la nature transversale de la gestion des RHS, l'engagement stratégique des parties prenantes multisectorielles conditionne les résultats des réformes des RHS.

Depuis plusieurs d'année, l'engagement des parties prenantes dans le processus de prise de décisions fait partie des meilleures pratiques en matière de développement (Banque mondiale 2009). Dans le domaine des RHS, les parties prenantes sont généralement issues de multiples horizons, y compris du ministère de la Santé, des établissements de formation et des organismes de réglementation. Cependant, étant donné que les travailleurs de santé du secteur public font partie de la fonction publique, le ministère de la Fonction publique (MdFP) (ou son équivalent) et le MdF sont également des parties prenantes clés, tout comme le ministère de l'Éducation. La Stratégie RHS 2030 reconnaît la nature multisectorielle de la gestion des RHS et recommande que tous les pays soutiennent une action multisectorielle pour les questions liées au personnel de santé et mettent en place des mécanismes institutionnels inclusifs visant à coordonner un programme intersectoriel pour le personnel de santé.

Le projet HFG a constaté qu'il était nécessaire de composer avec des règlements contradictoires et d'imaginer des solutions créatives pour répondre aux besoins du ministère de la Santé dans la mesure où les travailleurs de santé sont souvent embauchés et gérés par différentes institutions exécutives au sein du gouvernement. Les comités multisectoriels ont joué un rôle essentiel dans la réforme des politiques, mais ils ont été mis en difficulté en raison d'une mauvaise représentation, telle que celle du personnel subalterne sans pouvoir de décision. La définition d'une approche stratégique de l'engagement des parties prenantes, y compris l'inclusion et le maintien de décideurs de haut niveau au sein des comités, constitue un facteur de réussite essentiel.

Au Swaziland, un groupe de travail technique sur les RHS a été créé pour faire avancer le programme de RHS. Avec les représentations du ministère des Finances et du ministère de la Fonction publique, le groupe de travail a progressé sur un certain nombre de questions, mais n'a pas réussi à aller de l'avant concernant plusieurs autres questions clés qui nécessitaient une réforme des politiques et des systèmes. En analysant le problème, il est devenu évident que les représentants du ministère de la Santé, du ministère des Finances et du ministère de la Fonction publique présents au sein du groupe de travail n'avaient pas l'autorité nécessaire pour conduire ces réformes. Le projet HFG a aidé le Secrétaire principal du ministère de la Santé à créer plusieurs comités exécutifs ciblés, y compris un comité de gestion des RHS et un comité de recrutement en RHS.

Avec l'appui du ministre de la Santé, le Secrétaire principal a pu recruter du personnel-cadre issu du MdF et du MdFP au sein des comités. L'encadrement attentif des parties prenantes – notamment par le biais de réunions brèves et ciblées, du pilotage du ministère de la Santé pour prendre des mesures produisant des résultats rapides et de « demandes » claires adressées aux membres du comité – a permis aux représentants-cadres de rester impliqués et aux comités de se montrer productifs. Avec les bons décideurs, les comités ont été en mesure de faire des progrès rapides et de résoudre des problèmes auparavant insolubles.

Dans certains cas, il peut être nécessaire d'élargir le cercle des parties prenantes afin de contenir l'influence d'autres parties prenantes contestataires. En Côte d'Ivoire, le gouvernement s'est appuyé sur certaines parties prenantes pour tenter de mettre en œuvre plusieurs réformes ponctuelles promouvant le partage des tâches en matière de soins et de traitements infirmiers contre le VIH. Cependant, les efforts fournis n'ont pas abouti en raison du puissant lobby des groupes de médecins qui s'y opposaient. Pour contourner cette opposition, le projet HFG et le ministère de la Santé et de l'Hygiène publique ont introduit et intégré la réforme sur le partage des tâches dans le processus national de planification des RHS. Ce processus comprenait un groupe de parties prenantes beaucoup plus large que celui impliqué dans le processus de réformes ponctuelles. Dans ce groupe plus étendu, le projet HFG et le ministère ont d'abord travaillé ensemble pour parvenir à un consensus sur la définition des priorités



Conclusion

Pour les pays cherchant à atteindre la CSU, l'expérience du projet HFG en matière de réformes et de mise en œuvre de politiques de RHS dans des contextes variés témoigne de différents moyens possibles permettant de répondre aux recommandations de la Stratégie RHS 2030 de l'OMS et d'optimiser les marchés du travail des métiers de la santé.

Au cours de sa mise en œuvre, le projet HFG s'est engagé au côté des pays à répondre à des défis communs en matière de RHS – les postes vacants, les travailleurs fantômes, les données RHS incomplètes et les travailleurs de santé mal préparés à répondre aux besoins de santé

dans l'amélioration de la formation des sages-femmes et des infirmiers, de la répartition géographique et des compétences en tant que stratégie clé visant à atteindre les résultats prioritaires dans le domaine de la santé. Grâce à un groupe de parties prenantes bien plus important reconnaissant que les infirmiers et les sages-femmes constituaient des ressources essentielles, en particulier dans les établissements où il est difficile d'attirer et de retenir les médecins, il a été plus facile de faire approuver le partage des tâches. En conséquence, la Côte d'Ivoire est devenue l'un des rares pays francophones d'Afrique de l'Ouest à adopter des politiques de partage des tâches.

Bien que le ministère de la Santé soit la partie prenante la plus clairement investie dans les RHS, les changements en matière de RHS nécessitent la coopération des ministères sectoriels et peuvent affecter d'autres groupes professionnels. La prise en compte attentive du point de vue des parties prenantes lors de l'élaboration d'une stratégie de réforme, ainsi que l'examen réfléchi des besoins des parties prenantes tout au long du processus de réforme, peuvent conditionner le succès des réformes.

Bien que le ministère de la Santé soit la partie prenante la plus clairement investie dans les RHS, les changements nécessitent la coopération des ministères sectoriels et peuvent affecter d'autres groupes professionnels. Une prise en compte attentive du point de vue des parties prenantes peut conditionner le succès des réformes.

de la population, etc. Bien que les solutions politiques à ces problèmes aient fait l'objet d'une documentation pertinente, composer avec les paysages politiques uniques de chaque pays pour mettre en œuvre des changements de politique exigeait un examen méticuleux des approches stratégiques appropriées. L'engagement attentif des parties prenantes, l'intégration du renforcement des capacités de gouvernance à l'assistance technique en RHS et la sélection réfléchie d'interventions qui pourraient servir de leviers à des réformes plus larges ont contribué aux bons résultats obtenus grâce à l'appui du projet HFG.

L'engagement attentif des parties prenantes, l'intégration du renforcement des capacités de gouvernance à l'assistance technique en RHS et la sélection réfléchie d'interventions qui pourraient servir de leviers à des réformes plus larges ont contribué aux bons résultats obtenus grâce à l'appui du projet HFG.



Références

- Assi, Allet, Hawa Camara, Loukou Dia, et al. 2016. « Health Coverage Framework Index (HCFI) as a Tool for HRH Allocation: the Case of Nurses and Midwives as Part of Task-shifting Activities in Ivory Coast. » Publié lors du 4^e Symposium mondial sur la recherche sur les systèmes de santé, Vancouver, C.-B., 14-18 novembre 2016.
- Baker, Cynthia, Joni Boyd, Eunice Merisier Derivois, et al. 2016. « Reconnaissance Process: Strengthening Haiti's Health System through the Accreditation of their Nursing School. » Publié lors du 4^e Symposium mondial sur la recherche sur les systèmes de santé, Vancouver, C.-B., 14-18 novembre 2016.
- Frenk, Julio, Lincoln Chen, Zulfiqar A. Bhutta, et al. 2010. « Health Professionals for a New Century: Transforming Education to Strengthen Health Systems in an Interdependent World. » *The Lancet* 376(9756): 1923–1958. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5).
- Greene, Kate et Megan Meline. 2014. *Improving Nursing Education in Haiti by Strengthening Quality Standards*. Bethesda, MD : Projet Health Finance and Governance, Abt Associates Inc. <https://www.hfgproject.org/improving-nursing-education-in-haiti-by-strengthening-quality-standards/>
- Projet Health Finance and Governance (HFG). 2017. « Haiti Health Workforce Data Audits Lead to Human Resources for Health Improvements. » Bethesda, MD : Projet Health Finance and Governance, Abt Associates Inc. <https://www.hfgproject.org/health-workforce-data-audits-lead-improvements-human-resources-health-haiti/>
- Projet Health Finance and Governance (HFG). 2015a. « Swaziland: Entry-to-Practice Competencies for Nursing to Improve HIV, TB Services. » Bethesda, MD : Projet Health Finance and Governance, Abt Associates Inc. <https://www.hfgproject.org/swaziland-entry-to-practice-competencies-for-nurses-help-improve-hiv-and-tb-services/>
- Projet Health Finance and Governance (HFG). 2015b. « Data Drives Decisions to Increase Number of Health Workers in Swaziland. » Bethesda, MD : Projet Health Finance and Governance, Abt Associates Inc. <https://www.hfgproject.org/data-drives-decisions-to-increase-number-of-health-workers-in-swaziland/>
- National Council of State Boards of Nursing, Inc. (NCSBN). 2012. *Canada – NCSBN Entry Level Competency Statement Comparison*. Chicago : NCSBN. <https://www.arntl.ca/sites/default/files-/Report%20on%20Canadian%20NCSBN%20EntryLevel%20RN%20Competency%20Statement-%20Comparison...pdf>
- Sousa A., M.R. Scheffler, J. Nyoni et T. Boerma. 2013. « A comprehensive health labour market framework for universal health coverage. » *Bull World Health Organ* 91:892–894.
- Banque mondiale. 2009. *Guidance Note on Bank Multi-Stakeholder Engagement*. Washington : Banque mondiale. <http://documents.worldbank.org/curated/en/319671468336604-958/pdf/492200BR0SecM2101Officiel0Use0Only1.pdf>
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2016. *Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030*. Genève : Services de production de documents de l'OMS.
- Zurn, Pascal, Mario R. Dal Poz, Barbara Stilwell et Orvill Adams. 2014. « Imbalance in the Health Workforce. » *Human Resources for Health* 2(13). <https://doi.org/10.1186/1478-4491-2-13>.



Health Finance
& Governance

Expanding Access. Improving Health.

