

PROJET

Cadre régional pour constituer les personnels de santé du Pacifique occidental de demain

Document traduit en auto-révision

Table des matières

Glossaire	11
Résumé d'orientation	13
1. Introduction	14
1.1 Buts du Cadre régional	15
1.2 Alignement sur les stratégies et les cadres mondiaux et régionaux	15
1.3 Procédure d'élaboration du Cadre régional	16
2. Cadre analytique	17
3. Résultats actuels des systèmes de santé et tendances pertinentes pour l'avenir	19
4. Situation actuelle des personnels de santé dans la Région du Pacifique occidental	22
4.1 Les personnels de santé de la Région sont-ils prêts à répondre à l'évolution des besoins ?	22
4.2 Des ressources humaines pour la santé adéquates sont-elles disponibles ?	23
4.3 Les personnels de santé sont-ils répartis équitablement ?	25
4.4 Les personnels de santé sont-ils productifs et performants ?	26
4.5 Les personnels de santé sont-ils satisfaits et exercent-ils leur activité en toute sécurité ?	27
4.6 Les personnels de santé sont-ils diversifiés et inclusifs ?	28
5. Quels sont les principaux goulets d'étranglement à l'origine des lacunes relatives aux personnels de santé dans la Région ?	29
5.1 Modèles de soins de santé centrés sur l'hôpital ou sur les spécialistes	29
5.2 Capacités inadéquates à la planification stratégique des besoins en ressources humaines pour la santé	32
5.3 Politiques insuffisantes pour produire des personnels de santé de qualité et maintenir leurs compétences	33
5.4 Absence de réglementation du secteur privé	35
5.5 Politiques insuffisantes relatives à la répartition équitable et à la productivité dans le secteur public	37
6. Nouveau cadre régional pour les personnels de santé	41
6.1 Les personnels de santé de demain et leurs attributs	41
6.2 Actions stratégiques pour constituer les personnels de santé de demain	41
6.2.1 Alignement des politiques de RHS sur des systèmes de santé axés sur les soins primaires	43
6.2.2 Renforcement de la bonne gestion des personnels de santé dans les systèmes de santé	44
6.2.3 Production de RHS de qualité et maintien de leurs compétences	45
6.2.4 Orientation du secteur privé pour le bien public	46
6.2.5 Gestion de la répartition et de la productivité dans le secteur public	46

Annexe

7. Progresser vers un bassin plus solide de ressources humaines pour la santé dans la Région	47
7.1 Éléments relatifs aux systèmes de santé à prendre en compte par les États Membres	47
7.2 Les rôles de l’OMS auprès des États Membres	48
7.3. Amélioration de la disponibilité des données, y compris dans le secteur privé	48
7.4. Suivi et évaluation des progrès	49
Bibliographie	53

Glossaire

Accréditation	Processus par lequel un organisme gouvernemental, paraétatique ou privé évalue la qualité d'un établissement d'enseignement supérieur dans son ensemble, ou d'un programme ou d'un cours d'enseignement supérieur précis, afin de le reconnaître officiellement comme répondant à certains critères ou normes prédéterminés et de lui attribuer un label de qualité (1).
Agents de santé, personnels de santé, ressources humaines pour la santé (RHS)	Ensemble des personnes dont l'activité a pour objet essentiel d'améliorer la santé (3, 5). Ces termes sont utilisés de manière interchangeable dans le présent document.
Agrément	Processus par lequel une autorité gouvernementale autorise un praticien individuel ou une structure de santé à exercer ou à entreprendre une activité ou une profession (4).
Bonne gestion	La responsabilité d'une planification et d'une gestion efficaces des ressources sanitaires afin de préserver l'équité, ainsi que la santé et le bien-être des populations (2).
Champ d'activité élargi	Renforcement ou acquisition de compétences ou de savoir-faire dépassant le champ d'activité actuellement reconnu (3).
Coordination des soins	Démarche volontariste réunissant les professionnels de la santé et les prestataires de soins autour des besoins des usagers des services, afin de s'assurer que la population reçoit des soins intégrés et centrés sur l'individu dans une diversité de contextes (2).
Enseignement interprofessionnel	Démarche par laquelle deux professionnels de santé ou plus apprennent les uns des autres et les uns avec les autres aux fins d'une collaboration efficace et de meilleurs résultats sanitaires (3).
Équipe multidisciplinaire	Groupe d'agents de santé de différentes disciplines, travaillant ensemble pour offrir un service précis (3).
Fonctions essentielles de santé publique	Ensemble des compétences et des mesures nécessaires pour atteindre le principal objectif de santé publique : l'amélioration de l'état de santé des populations (2).
Gouvernance	Capacité du gouvernement à gérer efficacement ses ressources et à mettre en œuvre des politiques rationnelles (4).
Modèle de soins	Conception de la manière dont les services doivent être assurés, notamment en ce qui concerne les procédures de soins, l'organisation des prestataires et la gestion des services. Le modèle de soins est appelé à évoluer pour répondre aux objectifs et aux priorités de la population en matière de santé et pour améliorer les performances du système de santé (2).

Annexe

Modèle de soins de santé primaires	Modèle de soins qui répond aux besoins sanitaires des individus moyennant la prestation de soins complets comprenant la promotion et la protection de la santé, ainsi que des soins curatifs, palliatifs et de réadaptation tout au long du parcours de vie, tout en tenant compte des déterminants de la santé au sens large (comportementaux, économiques et sociaux), et donnant en définitive à chacun les moyens d'optimiser sa santé par la défense de ses intérêts et une participation active (3).
Perfectionnement professionnel continu	Formation consistant en des mises à jours cliniques ou des activités éducatives, et permettant également d'acquérir de nombreuses compétences dans des domaines comme la recherche et la rédaction de documents scientifiques ; les soins aux patients dans un cadre multidisciplinaire ; les pratiques professionnelles et éthiques ; la communication, la capacité à diriger, l'aptitude à la gestion et les qualités comportementales ; le renforcement de l'esprit d'équipe ; et l'utilisation des technologies de l'information (3).
Réglementation	Tout contrôle gouvernemental exercé au moyen d'outils législatifs, administratifs, juridiques ou politiques (3).
Soins centrés sur la personne	Démarche de soins qui adopte consciemment la perspective des individus, des aidants, des familles et des communautés en tant que participants à des systèmes de santé fiables – et bénéficiaires de ces systèmes – pour répondre à leurs besoins et préférences de manière bienveillante et globale (3).

Résumé d'orientation

Pour être fonctionnel, un système de santé a besoin de personnels de santé performants. Ces personnes sont indispensables à la prestation de soins continus, coordonnés et centrés sur la personne, aptes à relever les défis que la Région du Pacifique occidental de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) doit relever, notamment les maladies non transmissibles (MNT), le vieillissement des populations et la prise en compte des populations non desservies. La pandémie de COVID-19 a mis en évidence les vulnérabilités des systèmes de santé de la Région, en particulier sur le plan des ressources humaines. Une approche analytique, fondée sur les besoins du système de santé, a été utilisée pour élaborer le présent projet de *Cadre régional pour constituer les personnels de santé du Pacifique occidental de demain*, qui définit des propositions de politiques à l'adresse des États Membres.

En dépit des progrès accomplis, les personnels de santé régionaux ne sont pas dûment préparés pour répondre à la hausse et à l'évolution des besoins des populations de la Région du Pacifique occidental en matière de santé. Le nombre d'agents de santé, l'éventail de leurs compétences et leur répartition géographique, leur productivité, ainsi que leur sécurité, présentent d'importantes lacunes. Le manque d'attention portée aux soins de santé primaires dans les systèmes de santé constitue un obstacle majeur à la constitution des ressources humaines appropriées pour la santé. Les capacités inadéquates en matière de planification et de bonne gestion, la réglementation insuffisante du secteur privé, l'absence de politiques relatives à la qualité et la migration internationale non réglementée sont autant de facteurs qui contribuent largement aux lacunes liées aux personnels de santé.

Afin de relever les défis auxquels la Région est confrontée, les personnels de santé de demain doivent être centrés sur la personne, sensibles à la dimension culturelle et adaptatifs ; maîtriser les outils de santé numérique ; savoir travailler et apprendre en équipe ; être motivés, performants, satisfaits de leurs conditions de travail et de leur sécurité ; et chercher à développer leurs compétences professionnelles. Pour atteindre ces objectifs, le Cadre régional présente cinq domaines d'action stratégiques visant à renforcer les ressources humaines pour la santé.



1. Alignement des politiques relatives aux RHS sur des systèmes de santé axés sur les soins primaires : Il faut mettre en place des équipes multidisciplinaires de soins de santé primaires offrant des orientations vers d'autres services, et y consacrer des investissements. L'éventail de compétences et le champ d'activité doivent être optimisés. Les technologies numériques doivent être utilisées pour appuyer cette démarche et pour réorganiser les systèmes de prestation de services.

Annexe

2. Renforcement de la gestion des RHS dans les systèmes de santé : Les modalités institutionnelles de bonne gestion des ressources humaines pour la santé doivent être améliorées, de même que le financement y afférent, et les personnels de santé doivent être protégés et soutenus. La reconnaissance à sa juste valeur du rôle des personnels infirmiers, des sages-femmes, des professionnels paramédicaux et des autres professions doit être encouragée. Il est également urgent de mieux suivre la mobilité des agents de santé et d'agir sur les facteurs incitatifs dans les pays d'origine, ces influences qui poussent les personnels de santé à chercher des opportunités d'emploi à l'étranger.

3. Production de RHS de qualité et maintien de leurs compétences : La production et la formation continue des ressources humaines pour la santé doivent être alignées sur les besoins de systèmes de santé axés sur les soins de santé primaires. Il est impératif d'accroître la production de personnels de santé, de créer de nouvelles professions et de doter les personnels déjà en activité de nouvelles compétences. L'agrément, l'enregistrement et les examens nationaux doivent être renforcés afin d'en garantir la qualité. Le perfectionnement professionnel continu doit également inclure l'apprentissage en équipe dans le cadre de l'enseignement interprofessionnel et la pratique collaborative.

4. Orientation du secteur privé en faveur du bien public : L'hétérogénéité du secteur privé doit être reconnue et sa contribution appropriée aux systèmes de santé doit être clarifiée. Il faudra réglementer l'enseignement dans le secteur privé quand sa profusion entraîne une production excessive de certaines professions et des formations de piètre qualité. Cette réglementation sera plus efficace si les pays parviennent à renforcer suffisamment le secteur public pour réduire leur dépendance à l'égard des prestataires privés à but lucratif. Un ensemble de stratégies propres au contexte devra être élaboré afin de contrôler la double pratique, c'est-à-dire le fait d'exercer simultanément dans les secteurs public et privé, dans les pays où elle présente des risques majeurs pour les soins de santé primaires.

5. Gestion de la répartition et de la productivité dans le secteur public : La répartition infranationale des ressources humaines pour la santé doit être suivie, et des stratégies groupées couvrant l'éducation, la réglementation, les mesures d'incitation et le soutien personnel et professionnel doivent être mises en œuvre. L'aptitude du secteur public à mener à leur terme les procédures de recrutement doit être renforcée et les règles doivent être modifiées afin de lever les obstacles y afférents. Un environnement favorable doit être créé pour que les personnels de santé soient performants.

1. Introduction

Il ne saurait y avoir de système de santé sans personnels de santé. La disponibilité de personnels de santé motivés et compétents, en nombre suffisant, aux bons endroits et possédant un éventail de compétences approprié, est essentielle à la prestation de soins intégrés et centrés sur la personne. Ces ressources humaines sont déterminantes pour atteindre les cibles ambitieuses du triple milliard qui sont au cœur du *treizième programme général de travail de l'OMS*. Il s'agit d'atteindre 1 milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la couverture sanitaire universelle, 1 milliard de personnes supplémentaires mieux protégées face aux situations d'urgence sanitaire et 1 milliard de personnes supplémentaires bénéficiant d'un meilleur état de santé et d'un plus grand bien-être.

La pandémie de COVID-19 a mis en évidence les vulnérabilités des systèmes de santé et l'insuffisance chronique et généralisée des investissements consacrés aux personnels de santé dans la Région. Or, ceux-ci peuvent apporter des avantages de grande portée sur les plans sanitaire, social, économique et sécuritaire pour les 37 États et Territoires de la Région du Pacifique occidental. Les dépenses publiques de santé peuvent fournir un retour sur investissement considérable de neuf dollars pour chaque dollar investi, et plus de la moitié sont consacrées aux personnels de santé (6). Ces dépenses représentent un investissement, car elles génèrent des emplois, améliorent l'égalité de genre, réduisent la pauvreté,

fournissent un travail décent, protègent les populations et accélèrent la croissance économique, contribuant ainsi directement à la réalisation de multiples objectifs de développement durable (ODD).

Malgré les progrès accomplis dans la Région, le nombre, la répartition et la qualité des personnels de santé continuent de présenter des lacunes considérables, et les protections visant à garantir la sécurité des environnements de travail font toujours défaut. De plus, le vieillissement des populations, la charge croissante des maladies non transmissibles et les urgences de santé imprévues requièrent des personnels de santé qui soient en mesure de relever ces défis et qui possèdent des compétences et des aptitudes évolutives.

Par voie de conséquence, les stratégies relatives aux personnels de santé doivent être réexaminées afin de déterminer ce qui fonctionne et ce qui favorise une orientation centrée sur les soins de santé primaires (SSP). Il convient également d'analyser les corrélations existant entre les stratégies relatives aux personnels de santé et le système de santé en général. Une planification cloisonnée des personnels de santé, déconnectée des autres aspects du système de santé, a peu de chances de porter des fruits.

Il est impératif d'évaluer les progrès accomplis, d'analyser la situation actuelle des personnels de santé, d'établir des projets et des plans relatifs aux ressources humaines de demain, et d'élaborer un cadre commun pour donner suite efficacement aux priorités.

1.1 Buts du Cadre régional

Le projet de *Cadre régional pour constituer les personnels de santé du Pacifique occidental de demain* vise à présenter une vision ambitieuse mais réaliste de ce que seront demain les ressources humaines pour la santé dans la Région. Il comprendra les mesures suivantes :

- recenser les changements requis pour répondre aux futurs besoins de la population (chapitre 3) ;
- présenter la situation actuelle des personnels de santé (chapitre 4) ;
- analyser les goulets d'étranglement et des facteurs favorisant le changement (chapitre 5) ; et
- proposer diverses politiques possibles que les États Membres pourront adapter et mettre en œuvre dans leurs contextes respectifs (chapitre 6).

Le Cadre régional s'adresse principalement aux responsables de l'élaboration des politiques et aux décideurs dans les États Membres de la Région. Il a néanmoins été élaboré pour aider l'ensemble des parties prenantes à relever les défis à long terme en ce qui concerne les ressources humaines pour la santé.

1.2 Alignement sur les stratégies et les cadres mondiaux et régionaux

Le présent Cadre régional est étroitement aligné sur le *treizième programme général de travail de l'OMS* (PGT) ayant pour objet d'atteindre le triple milliard moyennant une action fondée sur cinq priorités : promouvoir la santé, fournir des services de santé, protéger la santé, démultiplier les progrès et être efficace. Il s'appuie sur les engagements et les cadres mondiaux et régionaux existants, visant à renforcer les ressources humaines pour la santé.

Partout dans le monde, la *Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030* a orienté les choix stratégiques, appelant à davantage d'investissements, une plus grande efficacité, une meilleure gouvernance et de meilleures données (7). Les pays ont également pu s'appuyer sur la *Stratégie régionale sur les ressources humaines pour la santé 2006-2015* et sur le *Programme d'action régional du Pacifique occidental sur le renforcement, la convergence et la coopération en matière de réglementation pour les médicaments et le personnel de santé*, pour renforcer collectivement les

Annexe

ressources humaines pour la santé, afin de répondre aux besoins évolutifs des populations en matière de santé (8, 9).

Ce projet de Cadre régional a également servi de base à d'autres cadres récemment approuvés par le Comité régional de l'OMS pour le Pacifique occidental, couvrant notamment la prévention et la maîtrise des MNT, la réponse aux besoins des laissés-pour-compte, le cancer du col de l'utérus et la santé mentale (10-15). Il fait écho aux projets de cadre relatifs à la sécurité sanitaire et à la communication pour la santé (C4H), deux documents qui seront présentés pour approbation au Comité régional du Pacifique occidental en octobre 2023.

1.3 Procédure d'élaboration du Cadre régional

La version initiale du Cadre régional a été élaborée par une équipe de l'unité Conception des politiques et des services de santé de la Division Systèmes et Services de santé du Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental. Une analyse de la situation des personnels de santé a été entreprise dans le cadre d'un examen documentaire et d'une analyse des données secondaires. Des consultations internes ont également été menées dans les bureaux de pays de l'OMS, dans d'autres bureaux régionaux, ainsi qu'au Siège.

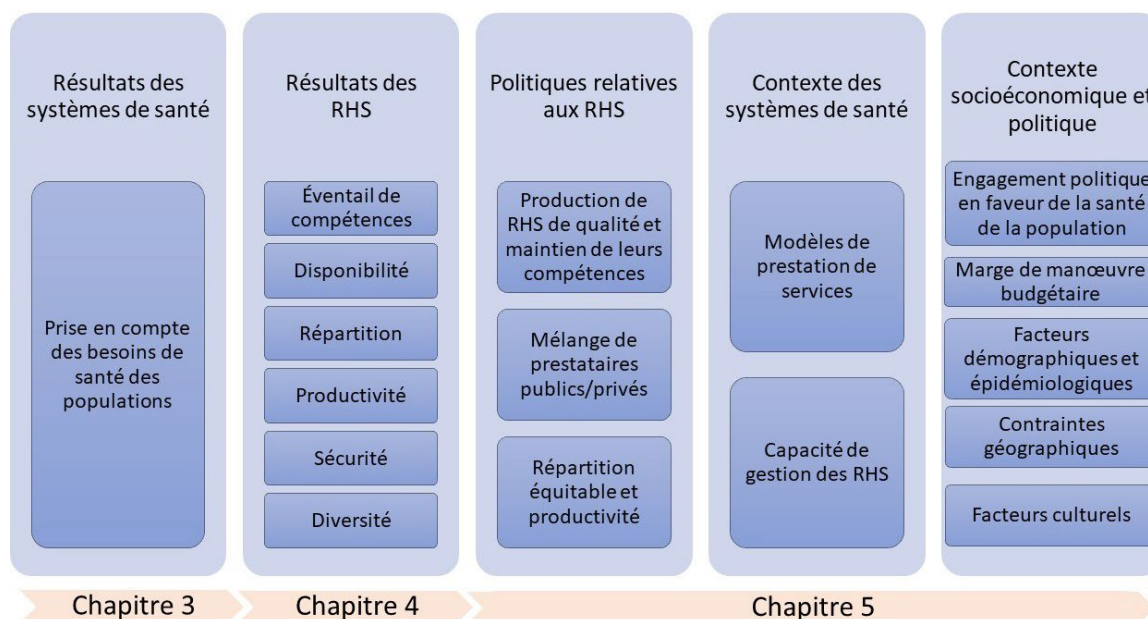
Un projet de plan de Cadre régional a été élaboré et fait l'objet de discussions avec des spécialistes mondiaux et régionaux issus d'horizons variés, dans le cadre d'une consultation tenue à Manille les 17 et 18 janvier 2023. Les examens et les commentaires d'intérêt ont été intégrés à la lumière des enseignements tirés de la douzième Conférence de l'Alliance de l'Asie-Pacifique en faveur des ressources humaines pour la santé à Bangkok en janvier 2023, de la Réunion régionale sur les personnels de santé et d'aide à la personne organisée par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe à Bucarest en mars 2023, et du cinquième Forum mondial sur les ressources humaines pour la santé qui s'est tenu à Genève en avril 2023.

Une consultation des États Membres a été organisée à Manille les 24 et 25 avril 2023 pour débattre du Cadre régional et le présent projet révisé a été élaboré afin d'être présenté au Comité régional du Pacifique occidental en octobre 2023 en vue de son adoption.

2. Cadre analytique

Plusieurs approches analytiques peuvent être utilisées pour examiner la problématique des ressources humaines pour la santé et un outil permet de synthétiser les principaux cadres relatifs aux personnels de santé. Ce projet de Cadre régional part d'une approche fondée sur les systèmes de santé pour analyser la situation des personnels de santé avec une version adaptée de l'outil de visualisation proposé par Sonderegger 2021 (16) (figure 1).

Figure 1. Cadre analytique pour examiner la problématique des personnels de santé



a) **Résultats des systèmes de santé** : L'objet principal d'un système de santé est de répondre de manière significative aux besoins des populations en matière de soins de santé, comme en témoigne l'engagement mondial d'instaurer la couverture sanitaire universelle (CSU). À ces fins, chacun doit pouvoir accéder à des soins de santé sûrs et de qualité, y compris en situation d'urgence, sans que cela induise des difficultés financières. Des informations détaillées sont présentées au chapitre 3.

b) **Résultats des RHS** : L'atteinte des objectifs relatifs aux systèmes de santé implique que certaines conditions liées aux personnels de santé soient réunies : des agents de santé en nombre adéquat et possédant un éventail approprié de compétences doivent être répartis équitablement auprès des populations, et les personnels doivent être productifs, compétents, inclusifs, satisfaits et pouvoir exercer sans danger pour leur sécurité. Des informations détaillées sont présentées au chapitre 4.

c) **Politiques relatives aux RHS** : L'obtention des résultats attendus des personnels de santé dépend des politiques mises en place par les gouvernements. L'un des domaines clés de ces politiques est la production de RHS, c'est-à-dire la formation et la certification d'agents de santé. Il s'agit, d'une part, de déterminer quels types de professionnels de santé il convient de former, ainsi que leur champ d'activité et leur quantité, et d'autre part, d'établir des stratégies pour parvenir à la qualité de formation attendue. Des politiques doivent notamment être établies en matière de normes, d'accréditation et d'agrément. Le maintien des ressources humaines dans les systèmes de santé est un impératif qui requiert l'établissement de politiques en matière de recrutement, d'affectation et de mutation ; de rémunération et d'autres mesures de rétention ; de formation continue ; et de maintien de la qualité des

Annexe

RHS. Ce point est analysé au chapitre 5, qui présente également les goulets d'étranglement et des exemples des mesures ayant prouvé leur efficacité pour combler les lacunes, ainsi que les contextes plus larges soulignés aux deux points ci-après.

d) **Contexte des systèmes de santé :** Les principaux facteurs qui influent sur les politiques relatives aux RHS incluent notamment le modèle de prestation de services, la place grandissante du secteur privé dans la prestation des services de santé, et la capacité des gouvernements à assurer la bonne gestion des systèmes de santé.

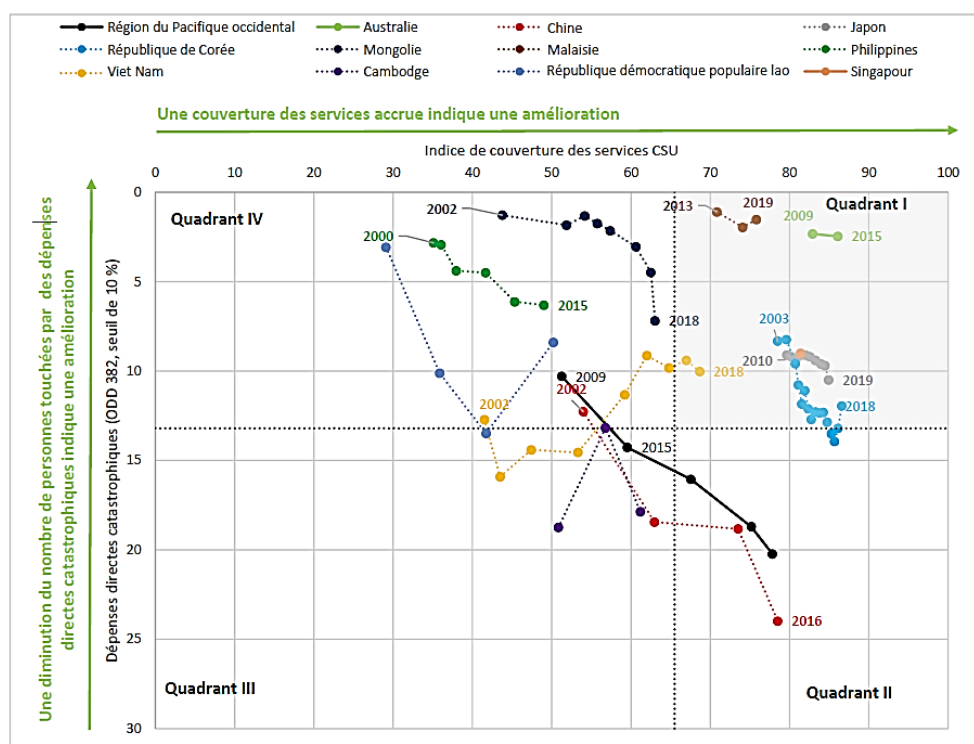
e) **Contexte socioéconomique et politique :** Le niveau d'engagement politique en faveur de la santé des populations, la marge de manœuvre budgétaire, les contraintes géographiques (par exemple des îles dispersées et faiblement peuplées), les facteurs démographiques et épidémiologiques (comme le vieillissement) et les facteurs culturels sont autant d'éléments qui influent fortement sur les systèmes de santé, y compris sur les RHS.

3. Résultats actuels des systèmes de santé et tendances pertinentes pour l'avenir

Les personnels de santé doivent se transformer afin de continuer de répondre aux besoins de santé des populations de manière durable et équitable à mesure qu'ils évoluent. En 2020, l'espérance de vie moyenne s'établissait à 78,2 ans dans la Région du Pacifique occidental ; mais avec des écarts importants entre les pays, allant de 59,4 ans à Kiribati à 84,3 ans au Japon (17). Or, l'amélioration globale de la santé de la population passe par l'accès à des services de santé appropriés.

La figure 2 présente les tendances des indicateurs des ODD 3.8.1 et 3.8.2 relatifs à la couverture des services en vue de la CSU et à la protection financière respectivement. Elle montre que l'indice de couverture des services en vue de la CSU enregistre de nets progrès dans les pays de la Région depuis vingt ans.

Figure 2. Tendances de l'indice de couverture des services en vue de la CSU et dépenses de santé catastrophiques dans la Région :



Sources : Organisation mondiale de la Santé (2021) (18) ; Organisation mondiale de la Santé, base de données sur la protection financière (19).

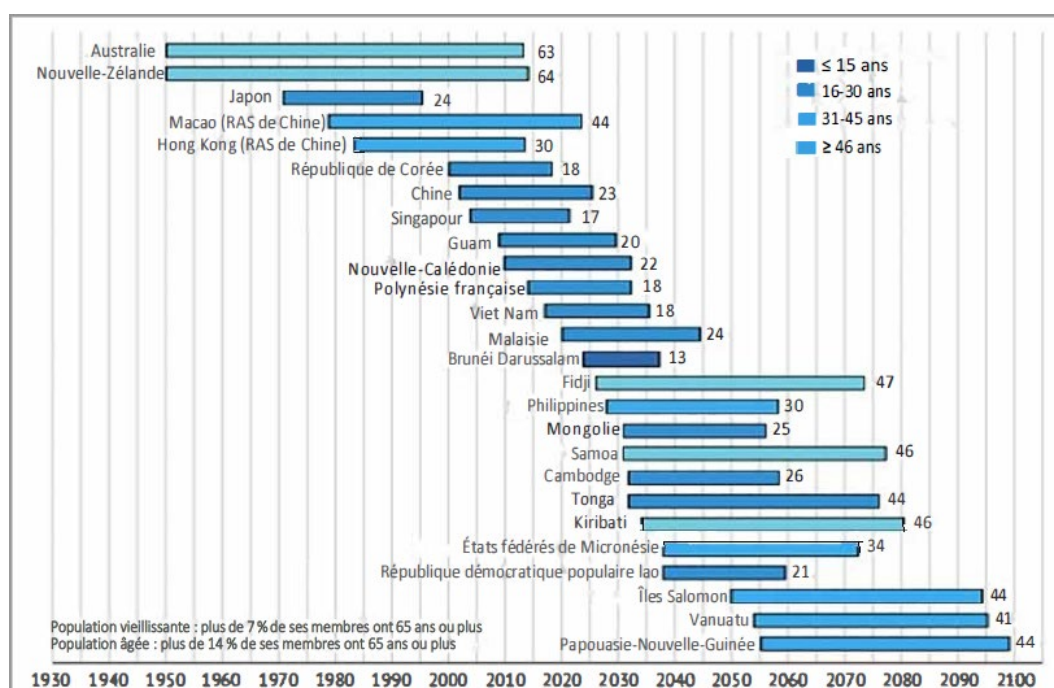
Annexe

La figure 2 montre également que la proportion de ménages confrontés à des dépenses de santé catastrophiques a doublé dans la Région depuis 2009. Cette tendance est observée dans tous les pays à l'exclusion de quelques-uns qui s'en sortent mieux, à savoir l'Australie, le Japon, la Malaisie, Singapour et le Viet Nam. Elle reflète la dépendance croissante des systèmes de santé envers les dépenses de santé à la charge des patients. Même si la couverture des services s'améliore, il est inquiétant de constater une hausse du nombre de personnes confrontées à des dépenses de santé catastrophiques dans la Région. Des mesures doivent être prises de toute urgence pour infléchir les tendances vers le quadrant I de la figure 2 en vue d'instaurer la CSU.

Les besoins de santé des populations évoluent rapidement. Comme il est indiqué en détail dans le document *Vision d'avenir : devenir la Région la plus saine et la plus sûre*, la Région du Pacifique occidental traverse actuellement une période de transition sans précédent sur les plans économique, environnemental, social et épidémiologique (20).

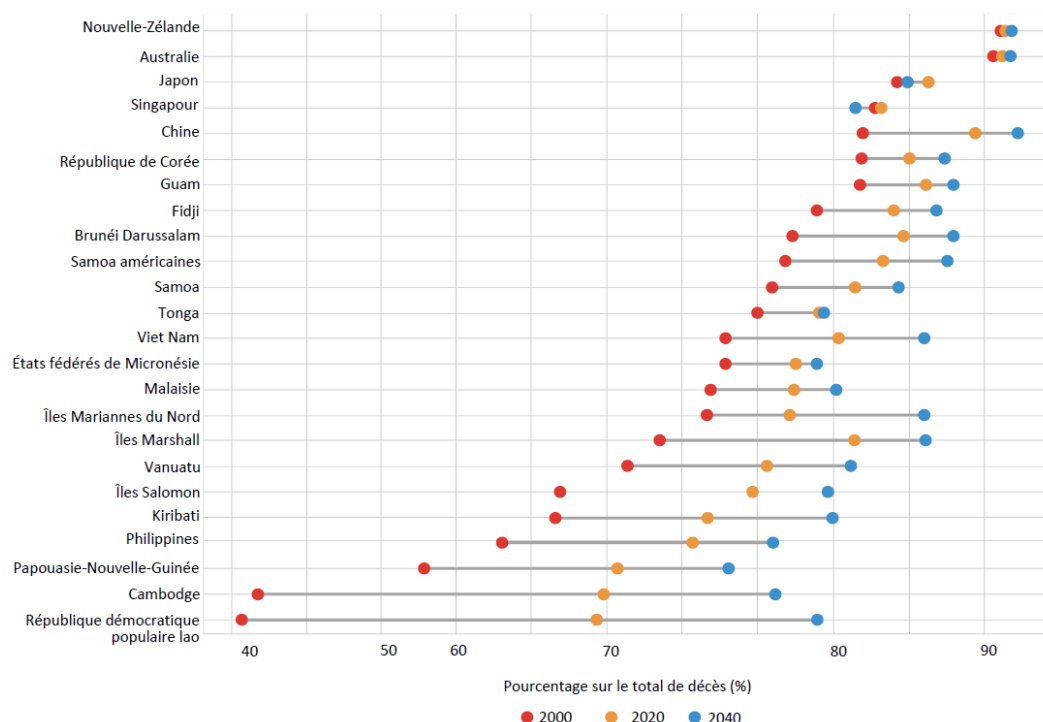
La figure 3 illustre la cadence du vieillissement de la population. Une population est dite vieillissante lorsque plus de 7 % de ses membres ont 65 ans ou plus, et âgée lorsque plus de 14 % de ses membres ont 65 ans ou plus. Le passage d'une société vieillissante à une société âgée s'est opéré en l'espace de 60 ans en Australie et en Nouvelle-Zélande et en 24 ans au Japon. D'autres États et Territoires plus jeunes comme la Polynésie française et le Viet Nam devraient franchir ce pas en moins de vingt ans.

Figure 3. Cadence du vieillissement de la population dans les pays du Pacifique occidental



Source : Département des affaires économiques et sociales de l'Organisation des Nations Unies. Division de la population (2019) (21).

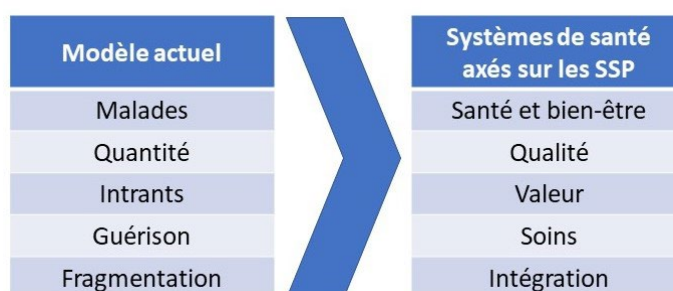
La proportion de décès dus aux MNT devrait encore augmenter à l'avenir (voir la figure 4). Les maladies non transmissibles sont, de fait, les principales causes de décès et de handicap dans la Région. Les quatre principales maladies non transmissibles – le diabète, les maladies cardiovasculaires, le cancer et les maladies respiratoires chroniques – représentent près de 87 % de tous les décès survenant dans la Région. Les urgences de santé et les changements climatiques augmentent les risques planant sur la santé des populations. Pour y faire face, il faut encore élargir l'éventail des services de santé et les dispenser en plus grand nombre.

Figure 4. Charge des MNT dans les pays du Pacifique occidental

Source : Institute of Health Metrics and Evaluation, étude Global Burden of Disease (22)

À quoi les systèmes de santé doivent-ils ressembler pour relever les défis actuels et à venir ?

Les cadres adoptés récemment s'accordent sur la nécessité de s'orienter vers des systèmes de santé intégrés et centrés sur les soins primaires, qui soient tout à la fois en mesure de répondre aux besoins de santé évolutifs des populations, résilients et préparés aux urgences et aux changements climatiques (voir la figure 5).

Figure 5. Changements de paradigme vers des systèmes de santé axés sur les soins primaires

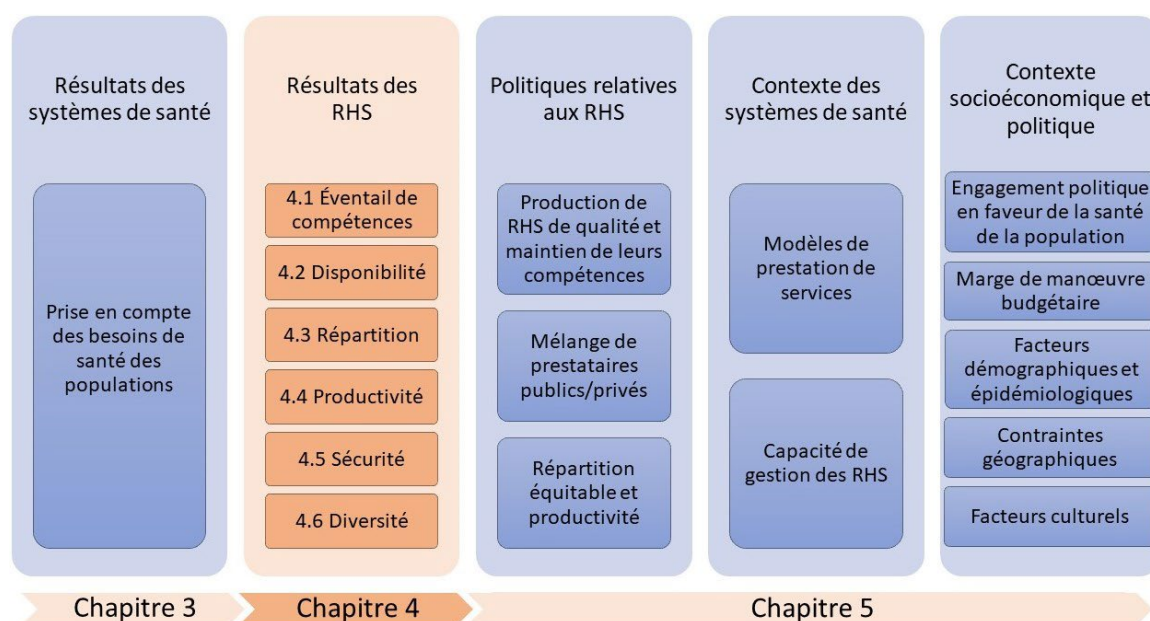
Si les personnels de santé ne sont pas transformés de manière à être adaptés aux besoins de demain, les prochaines générations n'auront toujours pas accès à la couverture sanitaire universelle dans la Région. Les soins fragmentés ne pourront pas répondre aux besoins de santé complexes de demain, ce qui entraînera un manque d'efficacité, le chevauchement d'activités, des interruptions des soins et une hausse de la charge financière pour les patients et pour les budgets nationaux de la santé. Si les personnels de santé ne sont pas protégés au moyen de formations de qualité et de conditions de travail décentes et si des investissements ne leur sont pas consacrés, la Région sera confrontée à une pression croissante en raison de la migration des ressources humaines et de la réduction des effectifs au sein des pays et entre les pays. Le moment est venu d'agir pour l'avenir.

Annexe

4. Situation actuelle des personnels de santé dans la Région du Pacifique occidental

Le présent chapitre donne un aperçu de six résultats clés relatifs aux personnels de santé : l'éventail de compétences, la disponibilité, la répartition, la productivité, la sécurité et la diversité. Une analyse complète ne fait que confirmer les lacunes majeures précédemment observées touchant les personnels de santé dans la Région, notamment en matière de pénuries, de répartition inadaptée et d'utilisation inefficace des personnels disponibles, ou encore d'inadéquation entre les professions et les rôles requis pour répondre aux besoins de santé des populations.

Figure 6. Résultats des RHS présentés au chapitre 4 du présent Cadre régional (les nombres renvoient aux sous-chapitres)



4.1 Les personnels de santé de la Région sont-ils prêts à répondre à l'évolution des besoins ?

La réponse est « non », à moins de déployer des efforts politiques importants. Dans les systèmes de santé axés sur les soins primaires, ceux-ci représentent un niveau de soins essentiel en raison de leur proximité avec les communautés et les patients. Dans de nombreux pays, les personnels de santé ne possèdent pas les compétences requises pour offrir une large gamme de services interdépendants. Bien souvent, les services de soins de santé primaires ne sont pas assurés dans un souci de continuité des soins et de centrage sur la personne, ou en vue d'assumer de nouvelles fonctions (coordination des soins, prise en charge des cas, gestion de la transition entre les soins ou orientation des patients).

Traditionnellement, l'accent est davantage mis sur une approche profession par profession, en considérant les médecins, les infirmiers (ères), les sages-femmes, les dentistes et les pharmaciens indépendamment les uns des autres. Les réseaux de services intégrés et centrés sur la personne ont besoin de ces professions, mais également d'une plus grande diversité d'intervenants, notamment de physiothérapeutes et d'ergothérapeutes, d'assistants médicaux, d'agents de santé communautaires, de travailleurs sociaux, de professionnels de santé mentale, de personnels de soins de longue durée, de diététiciens, de conseillers, de soignants à domicile et de coordonnateurs des soins. La pandémie a rappelé que les personnels de santé publique et chargés des situations d'urgence, notamment les

épidémiologistes et les administrateurs de la santé publique, étaient eux aussi essentiels, mais en nombre insuffisant et en manque de capacités.

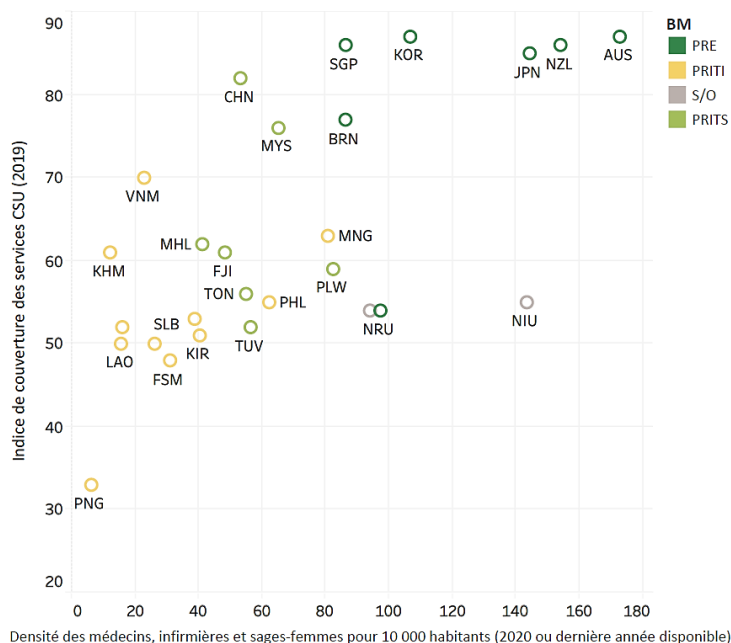
Les personnels de santé existants ne suffisent pas à satisfaire la palette et l'étendue des besoins de santé émergents liés au vieillissement et aux MNT, en particulier en matière de prévention, de promotion de la santé et de déterminants sociaux de la santé. La plupart des pays ne possèdent pas suffisamment d'agents de santé compétents pour absorber les pics périodiques des besoins de santé, par exemple en situation d'urgence, notamment pendant une catastrophe environnementale (23). De plus, les personnels de santé actuels sont mal préparés pour réagir aux répercussions de la crise climatique sur la santé (23, 24).

Sur une note plus positive, les pays font tout leur possible pour actualiser l'enseignement et la formation des personnels de santé, étendre leur champ d'activité, réorganiser et optimiser l'éventail de leurs compétences, et créer de nouvelles fonctions et de nouvelles professions. Des détails sont apportés au chapitre 5.

4.2 Des ressources humaines pour la santé adéquates sont-elles disponibles ?

Les ressources humaines pour la santé continuent de présenter des lacunes majeures dans la Région et les progrès sont inégaux selon les meilleures données disponibles. De manière générale, plus les agents de santé sont nombreux, meilleur est l'indice de couverture des services en vue de la CSU, ce qui démontre le rôle déterminant des personnels de santé dans la prestation des services de santé (figure 7) (25).

Figure 7. Corrélation entre un nombre accru d'agents de santé et une meilleure couverture des services en vue de la CSU



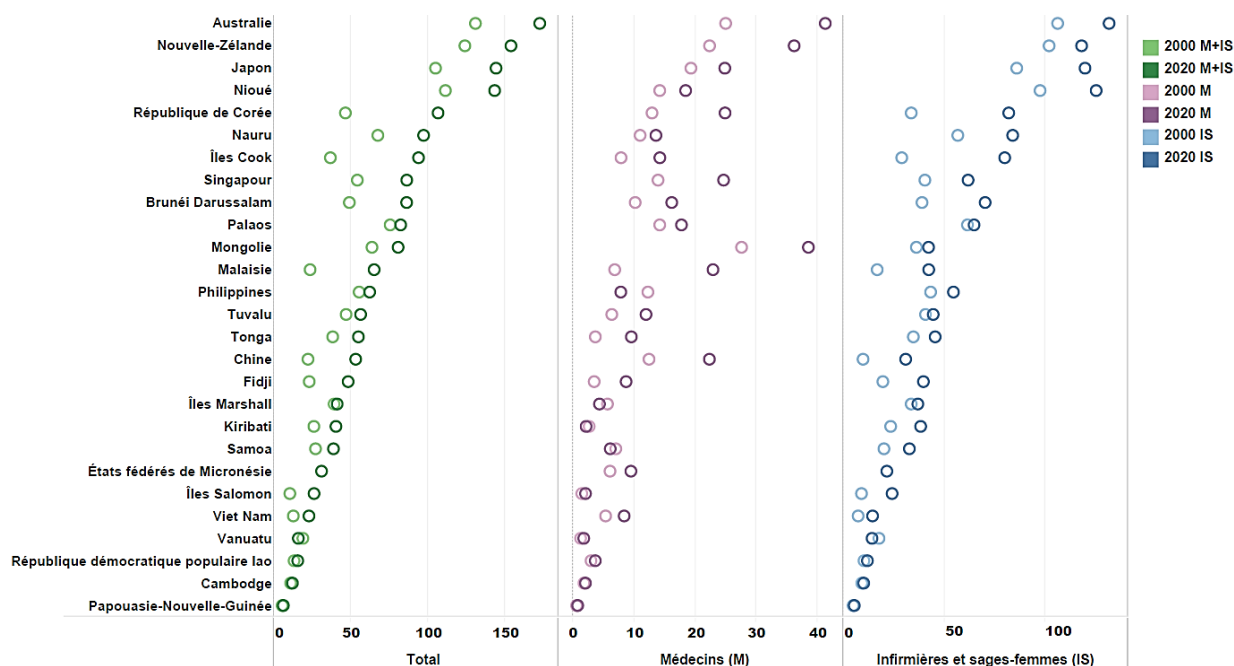
Source : Observatoire mondial de la santé (18) ; Portail de données de l'OMS sur les comptes nationaux des personnels de santé (26).

Annexe

Huit pays de la Région (États fédérés de Micronésie, Îles Salomon, Kiribati, Papouasie-Nouvelle-Guinée, République démocratique populaire lao, Samoa, Tuvalu et Vanuatu) figurent sur la *Liste OMS d'appui et de sauvegarde pour les personnels de santé 2023*¹ (27). Ces pays se heurtent aux difficultés les plus pressantes en matière de ressources humaines pour la santé et requièrent des investissements et un appui concertés.

Depuis 20 ans, les progrès relatifs à l'augmentation du nombre de personnels de santé au regard de la croissance démographique sont variables selon les pays (figure 8 et annexe 1).

Figure 8. Densité des personnels de santé pour 10 000 habitants entre 2000 (ou année la plus proche) et 2020 (ou dernière année disponible)



Source : Portail OMS de données sur les comptes nationaux des personnels de santé (26).

En ce qui concerne la densité du personnel infirmier et obstétrical, la Chine, les Fidji, les Îles Cook, les Îles Salomon, Kiribati, la Malaisie, la République de Corée, Samoa et le Viet Nam enregistrent de nettes améliorations, tandis que les progrès semblent relativement lents au Cambodge, en Papouasie-Nouvelle-Guinée, en République démocratique populaire lao et au Vanuatu.

La densité des médecins a fortement augmenté dans la Région, notamment en Chine, aux Fidji, aux Îles Cook, en Malaisie, en République de Corée, aux Tonga, à Tuvalu et au Viet Nam. Les densités relativement faibles des médecins entravent clairement la satisfaction des besoins de santé des populations dans des pays comme le Cambodge, qui compte 1,93 médecin pour 10 000 habitants ; la Papouasie-Nouvelle-Guinée, avec 0,66 médecin pour 10 000 habitants seulement ; et dans de nombreux pays insulaires du Pacifique comme Kiribati (2,04 médecins), les Îles Salomon (1,65 médecin) et Vanuatu (1,65 médecin).

¹ Les pays figurant sur la *Liste OMS d'appui et de sauvegarde pour les personnels de santé 2023* ont un indice de couverture des services en vue de la CSU inférieur à 55 et une densité de personnels de santé inférieure à la valeur mondiale médiane de 49 médecins, infirmiers (ères) et sage-femmes pour 10 000 habitants. Ces pays doivent recevoir un appui prioritaire afin d'augmenter le nombre de leurs personnels de santé et de renforcer leurs systèmes de santé, et bénéficier d'une protection supplémentaire limitant le recrutement international actif.

Il faut s'attendre à de nouvelles pénuries de personnels de santé en raison de leur vieillissement dans d'autres Régions de l'OMS et dans plusieurs pays du Pacifique occidental. Cela étant, les personnels de santé de la Région sont relativement jeunes. Cinquante et un pour cent des infirmiers (ères) ont moins de 35 ans dans le Pacifique occidental, contre 38 % à l'échelle mondiale. Afin de garantir une gestion efficace du marché du travail, il faut disposer de meilleures données, renforcer le suivi, améliorer les environnements de travail et planifier sur la base de données factuelles.

4.3 Les personnels de santé sont-ils répartis équitablement ?

La réponse est « non » – au regard d'une analyse des données disponibles. La répartition inéquitable des ressources humaines pour la santé fait partie des plus grands défis à relever dans la Région, tant entre les zones rurales et urbaines qu'entre les prestataires publics et privés ou entre les pays d'origine et les pays de destination.

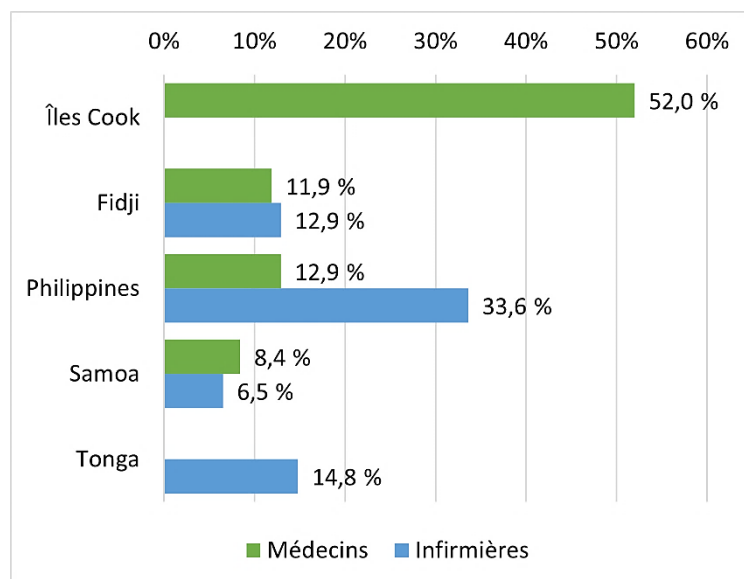
Les pénuries chroniques de personnels de santé sont plus prononcées dans les zones rurales et reculées, notamment dans les îles, en particulier dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (23, 28-39, 40-42). Cette mauvaise répartition est également responsable des pénuries observées dans les zones rurales et reculées, y compris dans des pays à revenu élevé où la disponibilité générale des personnels de santé semble suffisante (43, 44). De plus, la faible densité démographique et la multiplicité des îles, par exemple dans certains pays insulaires du Pacifique, compliquent l'accès aux services et impliquent des temps de déplacement plus longs. Pour que la couverture des services soit adéquate dans ces zones complexes, la densité des ressources humaines pour la santé doit y être plus forte que dans d'autres zones plus densément peuplées (23).

Dans la Région du Pacifique occidental, la migration des personnels de santé vers les pays à revenu élevé est préoccupante, en particulier celle des infirmiers (ères) (23, 45). Même si les agents de santé formés dans les pays insulaires du Pacifique forment une partie mineure de la totalité des agents de santé formés à l'étranger dans les pays à revenu élevé, leur perte est lourde pour leurs pays d'origine, car les populations y sont moins importantes et les capacités locales de formation y sont limitées. Dans ces contextes, la migration hors des frontières aggrave les pénuries de personnels de santé, avec de graves répercussions sur les services de santé.

L'annexe 2 et la figure 9 présentent le bassin de médecins et d'infirmiers (ères) formés à l'étranger dans cinq pays de destination à revenu élevé pour lesquels des données sont disponibles par pays d'origine. Pour certains pays, les infirmiers (ères) ayant émigré représentaient une part majeure du stock disponible dans leur pays d'origine : 13 % à Fidji, 34 % aux Philippines, 7 % à Samoa et 15 % aux Tonga. Les Fidji, les Îles Cook, les Philippines et Samoa ont également vu une part importante de leurs médecins migrer à l'étranger.

Annexe

Figure 9. Pourcentage d'agents de santé exerçant à l'étranger comparé au stock intérieur

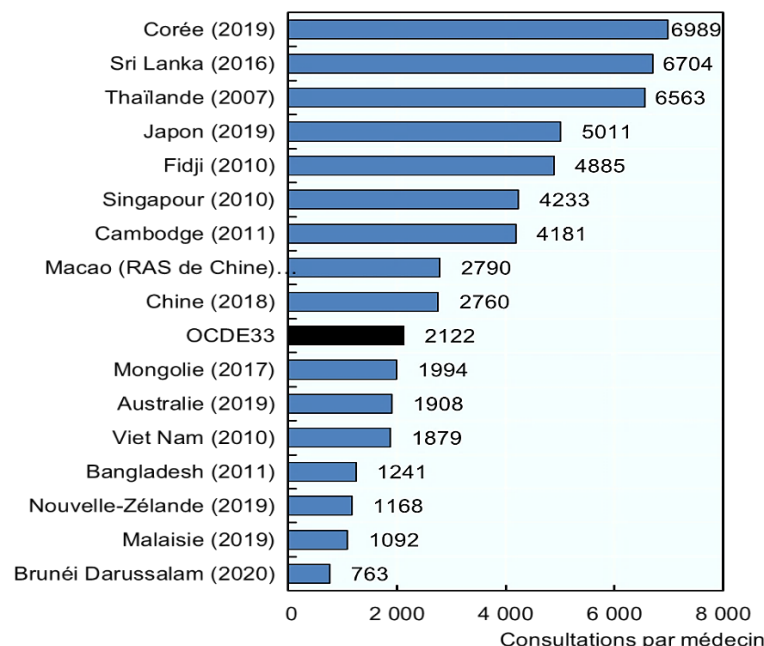


Source : OCDE, OECD.Stat (46) ; Portail OMS de données sur les comptes nationaux des personnels de santé (26)

4.4 Les personnels de santé sont-ils productifs et performants ?

La définition et la mesure de la productivité des personnels de santé varient sensiblement, rendant toute évaluation difficile. Des études menées en Chine et en Malaisie font état d'une productivité élevée des médecins dans certains contextes (47, 48). Dans le secteur public néanmoins, l'absentéisme des personnels de santé est un problème généralisé, à l'échelle mondiale comme dans la Région (49-54). Il doit être suivi et infléchi. Cela étant, une étude menée en République démocratique populaire lao relève un faible taux d'absentéisme (50).

Plusieurs contextes font état d'une faible production par agent de santé. Un nombre peu élevé de consultations par agent de santé peut refléter des problèmes d'inefficacités du système ou d'absentéisme du personnel, ou un manque de productivité. Comme indiqué dans la figure 10, le nombre de consultations annuelles par médecin varie fortement selon les pays. Il convient toutefois de noter que le nombre de consultations par médecin n'est pas toujours comparable entre les contextes, car les consultations peuvent varier en durée, en efficacité et selon l'organisation des équipes médicales, et parce que les médecins assument également d'autres rôles comme les soins aux patients, la recherche et l'administration.

Figure 10. Nombre estimatif de consultations par médecin, dernière année disponible

Source : OCDE/OMS (2022) (55)

Les compétences des personnels disponibles dans les établissements de santé peuvent être mal adaptées aux services qui doivent être fournis. Cette inadéquation peut nuire à la qualité ou à l'efficacité des soins. Les pénuries de personnels dans les établissements peuvent également contraindre des agents de santé à assumer des fonctions ne correspondant pas à leur description de poste et à leurs compétences (30).

4.5 Les personnels de santé sont-ils satisfaits et exercent-ils leur activité en toute sécurité ?

La réponse est « non ». Les agents de santé sont fréquemment confrontés à des risques, tant physiques que psychologiques, et certains changent de profession parce que leurs conditions de travail et leur sécurité les préoccupent. L'OMS estime qu'un millier d'agents de santé au moins ont perdu la vie dans la Région au début de la pandémie de COVID-19 (entre janvier 2020 et mai 2021) (56). En 2022, 1360 attaques à l'endroit d'agents de santé ont été signalées à l'OMS à l'échelle mondiale au moyen du système de surveillance des attaques visant les services de santé (57).

Selon une récente revue systématique, un professionnel de santé sur quatre a déclaré souffrir de dépression et d'anxiété pendant la pandémie, et un sur trois d'insomnies (58). Des cas de surcharge des personnels de santé générant des environnements de travail stressants et un épuisement professionnel ont été signalés (59). L'épuisement du personnel a nui à la productivité et à la qualité des services (60). La pandémie de COVID-19 a montré que les personnels de santé devenaient surchargés en situation d'urgence, ce qui peut compromettre la sécurité et la motivation, ainsi que la prestation des services de santé (61).

Les études montrent par ailleurs qu'une rémunération inadéquate est une source d'insatisfaction professionnelle, en particulier dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure de la Région (62). Même si la plupart des pays de la Région ne disposent pas de données systématiques sur la rémunération des différents professionnels de santé, de nombreuses études menées dans d'autres parties du monde indiquent que des professions comme les infirmiers (ères) sont souvent mal rémunérées comparativement aux médecins et aux intervenants dans d'autres secteurs. Une faible rémunération nuit également à la rétention et favorise la migration, en particulier chez les infirmiers (ères) (63-69).

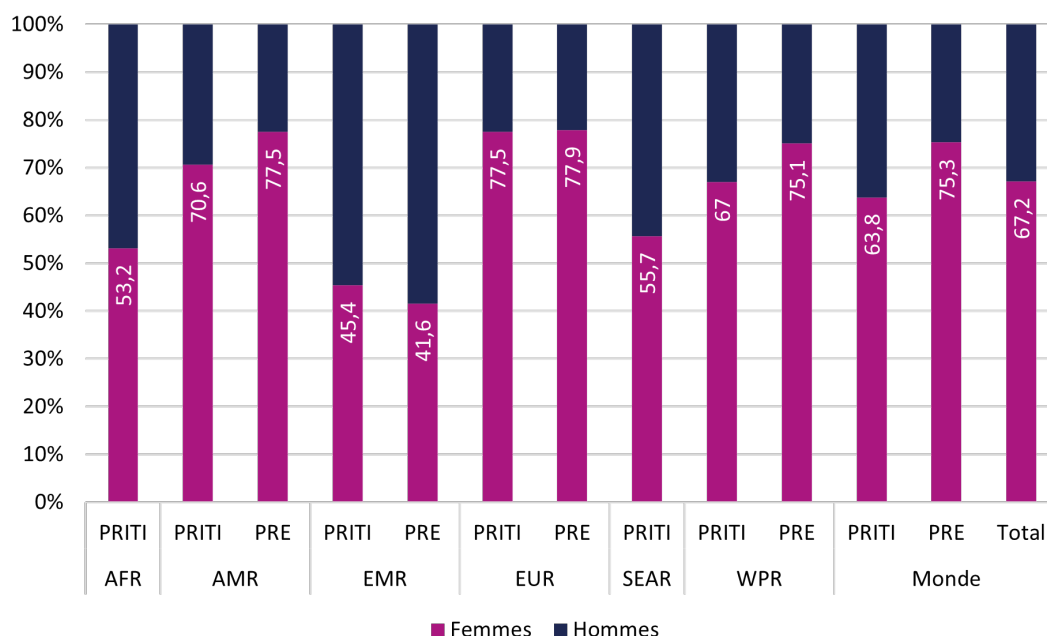
Annexe

4.6 Les personnels de santé sont-ils diversifiés et inclusifs ?

La situation s'améliore, mais des lacunes majeures persistent dans de nombreux domaines. Les personnels de santé doivent impérativement être diversifiés et inclusifs, afin de fournir à des populations hétérogènes des services de santé sensibles à la dimension culturelle. La composition de personnels de santé inclusifs reflète la diversité des sous-groupes de population qui bénéficient des services (par exemple en matière de genre, de géographie, d'appartenance ethnique et de handicap) (70-72).

La part des femmes au sein des personnels de santé est relativement élevée dans le Pacifique occidental comparé aux autres Régions de l'OMS, ce qui souligne la nécessité de garantir aux femmes des conditions de travail décentes et sûres (figure 11).

Figure 11. Part des femmes et des hommes dans l'ensemble des personnels du secteur de la santé et des services à la personne (2020)



Source : Organisation mondiale de la Santé (2022) (73).

Remarques : Estimations de l'OIT basées sur les données ILOSTAT (2020). Les estimations sont basées sur les données de 189 États et Territoires, et pondérées par le nombre total d'employés salariés dans chaque pays. AFR : Région africaine ; AMR : Région des Amériques ; EMR : Région de la Méditerranée orientale ; EUR : Région européenne ; SEAR : Région de l'Asie du Sud-est ; WPR : Région du Pacifique occidental.

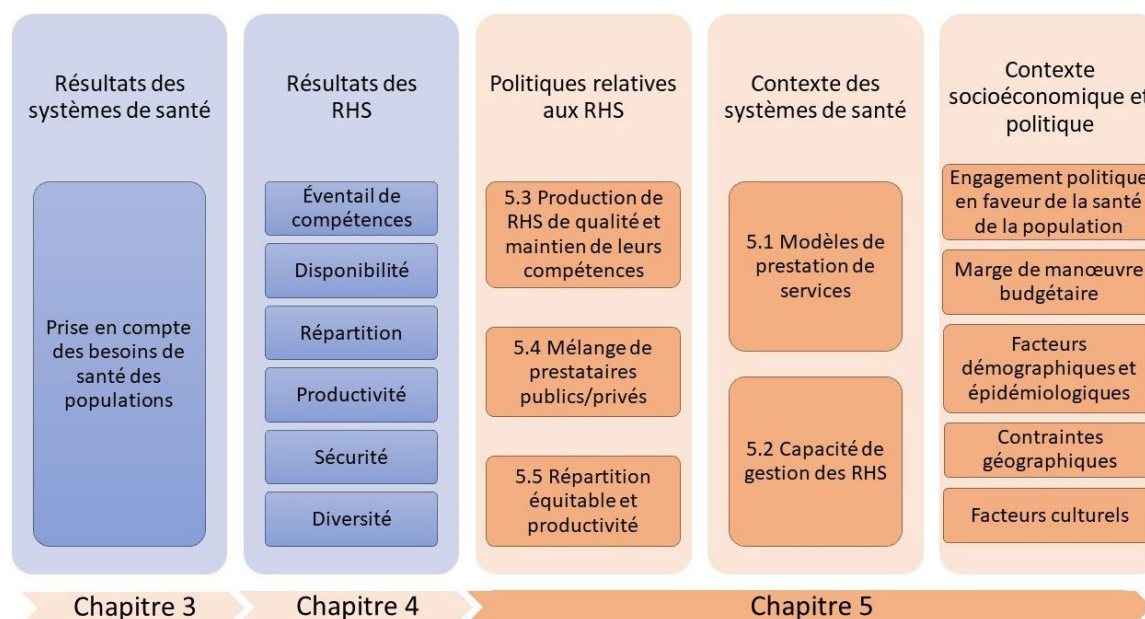
Une analyse de l'écart de rémunération entre hommes et femmes, qui visait notamment quatre pays de la Région, montre que cet écart est plus marqué dans le secteur de la santé que dans les autres secteurs (73). Dans de nombreux pays, les femmes ont tendance à être moins représentées dans les professions les mieux rémunérées ou aux postes de direction. Par exemple, même si les femmes constituent 75 % des personnels de santé au Japon, elles représentent 20 % seulement des médecins (38).

On observe un manque de personnels de santé issus des communautés locales rurales et reculées. Or, les données de la Région montrent qu'une représentation des populations mal desservies au sein des personnels de santé contribue à améliorer l'équité des services de santé à l'endroit des communautés vulnérables (74-78).

5. Quels sont les principaux goulets d'étranglement à l'origine des lacunes relatives aux personnels de santé dans la Région ?

Le chapitre 4 met en lumière les lacunes observées dans six domaines de résultats relatifs aux RHS : l'éventail de compétences, la disponibilité, la répartition, la productivité, la sécurité et la diversité. Certaines difficultés sont connues depuis longtemps, d'autres sont émergentes. Le présent chapitre passe en revue les goulets d'étranglement qui sous-tendent ces lacunes et donne des exemples de démarches ayant prouvé leur efficacité dans différents contextes (figure 12).

Figure 12. Politiques relatives aux RHS et contexte des systèmes de santé présentés au chapitre 5 (les chiffres renvoient aux sous-chapitres)



5.1 Modèles de soins de santé centrés sur l'hôpital ou sur les spécialistes

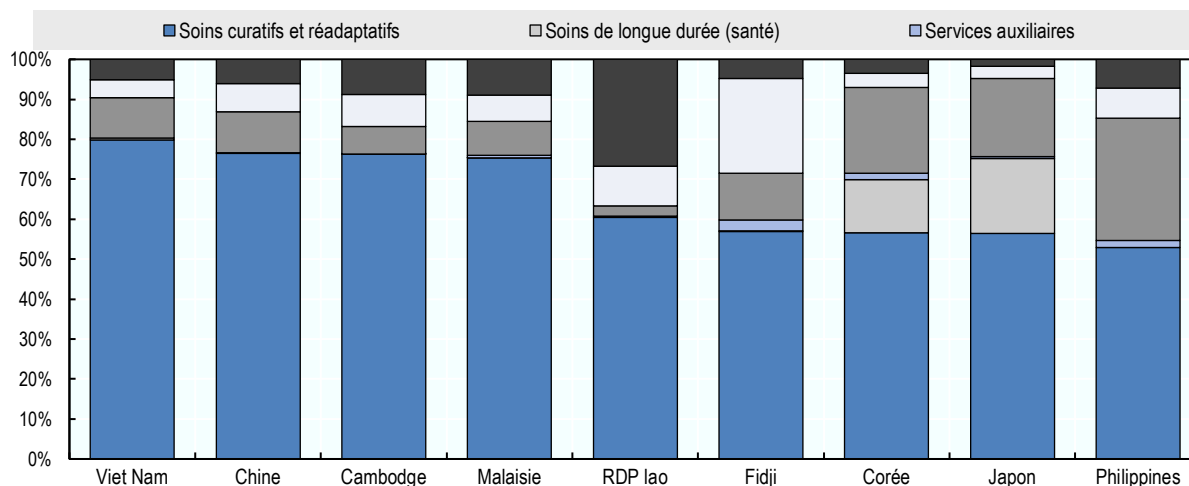
Les hôpitaux jouent un rôle déterminant dans les soins de santé, notamment dans les systèmes de santé axés sur les soins primaires. Les soins spécialisés de qualité et les parcours de soins établis, des établissements de soins primaires vers des établissements spécialisés, puis de nouveau vers les soins primaires et la communauté, ouvrent la voie à des services de santé efficaces et efficients. Cependant, de nombreux pays de la Région mettent très largement l'accent sur les services curatifs spécialisés, l'offre et la demande de services de santé étant exclusivement centrées sur les soins spécialisés. La figure 13 montre que les fonctions curatives absorbent une large part des dépenses de santé, tandis que les services de prévention restent relativement négligés. Cette approche entrave les progrès vers une prestation de services plus équitable et la promotion de la santé.

Alors qu'une majorité des besoins de santé des populations pourraient être pris en charge dans les structures de soins de santé primaires, les patients préfèrent souvent se tourner vers les hôpitaux, ce qui contribue à la saturation des services hospitaliers (15). Les forces du marché continuent de promouvoir une préférence toujours plus grande pour les soins spécialisés (79). Le renforcement des soins de santé primaires peut alléger la charge des hôpitaux, tout en garantissant des services de santé au plus près des communautés. La figure 14 montre l'exemple de la Chine, où le volume de consultations externes pour des soins de santé tertiaires (niveau III) a augmenté nettement plus rapidement (12 %) entre 2008

Annexe

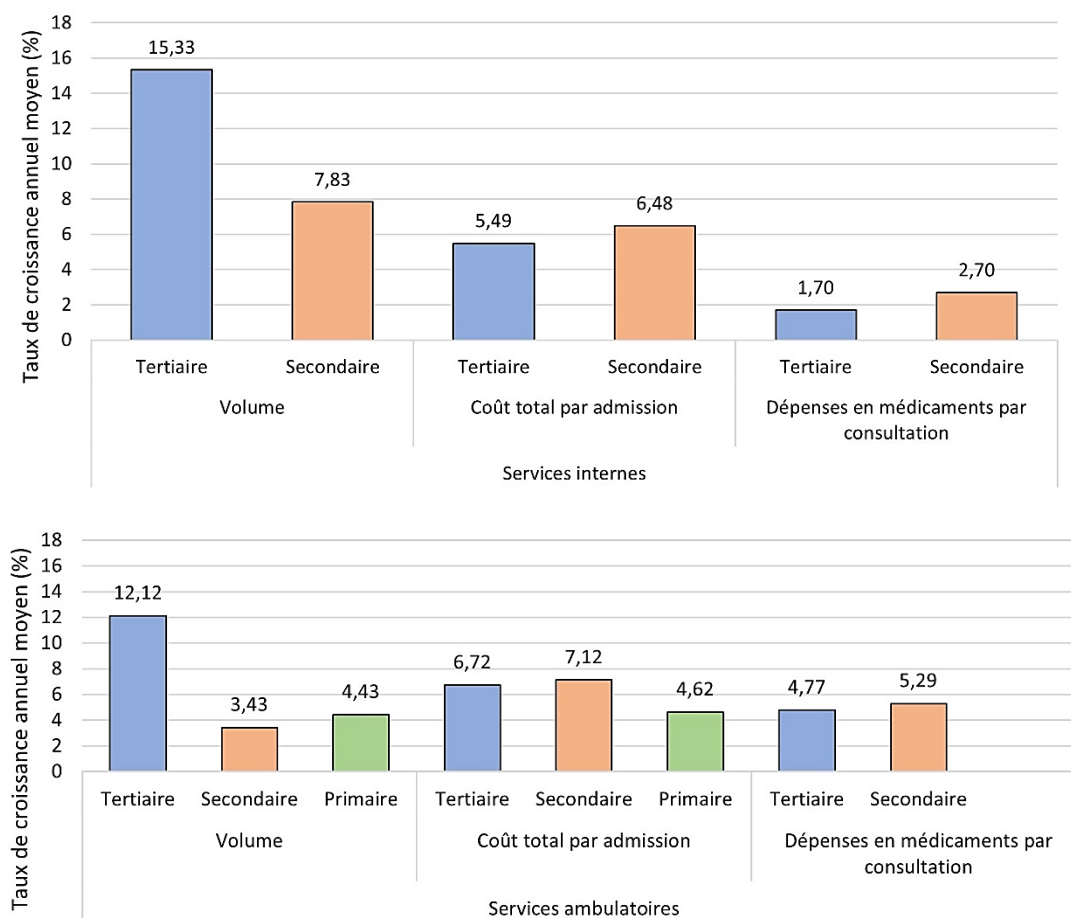
et 2017 que l'utilisation des centres de santé communautaires (en hausse de 4 %) qui représentent le niveau primaire des soins de santé.

Figure 13. Dépenses des administrations publiques nationales en santé, par type de service, 2019



Source : OCDE/OMS (2022) (55)

Figure 14. Taux de croissance des services aux différents niveaux des soins de santé en Chine, 2008-2017



Source : Yip et al (2019) (80)

Annexe

Les systèmes de santé axés sur les soins spécialisés ou hospitaliers ont tendance à fausser l'allocation de ressources limitées, tant humaines qu'infrastructurelles, ce qui entraîne des inégalités et un manque d'efficacité. Ces modèles de soins sont souvent centrés sur la production et le déploiement de professions adaptées aux soins spécialisés, au détriment des professions requises dans le cadre des soins de santé primaires.

Face à cette situation, les pays à revenu faible, intermédiaire et élevé ont créé de nouvelles professions ou étendu le champ d'activité et les rôles des professions existantes, afin d'améliorer l'accès des populations aux soins de santé primaires. Ces professions ont été déployées dans de nombreux pays du monde au sein d'équipes de services de soins primaires et communautaires, notamment en qualité de praticiens chargés de fournir des soins ambulatoires dans les zones rurales et reculées (81-86). Pendant des décennies, les praticiens paramédicaux ont représenté une part importante des personnels de santé exerçant en zone rurale dans des pays comme la Chine et le Viet Nam (28, 29).

L'introduction des agents de santé communautaires (ASC) constitue une autre innovation qui a trouvé d'importantes applications partout dans le monde, en particulier auprès des populations rurales et vulnérables (87, 88). Des ASC dûment soutenus s'avèrent efficaces, notamment au sein des équipes de soins de santé primaires. Cependant, l'appui apporté à ces personnels, ainsi que leur intégration dans les systèmes de santé et dans les structures communautaires existantes, restent inégaux dans les pays et entre les pays. Les exemples de personnels de santé innovants ne manquent pas dans la Région, comme en témoignent les assistants sanitaires de village en Papouasie-Nouvelle-Guinée, les médecins-administrateurs aux Tonga et les assistants médicaux à Vanuatu.

Un autre moyen d'améliorer l'accès aux soins de santé primaires consiste à étendre le champ d'activité des professions existantes et de faire évoluer leur mandat. Ainsi, la pratique infirmière spécialisée regroupe plusieurs rôles, le personnel infirmier praticien par exemple. Ces personnes possèdent les compétences cliniques requises pour évaluer, diagnostiquer et prendre en charge les patients en structures de soins primaires et les patients en soins aigus, et elles fournissent également des soins continus aux populations touchées par des maladies chroniques (81, 89). Dans certains pays, elles peuvent également délivrer des ordonnances. Dans plusieurs États et Territoires de la Région du Pacifique occidental, les infirmiers (ères) praticiens (nes) font partie des personnels de santé, notamment dans plusieurs pays insulaires du Pacifique comme les Fidji, les Îles Cook, le Samoa et les Tonga ; cette profession est également présente dans des pays à revenu élevé comme l'Australie, la Nouvelle-Zélande et Singapour.

Parallèlement aux infirmiers praticiens, plusieurs pays de la Région ont étendu les rôles des infirmiers (ères). Aux Îles Salomon, les infirmiers (ères) exercent en qualité d'agents de santé publique. La République de Corée a déployé des personnes infirmiers spécialisés chargés des soins à domicile (63). La Chine, les Philippines et Vanuatu ont également confié des rôles avancés de soins primaires aux personnels infirmiers. Certains infirmiers praticiens possèdent un master, d'autres un diplôme de haut niveau.

Les données montrent que lorsque les personnels infirmiers assument des rôles avancés, la qualité des soins n'en pâtit pas et la satisfaction des patients s'améliore (81). Dans le même temps, il importe de noter que les personnels infirmiers assumant des rôles avancés restent peu nombreux dans la Région et qu'il reste à les déployer à grande échelle. Dans la Région du Pacifique occidental, 52 % des États ont recours à la pratique infirmière avancée, mais les personnes concernées représentent une part très faible des personnels infirmiers (90).

Annexe

La principale difficulté est de trouver un consensus sur la portée de la pratique des personnels infirmiers à des rôles avancés. La rigidité des réglementations relatives à l'agrément des professions entrave les innovations visant à établir de nouveaux rôles, car elle dissuade le recours à une gamme complète de pratiques. L'hégémonie persistante de certaines professions dans les processus décisionnels des systèmes de santé limite la possibilité de concevoir ce type de solution et de promouvoir la prise d'initiatives pour certaines professions (91, 92).

5.2 Capacités inadaptées à la planification stratégique des besoins en ressources humaines pour la santé

Bon nombre de pays n'ont toujours pas déterminé à qui incombait la réflexion stratégique en matière de personnels et de systèmes de santé. Beaucoup ont établi des unités ou des équipes chargées des ressources humaines pour la santé, mais leurs fonctions varient. Souvent, l'entité chargée des personnels de santé au niveau provincial ou national voit son mandat limité à des tâches administratives de routine comme la gestion du recrutement, des affectations et des transferts, ou encore la réglementation en matière de congés.

Le manque de capacités requises pour collecter et analyser les données relatives aux personnels de santé ou pour planifier stratégiquement leur quantification aux niveaux national ou infranational continue d'entraver ces activités. Or, la recherche appliquée sur les personnels de santé, l'étude des meilleures pratiques à l'échelle mondiale, l'évaluation des politiques intérieures, l'analyse axée sur les systèmes de santé ou l'élaboration de solutions innovantes sont autant de domaines qui requièrent des capacités. Il existe par exemple des institutions fonctionnant comme des groupes de réflexion qui s'emploient à remplir ces fonctions. Ces institutions suppléent les capacités des ministères nationaux et des organes infranationaux en matière d'analyse et de planification des systèmes de santé (voir l'encadré 1).

Encadré 1. Établissement d'institutions fonctionnant comme des groupes de réflexion à l'appui de la recherche appliquée sur les personnels et les systèmes de santé

En Chine, le Centre de développement des ressources humaines pour la santé de la Commission nationale de santé joue un rôle déterminant en matière de collecte et d'analyse des données relatives aux personnels de santé et fournit un appui technique, ainsi que des recommandations de politiques publiques dans différents domaines du développement et de la gestion des ressources humaines pour la santé (93). Dans d'autres Régions de l'OMS, l'International Health Policy Program (IHPP), en Thaïlande et le Centre national de ressources des systèmes de santé, en Inde, en sont également de bons exemples. Ces entités sont étroitement associées aux ministères de leurs pays respectifs, tout en conservant une distance raisonnable (94, 95). Elles assurent des fonctions de gestion de la connaissance et couvrent de multiples aspects des systèmes de santé, notamment les ressources humaines. En plaçant sans relâche pour des approches et des politiques de santé axées sur les systèmes, ces entités peuvent apporter une valeur supplémentaire (95).

Par ailleurs, l'élaboration de politiques relatives aux personnels de santé selon une approche cloisonnée, plutôt qu'en considérant le système dans son ensemble, limite les possibilités de trouver des réformes appropriées.

De nombreux domaines de réforme dépassent le cadre de compétences des Ministères de la santé et relèvent également d'autres ministères, notamment les finances pour les questions liées au financement, l'éducation pour les politiques relatives à l'élaboration et à la réglementation des formations, et les administrations de la fonction publique ou le Ministère du travail pour les changements dans les règles de recrutement ou de rémunération des fonctionnaires. Dans certains pays, la fragmentation des gouvernements et le manque d'espaces d'échange avec les autres ministères ont limité l'efficacité des

réformes. Il peut être utile de dispenser des formations sur la capacité à diriger et sur la gestion aux responsables de l'élaboration des politiques et aux hauts dirigeants, afin d'améliorer leur capacité de gestion.

Il est avéré que l'engagement politique en faveur du renforcement des systèmes de santé contribue à renforcer les personnels de santé. Dans certains contextes néanmoins, les changements politiques fréquents perturbent les réformes et ne laissent pas suffisamment de temps pour que les stratégies visant à renforcer les personnels de santé dans la durée soient adoptées et mises en œuvre. Une dépendance à l'égard des donateurs peut entraver la pérennité des réformes, car ce financement peut être à court terme, étroitement ciblé ou incertain.

La participation des communautés à l'élaboration conjointe de solutions en matière de ressources humaines pour la santé peut aider les systèmes de santé à s'orienter vers des soins centrés sur la personne. De plus, une voix communautaire informée et engagée peut être un facteur de changement sur des questions complexes comme les modèles de soins axés sur l'hégémonie médicale et sur les soins spécialisés.

5.3 Politiques insuffisantes pour produire des personnels de santé de qualité et maintenir leurs compétences

Les politiques relatives à la production de professionnels de santé sont souvent centrées sur la quantité. Or, il est de plus en plus admis qu'une plus grande attention doit être accordée aux questions de qualité et de formation durable.

Capacité de production

Certains pays de la Région ne possèdent pas les capacités d'enseignement requises pour former seuls tous les types de professionnels de santé (62, 96). Pour les petits pays, en particulier dans le Pacifique, des collaborations avec d'autres pays peuvent constituer une solution pratique et efficace. Les Fidji, la Papouasie-Nouvelle-Guinée et le Samoa possèdent des écoles de médecine qui forment également des ressortissants d'autres pays insulaires du Pacifique. De plus, quelques pays insulaires du Pacifique forment des médecins dans des pays extérieurs à la Région, notamment à Cuba (23). Lorsque c'est le cas, il est possible que les professionnels formés à l'étranger suivent un programme qui n'est pas centré sur les besoins de santé des populations ou qui ne tient pas pleinement compte des cultures, des valeurs et des systèmes locaux, auquel cas ce risque doit être atténué.

Enseignement et formation de qualité

L'un des domaines clés qu'il convient d'examiner est la qualité des personnels de santé formés et produits. La pénurie d'infrastructures d'enseignement et de facultés qualifiées limite la production de personnels de santé de qualité dans plusieurs pays, en particulier dans de nombreux pays insulaires du Pacifique (23).

Certains pays de la Région sont confrontés à un autre problème, car si dans ces États, de nombreux agents de santé, en particulier des infirmiers (ères), sont produits chaque année, la réglementation de la qualité est défailante. Dans certains pays, les normes de formation ne répondent pas suffisamment aux besoins de santé des populations (97). Plusieurs pays ne possèdent pas les outils de base visant à garantir la qualité de la formation en soins infirmiers (96).

Annexe

Réglementation et agrément

Ces dernières années, ce domaine a enregistré de nettes améliorations dans la Région (98, 99). La plupart des pays à revenu élevé possèdent des réglementations efficaces en matière d'agrément. Aux Philippines, l'agrément des infirmiers (ères) est soumis à un examen national. Un nombre croissant de pays à revenu intermédiaire inférieur, dont le Cambodge, la République démocratique populaire lao et le Viet Nam, étendent l'agrément et l'enregistrement, et mettent en œuvre des examens nationaux préalables à l'agrément (98-100). La réglementation doit couvrir de nombreux professionnels paramédicaux, ainsi que les nouvelles professions. Afin de renforcer la réglementation, une collaboration peut être établie entre les organismes qui en ont la charge, les ministères de la Santé et les professionnels.

Le réseau régional des organismes de réglementation du personnel de santé du Pacifique, soutenu par l'OMS et l'Agence australienne de réglementation des praticiens de la santé, continue de fournir un cadre efficace pour partager les enseignements sur la réglementation des personnels de santé nationaux dans plus de vingt pays de la Région.

Enseignement interprofessionnel

Le *Cadre d'action 2010 de l'OMS sur l'enseignement interprofessionnel et la pratique collaborative* met l'accent sur l'enseignement interprofessionnel, qui permet une pratique collaborative efficace et en retour, optimise les services de santé, les renforce et améliore les résultats en matière de santé (101). Les formations au travail d'équipe, les formations en équipe et les programmes d'enseignement interprofessionnel se sont avérés très utiles pour renforcer la capacité des équipes de soins de santé primaires à mieux répondre aux besoins des patients (102-106). Cependant, la mise en œuvre de l'enseignement interprofessionnel doit passer par une « gestion du changement » radicale, comme l'a montré un programme de formation sur le travail d'équipe, la relation médecin-patient et d'autres compétences non techniques au Viet Nam (107). Il apparaît que le cloisonnement entre les professions et l'hégémonie des professions médicales représentent le principal obstacle à l'enseignement interprofessionnel et à la pratique collaborative (108). Pour que la mise en œuvre de la pratique collaborative soit réussie, l'enseignement interprofessionnel doit être inclus dans les critères d'accréditation et d'enregistrement (101).

Perfectionnement professionnel continu

Il est impératif de maintenir la qualité tout au long du parcours professionnel des agents de santé à travers la formation continue et le perfectionnement professionnel continu. C'est particulièrement le cas dans les situations où les besoins de santé évoluent fortement et où la connaissance et les technologies évoluent rapidement. Le perfectionnement professionnel continu est fondé sur un mélange d'apprentissages reçus à la demande du praticien. Il dépasse le cadre des compétences cliniques et couvre d'autres domaines, l'objectif étant d'améliorer l'aptitude globale du professionnel de santé à fournir des services (109).

Même si l'utilité du perfectionnement professionnel continu n'est plus à démontrer, il importe également d'évaluer avec quelle efficacité ces activités ont été mises en œuvre dans les pays de la Région. Dans plusieurs pays dont la Malaisie et les Philippines, il est désormais obligatoire de suivre un programme de perfectionnement professionnel continu pour obtenir le renouvellement de son agrément. Aux Philippines néanmoins, de nombreux cours de perfectionnement professionnel continu ont été reportés, faute d'une réglementation suffisante (110).

Il est possible que les pays à revenu intermédiaire inférieur et les pays insulaires du Pacifique n'aient pas de capacités de formation suffisantes pour dispenser des cours de perfectionnement professionnel continu à tous les personnels de santé. De plus, celles et ceux qui exercent dans des lieux reculés n'ont

pas facilement accès à ces formations. La formation des agents de santé en équipe s'avère utile, mais il reste encore à attirer une attention suffisante sur la création de possibilités d'apprentissage à l'adresse des équipes de soins de santé primaires (102). La multiplication des formations et des ressources d'apprentissage en ligne a permis d'éliminer une partie de ces contraintes.

5.4 Absence de réglementation du secteur privé

Le secteur privé joue un rôle important, à la fois pour la production d'agents de santé et pour la fourniture des services de santé dans la Région. Pourtant, la plupart des systèmes de santé n'ont toujours pas défini quel rôle le secteur privé devait tenir. Tant que les pays n'auront pas décidé dans quelle direction le secteur privé doit être orienté, il leur sera difficile de formuler les politiques nécessaires. Les politiques, les systèmes et les capacités requis pour réglementer ou pour gérer le secteur privé font largement défaut dans les pays à revenu intermédiaire inférieur (111). Les organismes de réglementation sont généralement sous-financés ou en sous-effectifs (112).

Le secteur privé dans l'enseignement

Aux Philippines, les établissements d'enseignement privé dispensent plus des deux tiers des formations médicales et des formations aux soins infirmiers. Deux tiers environ de la production de médecins en Malaisie (36), la moitié au Cambodge (34) et un tiers environ au Japon (38) sont assurés par le secteur privé. Par contraste, les établissements du secteur privé interviennent peu dans la production de personnels de santé en Mongolie (39), en Papouasie-Nouvelle-Guinée (30), en République démocratique populaire lao (35), au Viet Nam (28) et dans les pays insulaires du Pacifique (31-33).

Dans le domaine de l'enseignement des personnels de santé, la croissance non réglementée du secteur privé, ajoutée à la mise en œuvre défaillante de l'accréditation, a entraîné une surproduction de certaines professions et une qualité inadéquate de l'enseignement (23, 62, 113). Un problème similaire a été signalé quand le secteur privé est le principal fournisseur de cours de perfectionnement professionnel continu (110).

Le secteur privé dans la fourniture de services

Le secteur public reste le principal employeur des personnels de santé dans de nombreux pays comme la République démocratique populaire lao, la Mongolie, le Viet Nam et les pays insulaires du Pacifique, même si la part du secteur privé à but lucratif a récemment augmenté dans la plupart des pays (29, 35, 39). Aux Philippines, la part du secteur privé a augmenté ces 20 dernières années. Il y emploie actuellement 56 % des médecins et 55 % des infirmiers (ères) (37, 73).

Les prestataires à but lucratif ont tendance à être concentrés là où les ménages sont en mesure de payer, c'est-à-dire dans les zones urbaines (114). Or, pour répondre aux besoins des populations les plus pauvres et vivant dans les endroits reculés, il est essentiel de créer des services adéquats dans le secteur public. Quand le secteur privé à but lucratif assume la plus grande part de la prestation de services, la dépendance envers les paiements directs et les prix non réglementés, ajoutés à la demande induite par les fournisseurs, entraîne des risques financiers pour les patients et les ménages (115). Au Japon et en République de Corée, le secteur à but lucratif n'est pas autorisé à exercer, mais la plupart des établissements sont des structures privées à but non lucratif (38, 116, 117). Au Japon, 80 % environ des médecins sont employés par le secteur privé, mais le pays a mis en place des réglementations strictes, comme indiqué dans l'encadré 2 (38).

Annexe

Encadré 2. Réglementation efficace du secteur privé au Japon

Le Japon est parvenu à instaurer la CSU en 1961 (38). Les prix et les normes de qualité des services sont définis au niveau national et sont identiques pour l'ensemble des prestataires de santé des secteurs public et privé (38).

L'implantation d'hôpitaux appartenant à des investisseurs est interdite et les bénéfices ne peuvent pas être distribués sous forme de dividendes. Les propriétaires sont autorisés à réinvestir les bénéfices dans l'établissement sous forme de capital (117).

Les gouvernements locaux et les fondations à but non lucratif jouent un rôle actif dans le recrutement et dans l'affectation des professionnels de santé dans les hôpitaux publics et dans les régions manquant de personnels (38).

La Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030 encourage les pays à établir des mécanismes de réglementation, afin de promouvoir la sécurité des patients et un suivi adéquat du secteur privé (8). Pour de nombreux pays à revenu élevé, il est compliqué d'imposer une réglementation stricte en raison des lacunes en matière de gouvernance. Dans ces contextes, il peut être nécessaire de renforcer le secteur public afin de réduire la dépendance à l'endroit des prestataires de services privés à but lucratif pour, en définitive, améliorer l'efficacité des mesures réglementaires. De plus, un secteur public solide est en mesure de définir la qualité des services attendue, contraignant ainsi le secteur privé à lui emboîter le pas.

Cela implique que le secteur public ne continue pas de manquer cruellement de ressources et d'être mal équipé, et que le secteur privé n'assume pas une part largement dominante de la prestation de services. Une augmentation des services fournis par le secteur public peut chasser les prestataires offrant une piètre qualité (118). Le Sri Lanka et la Thaïlande ont montré qu'il était possible de réglementer les services de soins de santé primaires par la concurrence (118). La Chine a également su réglementer le secteur privé, qui assume environ 20 % de la prestation de services (119, 120). De nombreux pays du monde ont tenté de réglementer les prestataires privés en faisant appel à eux par l'entremise d'agences gouvernementales (121). Cependant, l'expérience n'est pas suffisamment concluante pour que ce modèle soit répliqué dans la Région du Pacifique occidental.

Double pratique non contrôlée

La double pratique non réglementée est problématique dans certains pays, où les agents de santé employés par le secteur public consacrent une part considérable de leur temps à leur activité en qualité de prestataires privés (34, 54, 122, 123). Même si la double pratique a pu contribuer à fidéliser des personnels de santé hautement qualifiés dans certains contextes, la pratique non réglementée dans les établissements publics a augmenté les dépenses de santé directes, sapé la confiance dans les établissements publics et renforcé la préférence des personnels de santé hautement qualifiés pour le travail en zones urbaines (34, 54, 122-124).

Encadré 3. Pourquoi la double pratique est-elle excessive et néfaste dans certains contextes ? (122, 123)

- La double pratique est plus courante là où la demande est avérée.
- La préférence pour les modèles centrés sur les soins spécialisés encourage la double pratique.
- Dans les établissements publics, l'inadéquation des ressources et des environnements de travail entame la motivation des personnels de santé.
- Le secteur public paie mal ou moins que la rémunération attendue des personnels de santé ou que celle qui est proposée par le secteur privé, incitant de ce fait ses effectifs à travailler ailleurs.
- Les cadres réglementaires et les capacités des gouvernements à faire appliquer les règles présentent des lacunes, en particulier pour les professions les plus puissantes.
- Les mesures autorisant les communautés et la société civile à assurer un suivi stratégique des prestataires de santé et à exercer une pression sur eux sont lacunaires.

La double pratique est complexe à réglementer. Pour autant, son interdiction pure et dure pourrait être un choix politique inefficace (122, 123). Des combinaisons de stratégies propres à chaque contexte se sont avérées utiles pour maintenir la double pratique à des niveaux tolérables. La Turquie offre un exemple de bonne gestion émanant du Ministère de la santé, qui a interdit la double pratique, garanti un niveau minimum de services incombant au secteur public et trouvé des solutions pour braver l'opposition de l'Association médicale turque (125).

5.5 Politiques insuffisantes relatives à la répartition équitable et à la productivité dans le secteur public

La répartition inéquitable entre les zones rurales et urbaines, entre les secteurs public et privé ou encore entre les pays d'origine et les pays de destination, exacerbe la pénurie absolue d'agents de santé dans les États Membres.

Certains pays et gouvernements locaux, comme la République démocratique populaire lao, les Philippines et une partie des pays insulaires du Pacifique, n'approuvent pas suffisamment de postes dans le secteur public en raison de contraintes budgétaires (62, 126, 127). Dans le même temps, plusieurs pays peinent à pourvoir les postes qui sont pourtant approuvés. Les lacunes en matière de gouvernance, notamment la complexité des règles et des procédures relatives au recrutement, ralentissent l'absorption des ressources humaines pour la santé. Selon une récente analyse du marché du travail dans le secteur de la santé, la Papouasie-Nouvelle-Guinée cumule plus de 14 000 postes approuvés non pourvus, essentiellement pour cette raison, et s'emploie actuellement à réformer et à accélérer son processus de recrutement. De plus, de nombreux postes approuvés restent vacants si leur approbation ne s'accompagne pas d'un appui budgétaire adéquat.

Rétention des personnels en milieu rural

De nombreux pays, dont l'Australie, le Cambodge, la Chine, le Japon, les Philippines et le Viet Nam, ont adopté des politiques visant à attirer et conserver les personnels de santé dans les zones rurales (40, 43, 128). Les Philippines ont montré comment des changements judicieux de l'enseignement médical pouvaient contribuer à former des médecins compétents disposés à exercer en milieu rural (128). Même si à l'échelle internationale, les données relatives à l'efficacité des cautions allouées aux postes en milieu rural sont mitigées, l'introduction de ce dispositif en Chine s'est avérée utile pour attirer des médecins s'il s'accompagnait de mesures d'incitation financière et de la promesse d'une carrière et de logements décentes en zones rurales. Le Cambodge a mis en place un enseignement gratuit en soins infirmiers et obstétricaux. Une autre stratégie utilisée pour conserver les personnels en milieu rural consistait à élargir le champ d'activité des professions existantes, en particulier dans les zones rurales (40, 84, 85). Dans les

Annexe

zones rurales et reculées, la souplesse est de mise pour renforcer les personnels de santé, afin d'une part, d'accroître les chances de les conserver en poste et d'autre part, de faire en sorte que leurs fonctions correspondent à la prestation des services requis localement. Par exemple, la formation des ASC en Papouasie-Nouvelle-Guinée s'est enrichie, afin de garantir que leur rôle puisse être étendu pour fournir des services complets, la majorité étant employée durablement dans des zones rurales, reculées et mal desservies.

Encadré 4. Quelles raisons peuvent expliquer la répartition inéquitable des personnels de santé ? (3, 40)

- établissements de santé mal équipés dans les zones rurales et reculées ;
- affectations en zones rurales perçues comme un frein au développement professionnel et au développement de carrière, voire comme une perte de compétences ;
- manque de soutien professionnel aux personnels exerçant en zones rurales ;
- manque de reconnaissance professionnelle des personnels exerçant en zones rurales ;
- manque d'opportunités de gagner plus à travers la double pratique ;
- mauvaises conditions de vie dans les zones rurales et reculées pour les personnels de santé et leurs familles ;
- mauvaise répartition des établissements de formation ;
- manque de priorité accordée aux candidats des zones rurales et reculées pour l'admission aux formations ;
- manque de politiques de déploiement visant à recruter en priorité dans les zones rurales et reculées.

Des pays comme la Chine, les Philippines et le Viet Nam ont adopté à titre d'essai des politiques de parcours rural, offrant des bourses aux étudiants en médecine issus de zones rurales (40, 126). Le manque de priorité accordée à l'admission des femmes et des étudiants issus de groupes vulnérables a contribué à la diversification insuffisante des ressources humaines pour la santé (74). Il est impératif de déterminer si les pays ont dûment mis en œuvre l'ensemble d'interventions recommandées dans les lignes directrices et les recommandations de l'OMS récemment mises à jour en matière d'éducation, de réglementation, de mesures d'incitation et de soutien personnel et professionnel (3).

L'attribution de mesures d'incitation financières aux agents de santé s'avère utile dans le cadre des politiques visant à améliorer l'attraction et la rétention des personnels de santé dans les zones rurales, mais de nombreux pays n'ont pas mis en œuvre de telles politiques, notamment en raison de contraintes budgétaires et des incertitudes entourant la durabilité des interventions (3).

Les forces du marché créent la dynamique qui pousse les personnels de santé et les écoles de formation à préférer les zones urbaines, souvent synonymes de meilleures rémunérations et de meilleures infrastructures. Si les gouvernements n'interviennent pas, par exemple en proposant des mesures d'incitation et de meilleures infrastructures de vie et de travail dans les zones rurales et reculées, cette mauvaise répartition des personnels de santé perdurera. Parallèlement à la migration interne des agents de santé des zones rurales vers les zones urbaines, ceux qui changent de profession contribuent également à la pénurie de personnels. Les rémunérations injustes et les conditions de travail difficiles en sont les principaux facteurs de décision. Bon nombre d'infirmiers (ères) ont démissionné pour des raisons d'insécurité au travail et d'épuisement professionnel (67, 129, 130).

La santé numérique offre la possibilité de restructurer fondamentalement la façon dont les services de santé sont fournis et de redéfinir les rôles des agents de santé. Cela permettrait d'atténuer l'impact de la mauvaise répartition et d'améliorer la rétention des personnels en milieu rural. La Région fournit des exemples prometteurs de soins de santé primaires délivrés dans le cadre de services de télésanté (131). À l'avenir, il est probable que ces services soient de plus en plus étendus aux populations rurales et reculées.

Migration vers les pays étrangers

La migration des personnels de santé s'explique à la fois par des facteurs incitatifs et par des facteurs dissuasifs. Les différences de rémunération entre les pays sont citées comme un facteur de motivation clé (132-135). On constate également une vague inquiétante de démissions des personnels de santé au niveau mondial, due aux mauvaises conditions de travail et au manque de sécurité. Ajoutée aux répercussions de la pandémie de COVID-19 et à l'insuffisance des mesures de rétention, cette pénurie pousse de nombreux pays à revenu élevé à recruter des agents de santé formés à l'étranger, en particulier des infirmiers (ères), pour compléter leurs effectifs, ce qui présente des risques majeurs pour les systèmes de santé dans les pays sources (129, 134). Par exemple la migration d'agents de santé des pays insulaires du Pacifique, dont la capacité de production locale est limitée, semble contribuer aux pénuries locales (25, 45 ; voir également l'appendice 2).

Il est impératif que les pays suivent étroitement la situation actuelle de la mobilité des agents de santé, afin d'apporter l'éclairage nécessaire à la prise de décision et aux négociations politiques. Le *Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé* fournit un outil structuré (136). Dans le cadre de sa quatrième série de rapports en 2021, douze États Membres de la Région, l'Australie, Brunéi Darussalam, la Chine, les Îles Cook, le Japon, la Malaisie, la Nouvelle-Zélande, les Philippines, la République démocratique populaire lao, le Samoa, Singapour et les Tonga, ont analysé la situation et communiqué leurs résultats (137). Même si l'amélioration de la communication de l'information illustre le bien-fondé de la procédure, les données opportunes et exactes relatives aux flux des agents de santé restent limitées. Il faut également évaluer les mesures prises en matière de migration éthique recommandées dans le Code de pratique.

Le Code de pratique établit également des principes visant à prévenir et à atténuer les effets néfastes de la migration, et à garantir des avantages mutuels pour les pays d'origine et pour les pays de destination, au moyen de cadres bilatéraux et de procédures de recrutement justes et éthiques. Une partie de la littérature internationale voit dans la migration des agents de santé vers les économies riches une fuite des cerveaux. Pour autant, toutes les formes de migration ne sont pas considérées comme étant néfastes et les agents de santé ayant migré peuvent rapporter des connaissances dans leur pays d'origine après avoir exercé dans des pays à revenu élevé (25, 45, 132, 138-140). Le droit des travailleurs à la mobilité internationale doit également être mis en balance avec les ressources humaines pour la santé qui sont requises dans les pays d'origine. Cependant, les mesures énoncées ci-avant font cruellement défaut dans la Région. D'un côté, les pays qui perdent des agents de santé ne sont pas toujours en mesure d'offrir de meilleures rémunérations et de meilleures conditions de vie pour les conserver. De l'autre côté, les pays de destination n'ont pas, à titre compensatoire, adopté de mesures complètes afin d'appliquer des procédures de recrutement éthiques et afin d'investir plus lourdement pour renforcer les personnels et les systèmes de santé dans les pays d'origine.

Productivité des personnels de santé dans le secteur public

Compte tenu des ressources limitées et des besoins de santé croissants, la productivité des personnels des systèmes de santé doit être examinée et améliorée en permanence. Par exemple, même si l'utilisation de normes régissant la dotation en personnels est une approche pratique en ce qui concerne la planification et la gestion des ressources humaines pour la santé d'une part, et la disponibilité équitable de personnels essentiels a minima dans les zones reculées d'autre part, cela peut aboutir à un sureffectif dans certains endroits au regard de la charge de travail réelle.

Annexe

Encadré 5. Quels facteurs nuisent gravement à la productivité des personnels de santé ? (8, 141-143)

- compétences insuffisantes ou inadaptées à la fonction ;
- pénurie d'intrants d'appui comme les produits médicaux et les infrastructures ;
- manque de soutien professionnel, de reconnaissance par les pairs ou de reconnaissance sociale ;
- débouchés professionnels inadéquats ;
- conditions de travail et de vie difficiles, faible rémunération ;
- faiblesse des systèmes de supervision de soutien et de gestion organisationnelle ;
- dispositifs de responsabilisation et engagement communautaire insuffisants ;
- manque de contrôle de l'absentéisme.

À l'échelle individuelle, une rémunération inadéquate entame la motivation et la performance (62, 144). Cependant, l'augmentation des salaires des agents de santé du secteur public est souvent contrainte par les réglementations de la fonction publique, définies en dehors du secteur de la santé. Dans de nombreux pays, les agents de santé n'ont pas reçu de rétribution pour le travail supplémentaire réalisé pendant la pandémie de COVID-19 (61). D'aucuns s'inquiètent des implications du nombre croissant d'agents de santé employés en contrat temporaire ou comme contractuels (35, 62). Ces problèmes sont en partie dus aux contraintes budgétaires des pays et aux politiques des bailleurs de fonds qui financent des programmes verticaux.

L'épuisement professionnel, les abus et les conditions de travail et de vie dangereuses sapent la motivation et entraînent une diminution de la performance.

6. Nouveau cadre régional pour les personnels de santé

6.1 Les personnels de santé de demain et leurs attributs

Une multitude de facteurs façonneront les attributs des personnels de santé de demain. Les besoins de santé, ainsi que les modèles de prestation de services, évoluent rapidement. Les paysages épidémiologique et démographique évoluent, notamment dans le contexte du vieillissement et des mouvements de populations. On a davantage conscience de l'importance de la résilience et de l'état de préparation des systèmes de santé pour affronter les défis sanitaires en situation d'urgence, notamment quand elles sont dues à des catastrophes naturelles ou aux changements climatiques. Les valeurs sociales évoluent et portent une attention accrue à l'équité, à l'inclusivité et à la diversité culturelle. Ces besoins impliqueront également que les systèmes de santé soient davantage axés sur les soins de santé primaires.

Les patients ayant un meilleur accès aux sources d'information sur la santé en ligne attendront une prestation de services différente. Les avancées technologiques telles que la santé numérique changeront la façon dont les services sont fournis. L'utilisation accrue de l'intelligence artificielle modifiera également la demande des usagers, les modes de diagnostic et les modèles de prestation de services. Même si les opportunités et les défis pour les systèmes de santé liés à la santé numérique, notamment l'intelligence artificielle générative, ne sont pas encore totalement connus, il est clair que les personnels de santé devront être mieux préparés à l'avenir.

Les changements énoncés ci-avant nécessiteront une transformation continue des personnels de santé. Le changement de paradigme affectera le centrage de la prestation de services, ainsi que l'enseignement et le champ des compétences des personnels de santé, du traitement d'une maladie ou d'un trouble à la prise en charge et aux soins des personnes vivant avec une maladie chronique.

Afin de relever les défis qui attendent la Région du Pacifique occidental, on anticipe que les personnels de santé de demain devront posséder les attributs ci-après :

- centrés sur la personne, coordonnés, capables d'établir des relations de confiance avec les communautés, inclusifs et sensibles à la dimension culturelle ;
- adaptatifs et prêts à satisfaire les besoins évolutifs des populations, résilients et préparés aux défis liés aux changements climatiques et aux urgences, compétents pour assurer les fonctions essentielles de santé publique ;
- rompus à l'utilisation des outils de santé numérique ;
- habitués au travail et à l'apprentissage en équipe ; et
- motivés et performants, satisfaits et protégés des dangers, désireux de se perfectionner professionnellement.

6.2 Actions stratégiques pour constituer les personnels de santé de demain

Le renforcement des personnels de santé peut présenter des avantages sanitaires, sociaux, économiques et sécuritaires de grande portée pour les pays. Un investissement en faveur des personnels de santé génère des emplois, améliore l'égalité de genre, réduit la pauvreté, fournit un travail décent, protège la population et accélère la croissance économique, contribuant ainsi directement au développement des États Membres dans la durée (6).

Annexe

En vue de supprimer les cinq goulets d'étranglement détaillés au chapitre 5, le présent Cadre régional propose les cinq domaines d'action stratégiques clés ci-après (figure 15) :

1. Alignement des politiques de RHS sur des systèmes de santé axés sur les soins primaires
2. Renforcement de la gestion des RHS dans les systèmes de santé
3. Production de RHS de qualité et maintien de leurs compétences
4. Orientation du secteur privé en faveur du bien public
5. Gestion de la répartition et de la productivité des RHS dans le secteur public

Figure 15. Cinq mesures stratégiques pour constituer les personnels de santé de demain



Comme illustré dans la figure 15, le présent Cadre régional a vocation à constituer des ressources humaines pour la santé répondant aux besoins de santé des populations. Parmi les mesures recommandées pour y parvenir, le Cadre régional accorde une importance primordiale au centrage des systèmes de santé sur les soins primaires et à l'adoption de politiques appropriées en matière de ressources humaines pour la santé. De cette priorité absolue se dégage le deuxième domaine stratégique, à savoir une bonne gestion efficace. La transformation des ressources humaines pour la santé nécessitera des politiques appropriées, qui ne pourront pas voir le jour sans engagement politique.

Au-delà de ces deux fondamentaux, le Cadre régional définit trois domaines d'action principaux à l'adresse des responsables de l'élaboration des politiques et des dirigeants. Le troisième domaine stratégique consiste à élaborer des politiques afin de produire des personnels de santé de qualité et d'aider les agents à maintenir leur niveau de compétences tout au long de leur carrière. Le quatrième domaine stratégique est centré sur le secteur privé, qui joue un rôle majeur dans la production d'agents de santé et dans la prestation de services. Des politiques et des mesures réglementaires doivent être mises en place afin d'orienter ce secteur pour le bien public et la protection financière. Le cinquième domaine d'action stratégique vise à donner les moyens au secteur public de relever deux défis principaux liés aux personnels de santé : la répartition équitable des personnels et l'assurance d'une utilisation efficace.

6.2.1 Alignement des politiques de RHS sur des systèmes de santé axés sur les soins primaires

L'évolution des besoins de santé des populations appelle une plus grande continuité des soins, ainsi qu'un lien étroit et continu entre les agents de santé, les patients, les familles et les communautés. Les mesures ci-après aideront les États Membres à réajuster leur vision des systèmes et des personnels de santé de demain.

- **Clarifier les objectifs relatifs aux systèmes de santé avant de déterminer comment les ressources humaines pour la santé doivent être réformées.** Les exigences en matière de ressources humaines pour la santé sont déterminées par la conception des systèmes de santé et par le modèle de prestation de services qui est adopté.
- **Créer un modèle approprié de prestation de services.** Dans le cas d'une approche fondée sur les soins de santé primaires, cela passe par un réseau d'équipes de soins de santé primaires multidisciplinaires offrant obligatoirement des orientations vers d'autres services.
- **Envisager l'éventail de compétences, le transfert des tâches et le partage en équipe.** Le travail d'équipe est un élément indispensable des soins de santé primaires pour que la prestation de services intégrés soit en adéquation avec les besoins de la population. La fragmentation en programmes verticaux doit être évitée. En parallèle des fonctions cliniques, les équipes doivent posséder des compétences en santé publique, en gestion et en fonctions d'appui.
- **Optimiser le champ d'activité des personnels de santé existants.** Chaque profession des personnels de soins de santé primaires utilise l'intégralité de son champ d'activité. Il pourra être nécessaire d'étendre le champ d'activité de certaines professions et d'en créer de nouvelles, notamment des ASC et des infirmiers praticiens, afin d'améliorer l'accès aux soins de santé primaires. L'enseignement et la réglementation doivent servir de facteurs favorisant l'innovation au sein des personnels de santé.
- **Utiliser la santé numérique pour atténuer les pénuries de personnel dans les zones rurales et reculées.** Des solutions de santé numérique doivent être mises en place afin d'accroître la disponibilité des compétences essentielles dans les zones reculées au moyen d'outils virtuels.
- **Appliquer massivement les mesures adoptées afin de remédier aux inégalités de genre.** La création de conditions de travail propices à la participation des femmes et la garantie d'une représentation paritaire des femmes aux postes de direction peuvent avoir de profondes répercussions sur les sociétés.
- **Investir en faveur des personnels de soins de santé primaires,** notamment des infirmiers (ères), des sages-femmes, des ASC, des professions paramédicales, des nutritionnistes et des travailleurs sociaux. La solidité des personnels de soins de santé primaires requiert une diversité de professions et chacune doit être renforcée. L'encadré ci-après prend l'exemple des infirmiers (ères) pour montrer comment les personnels de soins de santé primaires peuvent être renforcés.

Encadré 6. Les personnels infirmiers, un élément clé de l'instauration de la CSU

Les infirmiers (ères) représentent 68 % des cinq professions de santé les plus répandues (dentistes, médecins, sages-femmes, infirmiers (ères) et pharmaciens) dans la Région du Pacifique occidental, et leur rôle est décisif dans l'ensemble des contextes de soins, en particulier pour les soins de santé primaires (90).

Approuvées par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2021, les *orientations stratégiques mondiales pour les soins infirmiers et obstétricaux 2021-2025* formulent une série de priorités politiques fondées sur une multitude de données et d'éléments factuels pouvant aider les pays à s'assurer que les sages-femmes et les infirmiers (ères) contribuent de manière optimale à l'instauration de la CSU et à la réalisation d'autres objectifs relatifs à la santé de la population (145).

Annexe

De plus, en raison des importantes difficultés survenues pendant la pandémie de COVID-19 et qui ont ensuite perduré, la rétention, la mobilité et la migration des infirmiers (ères), ainsi que l'attractivité de la profession, suscitent de vives inquiétudes, tant à l'échelle mondiale que dans la Région (129, 130).

Afin de promouvoir et d'encourager au mieux les contributions des infirmiers (ères) à l'instauration de la CSU, et afin de renforcer et de conserver les viviers d'infirmiers (ères), il est impératif de déployer des actions stratégiques prioritaires alignées sur le présent Cadre régional, en particulier pour les soins infirmiers. Ces actions prioritaires sont présentées ci-après :

- **Élaborer des stratégies nationales en matière de soins infirmiers, consacrer des investissements aux infirmiers (ères) et les impliquer dans les prises de décisions relatives aux politiques liées à la santé et aux soins infirmiers** afin de garantir une contribution optimale des infirmiers (ères) à l'instauration de la CSU (domaines d'action stratégiques 1 et 2).
- **Étendre le champ d'activité des personnels infirmiers**, notamment par l'introduction d'infirmiers praticiens, afin d'améliorer l'accès de la population aux soins de santé primaires (domaine d'action stratégique 1).
- **Actualiser et enrichir le programme d'enseignement** des infirmiers (ères) afin de répondre aux besoins de santé des populations (domaine d'action stratégique 3).
- **Renforcer les dispositifs d'assurance qualité dans l'enseignement**, notamment par l'instauration d'un système d'agrément et de renouvellement soumis au perfectionnement professionnel continu, des outils d'accréditation, et des normes applicables aux établissements d'enseignement et de formation afin de protéger le public (domaine d'action stratégique 3).
- **Fournir un environnement de travail décent et une rémunération juste**, afin d'attirer et de conserver les infirmiers (ères) dans le pays, en particulier dans le secteur public (domaines d'action stratégiques 2 et 5).

Afin d'aider les États Membres à renforcer les personnels de santé, l'OMS a inclus dans ses mesures prioritaires un appui direct et des activités régionales, par exemple la **création d'un espace de partage de données d'expérience et de discussions sur les politiques en matière de soins infirmiers** dans la Région.

6.2.2 Renforcement de la bonne gestion des personnels de santé dans les systèmes de santé

La transformation des personnels de santé doit s'accompagner de politiques appropriées et d'une volonté politique forte. En adoptant les mesures énoncées ci-après, les ministères de la Santé pourront diriger et orienter le programme relatif à la santé au sein des autres ministères, et négocier de manière stratégique avec les nombreuses parties prenantes dont les intérêts sont antagoniques.

- **Promouvoir la compréhension des systèmes de santé.** La direction de la santé doit être orientée de façon à considérer la situation sous l'angle des systèmes de santé, tout en examinant et en traitant les questions relatives aux personnels de santé.
- **Améliorer les dispositions institutionnelles relatives à la bonne gestion des personnels de santé.** Les responsabilités doivent être clairement définies, et les compétences et les capacités doivent être accrues à des fins de bonne gestion des personnels de santé et de planification nationale et infranationale. Des espaces de dialogue intersectoriel régulier et d'engagement des communautés doivent être mis en place, afin de trouver des solutions centrées sur la personne en matière de ressources humaines pour la santé.
- **Remettre en question l'hégémonie professionnelle.** La reconnaissance du rôle déterminant des infirmiers (ères), des sages-femmes, des professionnels paramédicaux et d'autres professions faisant partie des équipes de soins intégrés doit être mise en avant dans les systèmes de santé.
- **Accroître le financement public des systèmes de santé afin de soutenir les domaines stratégiques relatifs aux ressources humaines pour la santé.** Les investissements pourraient notamment être alloués en priorité aux personnels fournissant des soins de santé primaires, aux stratégies de rétention des personnels en zones rurales, ainsi qu'à la formation et au

perfectionnement professionnel continu relatifs à l'élargissement du mandat des personnels et au travail d'équipe.

- **Protéger et soutenir les personnels de santé.** Les agents de santé doivent être protégés contre les abus, les violences, la discrimination, le harcèlement sexuel et l'épuisement professionnel. L'amélioration des conditions de vie et de travail, de même qu'une rémunération juste, devraient constituer une priorité. Les parcours de carrière et la progression professionnelle doivent être garantis pour toutes les professions de santé, afin de maintenir la motivation au travail et l'envie d'apprendre.
- **Améliorer les données relatives aux personnels de santé afin d'éclairer l'élaboration des politiques.** En plus des données numériques, les aspects qualitatifs des politiques relatives aux personnels de santé et à leur mise en œuvre doivent être notés. La logique du marché du travail dans le secteur de la santé doit être appliquée à la planification des ressources humaines pour la santé.
- **Traiter collectivement la question de la migration des personnels de santé.** Il faut de toute urgence améliorer le suivi et l'analyse des dynamiques de la mobilité des personnels de santé et de leurs répercussions sur les systèmes de santé. Le *Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé* encourage une migration éthique dans le cadre d'accords bilatéraux et multilatéraux pour le bénéfice mutuel des pays d'origine et des pays de destination. Les pays d'origine et les pays de destination doivent mettre en œuvre des politiques complètes afin d'attirer, de développer et de conserver des personnels de santé qualifiés qui fourniront des services de santé équitables à travers la Région.

6.2.3 Production de RHS de qualité et maintien de leurs compétences

La disponibilité de personnels de santé de qualité est un prérequis essentiel à l'instauration de la CSU, comme à l'accès équitable et accessible financièrement à des services de santé de qualité. Les actions ci-après fourniront aux États Membres les moyens d'améliorer la qualité des personnels de santé actuels et futurs, et de garantir leur adéquation avec les besoins de la population.

- **Aligner la production et la formation continue des personnels de santé sur les besoins de systèmes de santé axés sur les soins primaires.** Les programmes de formation doivent être refondus de manière à fonder l'enseignement sur les compétences dans un cadre interprofessionnel. Il faut améliorer la production et le déploiement au regard des besoins de santé, créer de nouvelles professions le cas échéant et surtout, renforcer les compétences des personnels existants.
- **Renforcer les compétences pour répondre aux besoins futurs.** Les personnels de santé existants devront en permanence renforcer leurs compétences afin de rester en phase avec l'évolution des besoins de santé des populations, notamment due aux changements climatiques et aux urgences sanitaires, et afin d'adopter de nouvelles technologies comme l'intelligence artificielle et la télémédecine.
- **Mettre en balance les aspects quantitatifs et qualitatifs des objectifs de production de personnels de santé.** L'agrément, l'enregistrement et les examens nationaux sont indispensables pour garantir la qualité des agents de santé. L'accréditation des établissements d'enseignement en santé doit être mise en avant en raison de sa complémentarité et de sa synergie qui contribuent fortement à améliorer la qualité de l'enseignement.
- **Institutionnaliser l'apprentissage tout au long de la vie.** Le perfectionnement professionnel continu doit être institutionnalisé au moyen de leviers appropriés tels que le renouvellement périodique de l'agrément. Les programmes de perfectionnement professionnel continu doivent être conçus pour répondre aux besoins d'apprentissage et leurs critères doivent être réglementés. En parallèle de la formation individuelle, le perfectionnement professionnel continu doit également privilégier l'apprentissage en équipe.
- **Renforcer les collaborations internationales en matière d'enseignement.** Les collaborations doivent être encouragées, afin d'améliorer la disponibilité des personnels de santé dans les pays n'ayant pas les capacités de former des personnels de santé localement.

Annexe

6.2.4 Orientation du secteur privé pour le bien public

Une partie importante de la production des agents et des services de santé est réalisée dans le secteur privé. Les actions ci-après aideront les États Membres à réglementer, engager et orienter efficacement le secteur privé pour le bien public.

- **Clarifier le rôle du secteur privé.** Il faut reconnaître l'hétérogénéité du secteur privé et clarifier les rôles que celui-ci peut assumer pour apporter une contribution bénéfique aux systèmes de santé.
- **Réglementer l'enseignement dans le secteur privé.** Il faudra réglementer l'enseignement dans le secteur privé quand sa profusion nuit à la qualité et entraîne une production excessive de certaines professions.
- **Renforcer le secteur public afin de pouvoir mieux réglementer le secteur privé.** Les mesures de réglementation seront plus efficaces si les pays parviennent à renforcer suffisamment le secteur public pour réduire leur dépendance envers les prestataires privés à but lucratif. Les services de soins de santé primaires devront être fournis par un système fonctionnel, emmené par le secteur public, afin de réduire la part des prestataires non qualifiés qui y contribuent.
- **Envisager d'acheter des formations pour les personnels de santé.** Lorsque la capacité des pouvoirs publics en matière de formation des personnels de santé fait cruellement défaut et que les chances de l'améliorer sont faibles, l'achat de formations au secteur privé peut être une solution. Ces achats peuvent également servir de levier pour inciter les instituts d'enseignement privé à produire des personnels de santé adaptés aux systèmes de santé axés sur les soins primaires.
- **Gérer la double pratique.** Un ensemble de stratégies propres au contexte devra être élaboré afin de contrôler la double pratique, c'est-à-dire le fait pour les agents de santé d'exercer simultanément dans les secteurs public et privé, dans les pays où elle présente des risques majeurs pour les soins de santé primaires.

6.2.5 Gestion de la répartition et de la productivité dans le secteur public

Il est impératif d'optimiser l'utilisation des ressources limitées dans un contexte de contraintes budgétaires et d'augmentation des besoins en services de santé. Les actions ci-après amélioreront l'efficacité des personnels de santé dans le secteur public :

- **Suivre la répartition infranationale des personnels de santé et déployer des stratégies complètes afin de garantir une répartition équitable, ainsi que la rétention des personnels en milieu rural.** Les nouvelles orientations de l'OMS recommandent l'adoption de stratégies groupées couvrant l'enseignement, la réglementation, les mesures d'incitation et le soutien personnel et professionnel.
- **Planter en priorité les écoles de formation dans des zones rurales et encourager les politiques privilégiant l'admission des candidats issus de milieux ruraux.** Il faut établir des pratiques de recrutement interdisant la discrimination, notamment proposer des conseils d'orientation professionnelle et des programmes de placement aux populations sous-représentées.
- **Renforcer la capacité du secteur public à faire aboutir les procédures de recrutement.** La répartition des postes actuellement vacants doit être examinée, afin de pourvoir en priorité les postes attendus de toute urgence. À ces fins, les capacités du secteur public en matière de recrutement doivent être renforcées et les règles de la fonction publique doivent être modifiées selon que de besoin, de façon à lever les éventuels obstacles.
- **Fournir un environnement favorisant un travail de qualité des personnels de santé.** Les personnels de santé peuvent fournir de bons résultats s'ils disposent des produits et des infrastructures essentiels, et si la direction des établissements de santé et des systèmes de santé des districts est améliorée.

7. Progresser vers un bassin plus solide de ressources humaines pour la santé dans la Région

7.1 Éléments relatifs aux systèmes de santé à prendre en compte par les États Membres

Les réformes relatives aux personnels de santé doivent couvrir les systèmes de santé ainsi que des domaines extérieurs à la santé. Cela implique un dialogue intersectoriel, des prises de décisions collégiales et un suivi stratégique n'incombant pas uniquement au ministère de la Santé, mais également à d'autres pouvoirs publics comme l'Éducation, les Finances, le Travail et les administrations de la fonction publique.

Une approche cloisonnée des ressources humaines pour la santé, qui isole la problématique liée à ce domaine des autres aspects des systèmes de santé et de la gouvernance plus largement, est la cause de nombreux goulets d'étranglement persistants. Par exemple, la pénurie apparente d'agents de santé et le taux très élevé de postes vacants en Papouasie-Nouvelle-Guinée sont essentiellement dus à la complexité des procédures de recrutement, qui ne relèvent pas directement des autorités sanitaires. Une augmentation du nombre de postes ne remédiera pas à elle seule à ce type d'approche ; le seul moyen d'y parvenir est d'ouvrir des négociations franches entre les autorités sanitaires et d'autres entités, afin d'optimiser dans l'ensemble du système de santé la répartition et la composition des postes et du budget, ainsi que les procédures de recrutement.

Les États Membres doivent envisager de renforcer les modalités institutionnelles de conception et de mise en œuvre des stratégies nationales relatives aux réformes des systèmes et des personnels de santé. L'ensemble des parties prenantes doit être sollicité, notamment les agents de santé, les établissements d'enseignement, les prestataires, les communautés et les spécialistes des systèmes de santé.

Le financement représente un autre élément transversal déterminant pour améliorer la solidité du vivier de ressources humaines pour la santé. À l'échelle mondiale, la moitié environ des dépenses de santé sont consacrées aux personnels de santé (146). C'est un indicateur du rôle central des personnels de santé dans l'élaboration des politiques relatives aux systèmes de santé. Il est essentiel d'accroître les dépenses publiques allouées aux systèmes de santé axés sur les soins primaires et aux personnels de santé. Cette mesure aidera à créer des opportunités d'emploi réparties judicieusement entre les géographies et les populations.

Un système de santé régi par un marché libre aboutirait probablement à un système centré sur l'hôpital et extrêmement inégalitaire, dans lequel des professionnels de santé de plus en plus spécialisés et toujours mieux rémunérés seront inaccessibles pour la plupart des usagers, financièrement autant que géographiquement. A contrario, un système de santé mû par l'intérêt du public façonnera un système axé sur les soins de santé primaires, organisé autour du principe de centrage sur la personne, respectant la prise en considération de l'individu, de son état de santé dans sa globalité, de son profil de risque et de ses préférences, et garantissant un accès équitable assorti d'une protection financière.

Il est essentiel de consacrer des investissements stratégiques aux personnels et aux systèmes de santé pour dessiner le profil qui les caractériseront demain. Ces investissements sont un levier pour améliorer la santé des populations et les économies, accélérer les progrès sociaux, et contribuer à l'égalité de genre et aux droits humains.

Annexe

7.2 Les rôles de l'OMS auprès des États Membres

L'OMS est déterminée à soutenir les États Membres dans leurs efforts visant à renforcer et à transformer les personnels de santé pour les préparer aux futurs besoins de santé de la Région. Les personnels de santé représentent un élément central des systèmes et des services de santé dans le contexte de l'ambition commune d'une collaboration entre l'OMS, les États Membres et les partenaires de la Région du Pacifique occidental.

Les mesures prioritaires de l'OMS dans le cadre de sa collaboration avec les États Membres sont les suivantes :

1. générer une base de données factuelles solide, en collaboration avec des universitaires et d'autres partenaires, afin d'éclairer l'élaboration des politiques relatives aux personnels de santé et d'obtenir un impact ;
2. mettre en place des espaces régionaux d'apprentissage afin d'accélérer l'échange d'information et d'enseignements, ainsi que la collaboration entre les régions, notamment en matière de réglementation, de développement, de bonne gestion et de gouvernance des ressources humaines pour la santé ;
3. accroître la capacité de l'OMS à apporter un appui technique aux États Membres en matière de ressources humaines pour la santé, en particulier dans le contexte des soins de santé primaires ;
4. assurer aux États Membres un appui technique sur mesure afin de donner suite aux cinq domaines stratégiques du Cadre régional ;
5. œuvrer aux trois niveaux de l'Organisation dans un souci de cohérence afin de fournir un appui technique harmonisé, opportun et réaliste aux États Membres ;
6. renforcer l'aptitude des pays à diriger les personnels de santé, selon que de besoin, au travers d'opportunités de formation efficaces ;
7. dialoguer avec les partenaires et établir des alliances afin de renforcer le soutien apporté aux États Membres ;
8. constituer une réserve d'appui technique au moyen de réseaux de spécialistes, de partenaires techniques et de centres collaborateurs ; et
9. faciliter une action de sensibilisation politique de haut niveau afin de maintenir et d'intensifier les investissements consacrés au développement des ressources humaines pour la santé avec le concours d'acteurs extérieurs à la santé.

7.3. Amélioration de la disponibilité des données, y compris dans le secteur privé

Les pays doivent disposer de données récentes relatives aux personnels de santé, y compris dans le secteur privé, afin de déterminer les lacunes, de les évaluer selon une approche systémique et d'éclairer les décisions politiques. Les comptes nationaux des personnels de santé (CNPS) fournissent aux États Membres un outil pour mesurer, suivre et communiquer les indicateurs relatifs aux personnels de santé présentant un intérêt pour l'élaboration des politiques, selon une méthode normalisée et comparable.

En 2023, 21 pays de la Région avaient déjà désigné des référents CNPS, même si la mise en œuvre progresse à des rythmes variables et omet souvent de couvrir le secteur privé. Cette situation entrave la validité et l'efficacité des politiques actuelles en matière de ressources humaines pour la santé. Pour obtenir une vue d'ensemble plus complète des systèmes de dotation en personnels, il est indispensable d'améliorer la couverture des données du secteur privé, par exemple en instaurant des mécanismes d'enregistrement et de réglementation professionnels. La rémunération et la capacité de production représentent d'autres domaines stratégiques pour lesquels le manque de disponibilité des données fait obstacle à la formulation et à la mise en œuvre de politiques judicieuses.

L'OMS continue d'actualiser les indicateurs des CNPS ainsi que la plateforme y afférente, afin d'améliorer leur pertinence et leur utilité pour les États Membres. L'Organisation continue également d'aider les États Membres à mener des analyses détaillées des dynamiques relatives aux personnels de santé selon des méthodes scientifiques telles que l'indicateur de la charge de travail pour l'évaluation des besoins de personnels et l'analyse du marché du travail dans le secteur de la santé.

7.4. Suivi et évaluation des progrès

Le suivi des progrès de manière à pouvoir en rendre compte est un élément clé de l'accélération des efforts concertés de l'OMS et des États Membres. Ceux-ci sont invités à continuer de mesurer, de suivre et de communiquer les progrès réalisés.

Dans ce contexte, l'adoption d'une approche progressive centrée sur les indicateurs clés les plus réalistes et les plus pertinents pour la prise de décision politique s'est avérée efficace selon les expériences dans d'autres Régions de l'OMS (147). Pour les cinq domaines stratégiques, les États Membres peuvent envisager de donner la priorité aux indicateurs ci-après afin de suivre les progrès liés aux actions proposées dans le présent Cadre régional (tableau 1).

Tableau 1. Indicateurs prioritaires des CNPS proposés pour le suivi des progrès

Domaines stratégiques	Modules et indicateurs des CNPS
1. SSP	1. Stock et flux 1-01 Densité des agents de santé
2. Bonne gestion	4. Conditions de travail, gouvernance et capacité à diriger 4-01 Réglementation du travail et politiques relatives aux personnels de santé 4-02 Capacité de gouvernance des personnels de santé et capacité à les diriger 4-03 Capacité nationale à suivre les indicateurs clés relatifs à la planification des personnels de santé et aux cadres mondiaux de suivi 3. Finance et dépenses 3-01 Dépenses relatives à l'indemnisation des personnels de santé
3. Production et qualité	2. Formation 2-01 Capacité d'enseignement et de formation pour les personnels de santé 2-04 Taux de diplômés dans le stock 2-05 Durée de l'enseignement et de la formation 2-06 Dispositifs d'accréditation des établissements d'enseignement et de formation et des programmes y afférents 2-07 Alignement des programmes nationaux d'enseignement sur les besoins de santé des populations
4. Secteur privé	1. Stock et flux 1-05 Densité de personnels de santé par propriétaire d'établissement 2. Formation 2-04 Taux de diplômés dans le stock
5. Répartition et productivité	1. Stock et flux 1-02 Densité de personnels de santé au niveau infranational 1-03 Répartition des personnels de santé par tranche d'âge 1-04 Répartition des personnels de santé par genre 1-07 Répartition des personnels de santé par lieu de naissance 1-08 Répartition des personnels de santé par lieu de formation

Annexe

De plus, la communication périodique sur l'application du *Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé* au moyen de l'instrument national de notification reste un moyen stratégique de suivre le flux international des professionnels de santé et de maintenir la transparence nécessaire à une migration éthique et mutuellement bénéfique.

L'OMS appuiera les États Membres pour mesurer, suivre et communiquer les progrès au moyen d'outils normalisés et approuvés, qu'elle continuera d'améliorer dans le cadre de sa collaboration avec les États Membres.

Appendice 1. Évolution de la densité de médecins et de personnels infirmiers et obstétricaux pour 10 000 habitants

Pays	Médecins				Personnels infirmiers et obstétricaux			
	2000 ou année la plus proche	Densité	2020 ou dernière année disp.	Densité	2000 ou année la plus proche	Densité	2020 ou dernière année disp.	Densité
Australie	2000	24,91	2020	41,02	2000	100,70	2021	148,20
Brunéi Darussalam	2000	10,06	2021	19,13	2000	38,81	2021	67,11
Cambodge	2000	1,69	2019	2,14	2000	9,18	2019	10,25
Chine	2000	12,68	2020	23,87	2000	10,02	2020	33,05
Îles Cook	2001	9,15	2019	13,45	2001	33,99	2019	81,87
Fidji	1999	3,29	2015	8,14	1999	19,14	2019	38,37
Japon	2000	19,35	2020	26,14	2002	86,12	2020	124,50
Kiribati	2008	2,40	2013	1,94	1998	22,26	2018	36,22
République démocratique populaire lao	2000	2,79	2021	3,27	2000	10,04	2020	11,83
Malaisie	2000	6,81	2020	22,28	2000	16,93	2019	33,94
Îles Marshall	2007	5,74	2012	4,60	2007	34,82	2018	42,39
Micronésie (États fédérés de)	2000	5,73	2020	9,63	2018	20,74	2019	21,99
Mongolie	2002	26,99	2018	38,59	2002	35,38	2018	42,22
Nauru	2004	9,71	2015	12,50	2004	61,17	2018	70,59
Nouvelle-Zélande	2000	22,35	2021	35,16	1999	95,92	2021	114,30
Nioué	2003	21,05	2008	16,67	2003	89,47	2018	105,30
Palaos	1998	13,76	2020	17,78	1998	59,79	2020	65,00
Papouasie-Nouvelle- Guinée	2000	0,50	2021	0,63	2000	5,16	2021	5,11
Philippines	2000	12,19	2021	7,86	2000	43,18	2021	47,55
République de Corée	2000	13,02	2020	25,08	2000	29,98	2020	85,30
Samoa	1999	6,59	2020	5,54	1999	19,16	2020	30,15
Singapour	2000	13,76	2019	24,34	1999	40,20	2017	61,82
Îles Salomon	1999	1,29	2016	1,91	1999	8,61	2018	21,44
Tonga	2001	3,39	2021	10,09	2001	33,04	2021	41,79
Tuvalu	2002	6,25	2020	12,61	2002	40,63	2020	36,94
Vanuatu	2004	1,41	2019	1,58	2004	16,95	2019	14,00
Viet Nam	2001	5,30	2016	8,33	2001	7,42	2016	14,54

Source : Portail OMS de données sur les comptes nationaux des personnels de santé (26)

Annexe

Appendice 2. Stock de médecins et d'infirmiers (ères) formés à l'étranger (dernière année disponible)

Pays d'origine de la Région du Pacifique occidental	Stock de médecins formés à l'étranger en Australie, au Canada, aux États-Unis d'Amérique, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni	Stock existant de médecins dans le pays d'origine	Pourcentage du stock existant dans le pays d'origine qui a été formé à l'étranger (médecins)	Stock d'infirmiers (ères) formés(es) à l'étranger en Australie, au Canada, aux États-Unis d'Amérique, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni	Stock existant d'infirmiers (ères) dans le pays d'origine	Pourcentage du stock existant dans le pays d'origine qui a été formé à l'étranger (personnel infirmier)
Cambodge	5	2 944	0,2 %			
Chine	7 396	3 210 515	0,2 %	2 884	4 445 047	0,1 %
Îles Cook	13	25	52,0 %			
Fidji	92	747	12,3 %	428	3256	13,1 %
Kiribati	0	22	0,0 %	1	443	0,2 %
Malaisie	888	73 973	1,2 %	354	111 324	0,3 %
Mongolie	23	12 211	0,2 %			
Palaos	0	32	0,0 %	1	115	0,9 %
Philippines	11 146	84 678	13,2 %	172 516	512 719	33,6 %
Papouasie-Nouvelle-Guinée	11	580	1,9 %	4	3975	0,1 %
Samoa	11	119	9,2 %	37	570	6,5 %
Tonga	0	100	0,0 %	68	461	14,8 %
Vanuatu	0	46	0,0 %	2	353	0,6 %

Source : OECD.Stat (46) ; Portail de données sur les comptes nationaux des personnels de santé (26)

Bibliographie

1. Sanyal BC, Martin M. Quality assurance and the role of accreditation: an overview [rapport]. Higher Education in the World 2007: Accreditation for quality assurance: what is at Stake?; 2007 (<https://upcommons.upc.edu/handle/2099/8095>, consulté le 7 juillet 2023).
2. Cadre opérationnel pour les soins de santé primaires : de l'ambition à l'action. Genève, Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) ; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/351687>, consulté le 9 juillet 2023).
3. Lignes directrices de l'OMS pour la production, l'attraction, le recrutement et la fidélisation des agents de santé dans les zones rurales et reculées. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/343011>, consulté le 7 juillet 2023).
4. WHO health systems strengthening glossary. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; (<https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/health-systems-strengthening-glossary.pdf>, consulté le 7 juillet 2023).
5. Rapport sur la santé dans le monde 2006. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2006 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43433>, consulté le 7 juillet 2023).
6. Organisation internationale du travail, Organisation de coopération et de développement économiques et Organisation mondiale de la Santé. Promouvoir la santé et la croissance : investir dans le personnel de santé. Rapport de la Commission de haut niveau sur l'Emploi en Santé et la Croissance économique. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250100>, consulté le 7 juillet 2023).
7. Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250368>, consulté le 7 juillet 2023).
8. Strategy on human resources for health 2006-2015. Manille : Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental ; 2006 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/205851>, consulté le 7 juillet 2023).
9. Western Pacific regional action agenda on regulatory strengthening, convergence and cooperation for medicines and the health workforce. Manille : Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental ; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331945>, consulté le 7 juillet 2023).
10. Regional action framework for noncommunicable disease prevention and control in the Western Pacific. Manille : Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental ; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/369695>, consulté le 7 juillet 2023).
11. Plan d'action régional pour le vieillissement en bonne santé dans le Pacifique occidental. Manille : Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental ; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/343124>, consulté le 7 juillet 2023).
12. Regional framework for reaching the unreached in the Western Pacific (2022–2030). In: Seventy-third Meeting of the Regional Committee. Agenda item 14. Manille : Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental ; 2022 (<https://www.who.int/docs/default-source/wpro---documents/regional-committee/session-73/wpr-rc73-agenda-14-annex-reaching-the-unreached.pdf>, consulté le 7 juillet 2023).
13. Cadre stratégique pour la prévention et la maîtrise complètes du cancer du col de l'utérus dans la Région du Pacifique occidental 2023-2030. Dans : Soixante-treizième session du Comité régional. Point 10 de l'ordre du jour. Manille : Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental ; 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/370272>, consulté le 7 juillet 2023).
14. Regional framework for the future of mental health in the Western Pacific 2023–2030. Manille : Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental ; 2023 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789290620075>, consulté le 7 juillet 2023).
15. Regional framework for the future of primary health care in the Western Pacific. Manille : Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental ; 2023 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789290620129>, consulté le 7 juillet 2023).

Annexe

16. Sonderegger S, Bennett S, Sriram V, Ummekulsoom L, Hariyani S, Robertson T. Visualizing the drivers of an effective health workforce: a detailed, interactive logic model. *Hum Resour Health*. 2021;19(1):32. doi:10.1186/s12960-021-00570-7.
17. World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2023 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240074323>, consulté le 9 juillet 2023).
18. Base de données sur la couverture des services de l'Observatoire mondial de la santé [en ligne]. Organisation mondiale de la Santé ; n.d. (<https://apps.who.int/gho/data/view.main.INDEXOFESSENTIALSERVICECOVERAGEv>, consulté le 9 juillet 2023).
19. Base de données sur la protection financière de l'Observatoire mondial de la santé [en ligne]. Organisation mondiale de la Santé ; n.d. (<https://apps.who.int/gho/data/node.main.UHCFINANCIALPROTECTION01?lang=en>, consulté le 20 avril 2023).
20. For the future: towards the healthiest and safest region. Manille : Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental ; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/330703>, consulté le 9 juillet 2023).
21. World population prospects 2019. Organisation des Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population. 2020 (www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/document/s/2020/Jan/un_2019_wpp_vol1_comprehensive-tables.pdf, consulté le 7 juillet 2023).
22. Institute of Health Metrics and Evaluation. Global burden of disease study [base de données en ligne] ; n.d. (<https://www.healthdata.org/gbd/data-visualizations>, consulté le 20 avril 2023).
23. Craig AT, Beek K, Gilbert K, Soakai TS, Liaw ST, Hall JJ. Universal health coverage and the Pacific islands: An overview of senior leaders' discussions, challenges, priorities and solutions, 2015-2020. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(7):4108. doi:10.3390/ijerph19074108.
24. Rumsey M, Fletcher SM, Thiessen J, Gero A, Kuruppu N, Daly J et al. A qualitative examination of the health workforce needs during climate change disaster response in Pacific Island Countries. *Hum Resour Health*. 2014;12:1-11. doi:10.1186/1478-4491-12-9.
25. Liu J, Eggleston K. The association between health workforce and health outcomes: A cross-country econometric study. *Soc Indic Res*. 2022;163(2):609-32. doi : 10.1007/s11205-022-02910-z.
26. Portail de données de l'OMS sur les comptes nationaux des personnels de santé [base de données en ligne] (inscription requise). Genève, Organisation mondiale de la Santé (<https://apps.who.int/nhwportal/Home/Welcome>, consulté le 7 juillet 2023).
27. Liste OMS d'appui et de sauvegarde pour les personnels de santé 2023. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2023 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240069787>, consulté le 7 juillet 2023).
28. Profil pays en matière de ressources humaines pour la santé : Viet Nam. Manille : Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental ; 2016 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789290617716>, consulté le 7 juillet 2023).
29. Profil pays en matière de ressources humaines pour la santé : Chine. Manille : Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental ; 2016 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789290617600>, consulté le 7 juillet 2023).
30. Profil pays en matière de ressources humaines pour la santé : Papouasie-Nouvelle-Guinée. Manille : Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental ; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789290619246>, consulté le 7 juillet 2023).
31. Profil pays en matière de ressources humaines pour la santé : Îles Salomon. Manille : Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental ; 2014 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789290616399>, consulté le 7 juillet 2023).
32. Profil pays en matière de ressources humaines pour la santé : Vanuatu. Manille : Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental ; 2013 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789290616269>, consulté le 7 juillet 2023).

33. Profil pays en matière de ressources humaines pour la santé : Îles Marshall. Manille : Bureau régional de l’OMS pour le Pacifique occidental ; 2014 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789290616405>, consulté le 7 juillet 2023).
34. Profil pays en matière de ressources humaines pour la santé : Cambodge. Manille : Bureau régional de l’OMS pour le Pacifique occidental ; 2014 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789290616276>, consulté le 7 juillet 2023).
35. Profil pays en matière de ressources humaines pour la santé : République démocratique populaire lao. Manille : Bureau régional de l’OMS pour le Pacifique occidental ; 2013 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789290616368>, consulté le 7 juillet 2023).
36. Profil pays en matière de ressources humaines pour la santé : Malaisie. Manille : Bureau régional de l’OMS pour le Pacifique occidental ; 2014 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789290616375>, consulté le 7 juillet 2023).
37. Profil pays en matière de ressources humaines pour la santé : Philippines. Manille : Bureau régional de l’OMS pour le Pacifique occidental ; 2013 (<http://iris.wpro.who.int/handle/10665.1/7869>, consulté le 7 juillet 2023).
38. Profil pays en matière de ressources humaines pour la santé : Japon. Manille : Bureau régional de l’OMS pour le Pacifique occidental ; 2017 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789290618188>, consulté le 7 juillet 2023).
39. Profil pays en matière de ressources humaines pour la santé : Mongolie. Manille : Bureau régional de l’OMS pour le Pacifique occidental ; 2014 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789290616382>, consulté le 7 juillet 2023).
40. Zhu A, Tang S, Thu NTH, Supheap L, Liu X. Analysis of strategies to attract and retain rural health workers in Cambodia, China, and Vietnam and context influencing their outcomes. *Hum Resour Health*. 2019;17:1-9. doi:10.1186/s12960-018-0340-6.
41. Qian Y, Yan F, Wang W, Clancy S, Akkhavong K, Vonglokhom M et al. Challenges for strengthening the health workforce in the Lao People’s Democratic Republic: perspectives from key stakeholders. *Hum Resour Health*. 2016;14:1-3. doi:10.1186/s12960-016-0167-y.
42. Boniol M, McCarthy C, Lawani D, Guillot G, McIsaac M, Diallo K. Inequal distribution of nursing personnel: a subnational analysis of the distribution of nurses across 58 countries. *Hum Resour Health*. 2022;20(1):22. doi:10.1186/s12960-022-00720-5.
43. Russell D, Mathew S, Fitts M, et al. Interventions for health workforce retention in rural and remote areas: a systematic review. *Hum Resour Health*. 2021;19(1):1-24. doi:10.1186/s12960-021-00643-7.
44. Holloway P, Bain-Donohue S, Moore M. Why do doctors work in rural areas in high-income countries? A qualitative systematic review of recruitment and retention. *Aust J Rural Health*. 2020;28(6):543-554. doi:10.1111/ajr.12675.
45. Negin J. Australia and New Zealand’s contribution to Pacific Island health worker brain drain. *Aust N Z J Public Health*. 2008;32(6):507-11. doi:10.1111/j.1753-6405.2008.00300.x.
46. OECD.Stat [base de données en ligne]. Paris : Organisation de coopération et de développement économiques ; 2023 (https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_WFMI, consulté le 7 juillet 2023).
47. Fu Y, Schwebel DC, Hu G. Physicians’ Workloads in China: 1998–2016. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(8):1649. doi:10.3390/ijerph15081649.
48. Bae SH, Pen M, Sinn C, Kol S, An B, Yang SJ, et al. Work hours and overtime of nurses working in Cambodian hospitals. *Int Nurs Rev*. 2022;69(2):150-8. doi:10.1111/inr.12720.
49. Belita A, Mbindyo P, English M. Absenteeism amongst health workers--developing a typology to support empiric work in low-income countries and characterizing reported associations. *Hum Resour Health*. 2013;11:1-10. doi:10.1186/1478-4491-11-34.
50. Yamada H, Sawada Y, Luo X. Why is Absenteeism Low among Public Health Workers in The Lao People’s Democratic Republic? *J Dev Stud*. 2013;49(1):125-133. doi:10.1080/00220388.2012.7003 94.

Annexe

51. Chaudhury N, Hammer J, Kremer M, Muralidharan K, Rogers FH. Missing in Action: Teacher and Health Worker Absence in Developing Countries. *J of Econ Perspect*. 2006;20(1):91-116. doi:10.1257/089533006776526058.
52. Kisakye AN, Tweheyo R, Ssengooba F, Pariyo GW, Rutebemberwa E, Kiwanuka SN. Regulatory mechanisms for absenteeism in the health sector: a systematic review of strategies and their implementation. *J Health Leadersh*. 2016;8:81-94. doi:10.2147/JHL.S107746.
53. Rogers H, Koziol M. Provider Absence Surveys in Education and Health. A Guidance Note. Washington DC : World Bank; 2012.
54. Khim K, Goldman LN, Shaw K, Markuns JF, Saphonn V. Assessment of dual practice among physicians in Cambodia. *Hum Resour Health*. 2020;18(1):1-8. doi:10.1186/s12960-020-0461-6.
55. Organisation de coopération et de développement économiques et Organisation mondiale de la Santé. Health at a glance: Asia/Pacific 2022 : measuring progress towards universal health coverage. Paris : OECD Publishing; 2022 (https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-asia-pacific-2022_c7467f62-en, consulté le 7 juillet 2023).
56. The impact of COVID-19 on health and care workers: a closer look at deaths. Département Personnels de santé - document de travail 1. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2021 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345300/WHO-HWF-WorkingPaper-2021.1-eng.pdf>, consulté le 7 juillet 2023).
57. Système mondial de surveillance des attaques visant les services de santé [base de données en ligne]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2023 (<https://extranet.who.int/ssa/Index.aspx>, consulté le 7 juillet 2023).
58. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behav Immun*. 2020;88:901-7. doi:10.1016/j.bbi.2020.05.026.
59. Adolfo CS. Quality and safety of the nurse practice environment: Implications for management commitment to a culture of safety. *Nurs Forum*. 2019;54(4):537-544. doi: 10.1111/nuf.12367.
60. Dall'Ora C, Ball J, Reinius M, Griffiths P. Burnout in nursing: a theoretical review. *Hum Resour Health*. 2020;18(1):41. doi:10.1186/s12960-020-00469-9.
61. Brolan CE, Körver S, Phillips G, Sharma D, Herron LM, O'Reilly G et al. Lessons from the frontline: The COVID-19 pandemic emergency care experience from a human resource perspective in the Pacific region. *Lancet Reg Health West Pac*. 2022;25:100514. doi: 10.1016/j.lanwpc.2022.100514.
62. Robredo JP, Ong B, Eala MA, Naguit RJ. Outmigration and unequal distribution of Filipino physicians and nurses: An urgent call for investment in health human resource and systemic reform. *Lancet Reg Health West Pac*. 2022;25:100512. doi:10.1016/j.lanwpc.2022.100512.
63. Kim S, Lee TW, Kim GS, Cho E, Jang Y, Choi M et al. Nurses in advanced roles as a strategy for equitable access to healthcare in the WHO Western Pacific region: a mixed methods study. *Human Resources for Health*. 2021;19(1):1-9. doi:10.1186/s12960-021-00555-6.
64. Hamid AY, Hariyati RT. Improving nurses' performance through remuneration: a literature review. *Enfermeria Clinica*. 2018;28:130-3. doi:10.1016/S1130-8621(18)30052-4.
65. Legaspi RS. A comparison of job satisfaction among Filipino nurses employed in the Philippines and overseas. *Phil J Health Res Dev*. 2019;23:38-47.
66. Alibudbud R. When the "heroes" "don't feel cared for": The migration and resignation of Philippine nurses amidst the COVID-19 pandemic. *J Glob Health* 2022;12:03011. doi:10.7189/jogh.12.03011.
67. Buchan J, Catton H. COVID-19 and the international supply of nurses. Genève : Conseil international des infirmières ; 2020 (https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-07/COVID19_internationalsupplyofnurses_Report_FINAL.pdf, consulté le 7 juillet 2023).
68. Nurse workforce sustainability in small countries: monitoring mobility, managing retention. Policy brief. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/351507>, consulté le 7 juillet 2023).

69. Halter M, Boiko O, Pelone F, Beighton C, Harris R, Gale J et al. The determinants and consequences of adult nursing staff turnover: a systematic review of systematic reviews. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):1-20. doi:10.1186/s12913-017-2707-0.
70. Stanford FC. The importance of diversity and inclusion in the healthcare workforce. *J Natl Med Assoc.* 2020;112(3):247-9. doi:10.1016/j.jnma.2020.03.014.
71. Cohen JJ, Gabriel BA, Terrell C. The case for diversity in the health care workforce. *Health Aff.* 2002;21(5):90-102. doi:10.1377/hlthaff.21.5.90.
72. Global health and care worker compact – technical guidance compilation. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2022 (<https://www.who.int/publications/m/item/carecompact>, consulté le 7 juillet 2023).
73. Écart de rémunération entre femmes et hommes dans le secteur de la santé et des soins : une analyse de la situation dans le monde à l'ère de la COVID-19. Genève : Organisation mondiale de la Santé et Organisation internationale du Travail ; 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/362844>, consulté le 7 juillet 2023).
74. Taylor EV, Lyford M, Parsons L, Mason T, Sabesan S, Thompson SC. “We’re very much part of the team here” : A culture of respect for Indigenous health workforce transforms Indigenous health care. *PLoS ONE.* 2020;15(9): e0239207. doi:10.1371/journal.pone.0239207.
75. Mackean T, Withall E, Dwyer J, Wilson A. Role of Aboriginal Health Workers and Liaison Officers in quality care in the Australian acute care setting: a systematic review. *Ajust Health Rev.* 2020;44(3):427–33. doi:10.1071/AH19101.
76. Coombes J, Fraser S, Hunter K, Ivers R, Holland A, Grant J et al. “They Are Worth Their Weight in Gold” : Families and Clinicians’ Perspectives on the Role of First Nations Health Workers in Paediatric Burn Care in Australia. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(5):2297. doi:10.3390/ijerph18052297.
77. Jeyakumar R, Patel B, Coombes J, Madden T, Joshi R. “We’re on the ground, we know what needs to be done”: Exploring the role of Aboriginal Health Workers in primary health care. *Front Public Health.* 2023;10:1010301. doi:10.3389/fpubh.2022.1010301.
78. Deroy S, Schütze H. Factors supporting retention of aboriginal health and wellbeing staff in Aboriginal health services: a comprehensive review of the literature. *International Journal for Equity in Health.* 2019;18(1):70. doi:10.1186/s12939-019-0968-4.
79. McPake B, Scott A, Edoka I. Analyzing Markets for Health Workers: Insights from Labor and Health Economics. *Directions in Development.* Washington, DC : World Bank. 2014. doi: 10.1596/978-1-4648-0224-9.
80. Yip W, Fu H, Chen AT, Zhai T, Jian W, Xu R et al. 10 years of health-care reform in China: progress and gaps in universal health coverage. *Lancet.* 2019;394(10204):1192-204. doi:10.1016/S0140-6736(19)32136-1.
81. Maier C, L Aiken, R Busse. Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation. Document de travail de l’OCDE sur la santé n° 98. Paris : Publication de l’OCDE (Document de travail de l’OCDE sur la santé n° 98) ; 2017 (<https://www.oecd-ilibrary.org/content/paper/a8756593-en>, consulté le 7 juillet 2023).
82. Lehmann U. Mid-level health workers. The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes. A literature review. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2008 (https://www.who.int/publications/m/item/200807_mlhw_litreview, consulté le 7 juillet 2023).
83. Vital roles of nurses and midwives in the Western Pacific Region. Manille : Bureau régional de l’OMS pour le Pacifique occidental ; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/333042>, consulté le 7 juillet 2023).
84. Subhi R, Duke T. Leadership for child health in the developing countries of the Western Pacific. *J Glob Health.* 2011;1(1):96-104.
85. Nadakuitavuki R, Usher K, Rabuka I, Tollefson J, Luck L. Nursing and the development of nursing education in Fiji. *Aust J Adv Nurs.* 2004;21(3):28-31. doi: 10.3316/informit.404845234331066.

Annexe

86. Garg S, Tripathi N, Datla J, Zapata T, Mairembam DS, Bebarta KK et al. Assessing competence of mid-level providers delivering primary health care in India: a clinical vignette-based study in Chhattisgarh state. *Hum Resour Health* 2022;20(1),1-10. doi:10.1186/s12960-022-00737-w.
87. Directives de l'OMS sur la politique de santé et l'accompagnement au sein du système en vue d'optimiser les programmes relatifs aux agents de santé communautaires. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/325564>, consulté le 7 juillet 2023).
88. What do we know about community health workers? A systematic review of existing reviews. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/what-do-we-know-about-community-health-workers-a-systematic-review-of-existing-reviews>, consulté le 7 juillet 2023).
89. Directives sur la pratique infirmière avancée 2020. Genève : Conseil international des infirmières ; 2020 (https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf, consulté le 7 juillet 2023).
90. La situation du personnel infirmier dans le monde 2020 : investir dans la formation, l'emploi et le leadership. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332163>, consulté le 7 juillet 2023).
91. Rumsey M, Leong M, Brown D, Larui M, Capelle M, Rodrigues N. Achieving universal health care in the Pacific: the need for nursing and midwifery leadership. *Lancet Reg Health West Pac*. 2022;19:100340. doi:10.1016/j.lanwpc.2021.100340.
92. Belrhiti Z, Van Belle S, Criel B. How medical dominance and interprofessional conflicts undermine patient-centred care in hospitals: historical analysis and multiple embedded case study in Morocco. *BMJ Glob Health* 2021;6(7):e006140. doi : 10.1136/bmjgh-2021-006140.
93. About us. In: Health Human Resources Development Center of the National Health Commission, China [site Web]. Beijing : HHRDS; 13 octobre 2022 (<https://www.21wecan.com/wsrcw/c100338/202210/1000341.shtml>, consulté le 7 juillet 2023).
94. Who we are. In: The International Health Policy Program, Thailand (IHPP) [site Web]. Bangkok : IHPP. (<https://ihppthaigov.net/who-we-are/about>, consulté le 7 juillet 2023).
95. National Health Systems Resource Centre (NHSRC). Annual work report 2021-22. New Delhi: National Health Systems Resource Centre; 2022 (<https://nhsrindia.org/sites/default/files/2023-04/NHSRC%20Annual%20Work%20Report%20FY%202021-22%20ENGLISH.pdf>, consulté le 7 juillet 2023).
96. Colquhoun S, Ogaoga D, Tamou M, Nasi T, Subhi R, Duke T. Child health nurses in the Solomon Islands: lessons for the Pacific and other developing countries. *Hum Resour Health*. 2012;10(1):1-9. doi: 10.1186/1478-4491-10-45.
97. Rumsey M, Brown D. Scoping Study: Improving the quality of nursing and midwifery education and regulation in Pacific Islands Countries and areas. South Pacific Nursing and Midwifery Officer Alliance (SPCNMOA); 2021 (https://www.uts.edu.au/sites/default/files/2021-12/3.WHO%20CC%20UTS%20SPCNMOA%20Regional%20Accreditation%20Report_FINAL.pdf, consulté le 7 juillet 2023).
98. Strengthening health workforce regulation in the Western Pacific Region. Manille : Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental ; 2016 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246422/9789290617709_eng.pdf, consulté le 7 juillet 2023).
99. Health workforce regulation in the Western Pacific Region. Manille : Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental ; 2016 (<https://www.who.int/publications/i/item/health-workforce-regulation-in-the-western-pacific-region>, consulté le 7 juillet 2023).
100. Fujita N, Matsuoka S, Koto-Shimada K, et al. Regulation of nursing professionals in Cambodia and Vietnam: a review of the evolution and key influences. *Hum Resour Health*. doi:10.1186/s12960-019-0388-y.

101. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2010 (<https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>, consulté le 7 juillet 2023).
102. Zajac S, Woods A, Tannenbaum S, Salas E, Holladay CL. Overcoming challenges to teamwork in healthcare: a team effectiveness framework and evidence-based guidance. *Front Commun.* 2021;6:606445. doi:10.3389/fcomm.2021.606445.
103. Weaver SJ, Dy SM, Rosen MA. Team-training in healthcare: a narrative synthesis of the literature. *BMJ Qual Saf.* 2014;23(5):359-72. doi: 10.1136/bmjqs-2013-001848.
104. Buljac-Samardzic M, Doekhie KD, Van Wijngaarden JD. Interventions to improve team effectiveness within health care: a systematic review of the past decade. *Hum Resour Health.* 2020;18(1):1-42. doi:10.1186/s12960-019-0411-3.
105. Makino T, Nozaki S, Lee B, Matsui H, Tokita Y, Shinozaki H et al. Attitudes of nursing school deans toward interprofessional education in Western Pacific Region countries, *J Interprof Care.* 2015;29(5):518-9, doi:10.3109/13561820.2015.1027337.
106. Innovations in health professions education in the Western Pacific Region. Bureau régional de l’OMS pour le Pacifique occidental ; 2013 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/207672/139789290616146_eng.pdf, consulté le 7 juillet 2023).
107. Tran TD, Vu PM, Pham TM, Au LN, Do HP, Doan HT et al. Transforming medical education to strengthen the health professional training in Viet Nam: A case study. *Lancet Reg Health West Pac.* 2022;27:100543. doi:10.1016/j.lanwpc.2022.100543.
108. Meleis AI. Interprofessional Education : Meleis AI. Interprofessional education: A summary of reports and barriers to recommendations. *J Nurs Scholarsh.* 2016;48(1):106-12. doi: 10.1111/jnu.12184.
109. Filipe HP, Silva ED, Stulting AA, Golnik KC. Continuing professional development: Best practices. *Middle East Afr J Ophthalmol* 2014;21(2):134-41. doi: 10.4103/0974-9233.129760.
110. Crispino KT, Rocha IC. Enhancing Healthcare Professional Practice in the Philippines toward ASEAN Integration through the Continuing Professional Development Law. *ASEAN J Commun Engagem.* 2021;5(2),376-395. doi:10.7454/ajce.v5i2.1141.
111. Montagu D, Chakraborty N. Standard survey data: insights into private sector utilization. *Front Med.* 2021;8:624285. doi: 10.3389/fmed.2021.624285.
112. Renforcement de la capacité des gouvernements à faire participer de façon constructive le secteur privé à la prestation de services essentiels de soins de santé Rapport du Secrétariat. Dans : Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé, Point 11.22 de l’ordre du jour provisoire. Genève, le 25 mars 2010 Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2010 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/3969>, consulté le 7 juillet 2023).
113. Bautista JR, Ducanes G, David CC. Quality of nursing schools in the Philippines: Trends and evidence from the 2010-2016 Nurse Licensure Examination results. *Nurs Outlook.* 2019;67(3):259-269. doi:10.1016/j.outlook.2018.12.012.
114. Dodd R, Palagyi A, Jan S, Abdel-All M, Nambiar D, Madhira P et al. Organisation of primary health care systems in low-and middle-income countries: review of evidence on what works and why in the Asia-Pacific region. *BMJ Glob Health.* 2019;4(Suppl 8):e001487. doi:10.1136/bmjgh-2019-001487.
115. Cowley P, Chu A. Comparison of private sector hospital involvement for UHC in the Western Pacific Region. *Health Sys Reform.* 2019;5(1):59-65. doi:10.1080/23288604.2018.1545511.
116. Republic of Korea health system review. Health systems in transition, 5 (4). Manille : Bureau régional de l’OMS pour le Pacifique occidental ; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/208215>, consulté le 7 juillet 2023).
117. Ikegami N. Universal health coverage for inclusive and sustainable development: lessons from Japan. Washington, DC : World Bank Publications. 2014. doi:10.1596/978-1-4648-0408-3.
118. McPake B, Hanson K. Managing the public-private mix to achieve universal health coverage. *Lancet.* 2016;6;388(10044):622-30. doi:10.1016/S0140-6736(16)00344-5.

Annexe

119. Deng C, Li X, Pan J. Private hospital expansion in China: a global perspective. *Glob Health J.* 2018;2(2):33-46. doi: 10.1016/S2414-6447(19)30138-1.
120. Jiang Q, Pan J. The Evolving Hospital Market in China After the 2009 Healthcare Reform. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing.* 2020;57. doi:10.1177/0046958020968783.
121. Ensor T, Weinzierl S. Regulating health care in low- and middle-income countries: Broadening the policy response in resource constrained Environments. *Soc Sci Med.* 2007;65(2):355-66. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.03.021.
122. Ferrinho P, Van Lerberghe W, Fronteira I, Hipólito F, Biscaia A. Dual practice in the health sector: review of the evidence. *Hum Resour Health.* 2004;2(1):1-7. doi:10.1186/1478-4491-2-14.
123. Hipgrave D, Nachtnebel M, Hort K. Dual practice by health workers in South and East Asia: impact and policy options. Manille : Observatoire Asie-Pacifique sur les systèmes et les politiques de santé ; 2013
(https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206912/9789290616238_eng.pdf, consulté le 7 juillet 2023).
124. McPake B, Russo G, Hipgrave D, Hort K, Campbell J. Implications of dual practice for universal health coverage. *Bull World Health Organ* 2016;94:142–146. doi:10.2471/BLT.14.151894.
125. Bump JB, Powers Sparkes S. A political economy analysis of Turkey’s health transformation program. Discussion paper. New York, World Bank;
(<https://documents1.worldbank.org/curated/en/254431468101383013/pdf/886000REPLACEM0PolEcon0Turkey0Final.pdf>, consulté le 7 juillet 2023).
126. Marcus K, Quimson G, Short SD. Source country perceptions, experiences, and recommendations regarding health workforce migration: a case study from the Philippines. *Hum Resour Health* 2014;12(1):1-10. doi:10.1186/1478-4491-12-62.
127. Micah AE, Solorio J, Stutzman H, Zhao Y, Tsakalos G, Dieleman JL. Development assistance for human resources for health, 1990–2020. *Hum Resour Health.* 2022 Dec;20(1):1-2. doi:10.1186/s12960-022-00744-x.
128. Siega-Sur JL, Woolley T, Ross SJ, Reeve C, Neusy AJ. The impact of socially-accountable, community-engaged medical education on graduates in the Central Philippines: implications for the global rural medical workforce. *Med Teach.* 2017;39(10):1084-91. doi:10.1080/0142159X.2017.1354126.
129. Recover to Rebuild. Genève : Conseil international des infirmières ; 2023
(<https://www.icn.ch/publications/recover-rebuild>, consulté le 3 mai 2023).
130. Downey E, Fokeladeh HS, Catton H. What the COVID-19 pandemic has exposed: the findings of five global health workforce professions. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2023 (Human Resources for Health Observer Series No. 28).
(<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/366632/9789240070189-eng.pdf>, consulté le 7 juillet 2023).
131. Department of Health and Aged Care, Australian Government. Telehealth [site Web]. (<https://www.health.gov.au/topics/health-technologies-and-digital-health/about/telehealth>, consulté le 7 juillet 2023).
132. Short SD, Marcus K, Balasubramanian M. Health workforce migration in the Asia Pacific: implications for the achievement of sustainable development goals. *Asia Pac J Health Manag* 2016;11(3):58-64. doi:10.24083/apjhm.v11i3.157.
133. Thompson M, Walton-Roberts M. International nurse migration from India and the Philippines: the challenge of meeting the sustainable development goals in training, orderly migration and healthcare worker retention. *J Ethn Migr Stud.* 2019;45(14):2583-99. doi:10.1080/1369183X.2018.1456748.
134. Efendi F, McKenna L, Reisenhofer S, Kurniati A and Has EM. Experiences of healthcare worker returnees in their home countries: a scoping review. *J Multidiscip Healthc.* 2021;14:2217-2227. doi:10.2147/JMDH.S321963.

135. Bakhshi M., Álvarez TD, Cook K. CGFNS Nurse Migration Report : Trends in Healthcare Migration to the United States. Online Report. CGFNS International ; 2022 (<https://www.cgfns.org/2022nursemigrationreport/>, consulté le 7 juillet 2023).
136. Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé. Dans : Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé, Point 11.5 de l'ordre du jour. Genève, 21 mai 2010 Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2010 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/3180>, consulté le 7 juillet 2023).
137. Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé : quatrième cycle de notification nationale. Rapport du Directeur général. Dans : Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé, Point 15 de l'ordre du jour provisoire. Genève, 3 mai 2022 Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2022 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75_14-en.pdf, consulté le 7 juillet 2023).
138. McElmurry BJ, Solheim K, Kishi R, Coffia MA, Woith W, Janepanish P. Ethical concerns in nurse migration. *J Prof Nurs*. 2006;22(4):226-35. doi:10.1016/j.profnurs.2006.03.006.
139. Rao K, Bhatnagar A, Arora R, Srivastava S, Ranjan U, Rajan SI. From brain drain to brain gain: migration of nursing and midwifery workforce in the state of Kerala. New Delhi, India : World Health Organization. 2017.
140. Walton-Roberts M, Runnels V, Rajan SI, Sood A, Nair S, Thomas P et al. Causes, consequences, and policy responses to the migration of health workers: key findings from India. *Hum Resour Health* 2017 Dec; 15(1):1-8. doi:10.1186/s12960-017-0199-y.
141. Krijgsheld M, Tummers LG, Scheepers FE. Job performance in healthcare: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):149. doi:10.1186/s12913-021-07357-5.
142. Dieleman M, Harnmeijer JW. Improving health worker performance: in search of promising practices. Genève : Organisation mondiale de la Santé. 2006;1(01):1-64.
143. Yáñez-Araque B, Gómez-Cantarino S, Gutiérrez-Broncano S, López-Ruiz VR. Examining the determinants of healthcare workers' performance: a configurational analysis during COVID-19 times. *International journal of environmental research and public health*. 2021;18(11):5671. doi:10.3390/ijerph18115671.
144. Tijdens K, De Vries DH, Steinmetz S. Health workforce remuneration: comparing wage levels, ranking, and dispersion of 16 occupational groups in 20 countries. *Hum Resour Health* 2013;11(1):1-5. doi:10.1186/1478-4491-11-11.
145. Orientations stratégiques mondiales de l'OMS pour les soins infirmiers et obstétricaux 2021-2025. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/351146>, consulté le 7 juillet 2023).
146. Hernandez-Peña P, Poullier JP, Van Mosseveld CJ, Van de Maele N, Cherilova V, Indikadahena C et al. Health worker remuneration in WHO Member States. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*. 2013;91:808-15. doi:0.2471/BLT.13.120840.
147. Zapata T, Zakoji M, Kanda M, Travis P, Tangcharoensathien V, Buchan J et al. Implementing a decade of strengthening the health workforce in the WHO South-East Asia Region: achievements and way forward for primary health care. *WHO South-East Asia J Public Health* 2021;10, Suppl S1:76-86.