

Ressources
humaines pour
la santé :
**stratégie
mondiale à
l'horizon 2030**

**PROJET
pour consultation**



**Organisation
mondiale de la Santé**

Introduction

1. Cet avant-projet intitulé *Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon 2030* doit servir de base à des consultations avec les Régions, les États Membres et d'autres partenaires de l'OMS qui aura lieu de juin à août 2015. Ce dialogue mondial participera à l'amélioration continue du projet jusqu'à la version finale qui sera soumise au Conseil exécutif de l'OMS en janvier 2016.
2. L'OMS fixe des orientations sur les questions relatives aux personnels de santé depuis la publication du *Rapport sur la santé dans le monde* de 2006, intitulé *Travailler ensemble pour la santé*, qui a suscité un intérêt sans précédent pour les personnels de santé. Ce rapport, qui préconisait d'organiser une décennie d'action pour les ressources humaines, a favorisé la naissance de nombreuses initiatives et l'adoption de plusieurs résolutions sur le sujet : les résolutions WHA63.16 (Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé – 2010) ; WHA64.6 (Renforcement des personnels de santé - 2011) ; WHA64.7 (Renforcement des soins infirmiers et obstétricaux - 2011) ; WHA66.23 (Transformer la formation des personnels de santé à l'appui de la couverture sanitaire universelle - 2013) et WHA67.24 (Suivi de la Déclaration politique de Recife sur les ressources humaines pour la santé : des engagements renouvelés en faveur de la couverture sanitaire universelle - 2014).
3. En 2015, la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé a réaffirmé la place centrale des personnels de santé dans différents domaines d'activité de l'OMS, comme on peut le constater dans les documents sur les systèmes de santé résilients et dans les résolutions sur les soins chirurgicaux et le personnel intervenant dans le cadre des situations d'urgence mondiale.
4. L'OMS a également dirigé un dialogue mondial autour de la politique de couverture sanitaire universelle¹ dans le cadre du *Rapport sur la santé dans le monde* de 2010, intitulé *Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle*. En 2013, le Troisième Forum mondial sur les ressources humaines pour la santé a adopté la Déclaration politique de Recife sur les ressources humaines pour la santé, qui reconnaît que les personnels de santé jouent un rôle essentiel dans l'atteinte de la couverture sanitaire universelle. En mai 2014, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA67.24 dans laquelle elle approuve la Déclaration politique de Recife et prie le Directeur général d'élaborer une stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé et de la soumettre pour examen par les États Membres de l'OMS à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2016.
5. La présente stratégie mondiale s'adresse en premier lieu aux planificateurs et aux décideurs des États Membres de l'OMS mais son contenu intéressera aussi d'autres partenaires et intervenants dans le domaine des personnels de santé, dont les employeurs des secteurs public et privé, les associations professionnelles, les établissements de formation, les syndicats, les partenaires bilatéraux et multilatéraux du développement, les organisations internationales et la société civile.
6. Ce nouveau mandat confié au Secrétariat de l'OMS s'appuie sur une initiative, tout en la renforçant, prise en 2013 par l'OMS et par le Conseil de l'Alliance mondiale pour les personnels de santé, qui a permis de faire la synthèse des données contemporaines pour déterminer les défis futurs en termes de développement des personnels de santé pour la période 2016-2030.² Le Secrétariat de l'OMS s'est servi de la consultation à grande échelle, des documents thématiques, d'une synthèse et des recommandations du Conseil pour élaborer ce tout premier projet de stratégie.

1 Dans le présent document, la notion de « couverture sanitaire universelle » est utilisée en tenant compte du fait que cette expression peut avoir des connotations différentes selon les pays et les Régions. Il est à noter, en particulier que selon l'approche de l'OMS/Bureau régional OMS des Amériques, la couverture sanitaire universelle est englobée dans la notion plus large d'accès universel aux soins de santé.

2 Disponible à l'adresse : http://www.who.int/hrh/documents/synthesis_paper_them2015/en/

Ressources humaines pour la santé :

Stratégie mondiale à l'horizon 2030

VISION

Progresser plus vite vers la couverture sanitaire universelle et la réalisation des objectifs de développement durable en garantissant un accès équitable à des personnels de santé qualifiés et motivés dans un système de santé performant.

BUT GLOBAL

Garantir la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des personnels de santé grâce à des investissements suffisants et à la mise en œuvre de politiques efficaces aux niveaux national,¹ régional et mondial afin qu'il soit possible d'offrir à tous une vie saine, à tous les âges, et afin de promouvoir un développement socioéconomique équitable grâce à des perspectives d'emploi décent.

¹ Tout au long de ce document, les grandes orientations au « niveau des pays » ou au « niveau national » doivent s'entendre de celles pertinentes dans chaque pays selon les responsabilités définies aux niveaux infranational et national.

PRINCIPES

- Aider les gouvernements à mettre au point des modèles optimaux pour les personnels de santé afin d'offrir des services de santé intégrés centrés sur les patients, répondant aux attentes socioculturelles de ces derniers et permettant et invitant les communautés à participer activement à la production des soins de santé.
- Garantir le droit des soignants à ne subir ni discrimination en raison de leur sexe ni violence sur leur lieu de travail, et assurer un « travail décent pour tous ».
- Faciliter l'intégration des services de santé et des services sociaux selon une approche holistique axée sur les besoins de la population.
- Promouvoir la collaboration et la solidarité internationales sur la base d'un intérêt mutuel et d'une responsabilité partagée et veiller à ce que les pratiques de recrutement soient conformes à l'éthique.
- Susciter un engagement politique et favoriser la collaboration entre les secteurs et entre les acteurs concernés (notamment publics et privés) pour une action efficace dans le domaine des ressources humaines pour la santé.
- Garantir que l'appui de l'OMS sur les aspects normatifs et la coopération technique est cohérent et intégré à tous les niveaux de l'Organisation.

OBJECTIFS

1. Appliquer, dans le domaine des ressources humaines pour la santé, des politiques fondées sur des bases factuelles pour optimiser l'impact des personnels de santé actuels, garantir à la population une vie en bonne santé, assurer effectivement la couverture sanitaire universelle et contribuer à la sécurité sanitaire mondiale.

2. Faire correspondre les cadres d'investissement dans les ressources humaines pour la santé, aux niveaux national et mondial, aux besoins futurs des systèmes de santé et aux exigences du marché du travail, en multipliant les possibilités de création d'emplois et de croissance économique.

3. Renforcer les capacités des institutions nationales et internationales pour un leadership et une gouvernance efficaces des mesures prises dans le domaine des ressources humaines pour la santé.

4. Veiller à ce que le suivi et la transparence des efforts déployés en faveur des ressources humaines pour la santé aux niveaux national et mondial s'appuient sur des données fiables, des éléments factuels et des connaissances harmonisés et actualisés.

CIBLES MONDIALES

1.1. Tous les pays : d'ici à 2030, 80 % des pays auront réduit de moitié les disparités entre zones urbaines et zones rurales en ce qui concerne la répartition des soignants

2.1. Tous les pays : d'ici à 2030, 80 % des pays auront alloué au moins [xx] % de leur PIB à la production, au recrutement, au déploiement et à la fidélisation des soignants, en maintenant un équilibre pour tenir compte d'autres priorités sanitaires et de développement social.

2.2. Pays à revenu élevé ou intermédiaire : d'ici à 2030, tous les pays auront satisfait au moins 90 % de leurs besoins en personnels de santé avec leurs propres ressources humaines pour la santé, conformément aux dispositions du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé.

2.3. Pays à revenu faible ou intermédiaire : d'ici à 2030, les pays auront créé et pourvu durablement au moins 10 millions de postes de travail supplémentaires dans les secteurs de la santé et de la prise en charge sociale afin de répondre aux besoins non satisfaits en termes d'équité et d'efficacité de la couverture des services de santé.

2.4. Pays à revenu élevé : veiller à ce que, d'ici à 2030, tous les pays de l'OCDE aient pu démontrer qu'ils allouent au moins 25 % de l'aide au développement destinée à la santé aux ressources humaines pour la santé.

3.1. Tous les pays : d'ici à 2030, 80 % des pays disposeront de mécanismes institutionnels pour orienter et coordonner efficacement un programme intersectoriel concernant les personnels de santé.

4.1. Tous les pays : d'ici à 2030, 90 % des pays auront mis en place des mécanismes pour partager des données sur les ressources humaines pour la santé, dans des comptes rendus nationaux sur les personnels de santé et en communiquant au Secrétariat de l'OMS et en publiant chaque année des indicateurs de base sur les ressources humaines pour la santé.

PRINCIPALES ACTIVITÉS MENÉES PAR LE SECRÉTARIAT DE L'OMS POUR SOUTENIR LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE

Élaborer des orientations normatives, soutenir des travaux de recherche opérationnelle pour définir des options reposant sur des bases factuelles, et assurer une coopération technique – selon les besoins des États Membres – pour la formation des personnels de santé, le champ d'exercice des différentes catégories de personnel, les stratégies de déploiement et de fidélisation fondées sur des bases factuelles, le contrôle de la qualité et l'amélioration des performances, y compris la réglementation.

Fournir des orientations normatives et assurer une coopération technique pour la planification et les prévisions concernant les personnels de santé, l'analyse du marché du travail et le calcul du coût des stratégies nationales relatives aux ressources humaines pour la santé.

Renforcer l'adoption de politiques macro-économiques et de financement permettant d'augmenter et de cibler plus stratégiquement les investissements en faveur des ressources humaines pour la santé, et renforcer les bases factuelles de ces politiques.

Offrir aux États Membres coopération technique et renforcement des capacités afin qu'ils développent leurs compétences de base concernant la politique, la planification et la gestion relatives aux ressources humaines pour la santé.

Favoriser une coordination, un alignement et une redevabilité effectifs de l'action mondiale en faveur des ressources humaines pour la santé en animant un réseau d'acteurs internationaux intéressés par la question.

Évaluer systématiquement les conséquences sur les personnels de santé des recommandations techniques ou politiques présentées à l'Assemblée mondiale de la Santé et aux comités régionaux.

Mettre au point des outils, des lignes directrices et des bases de données concernant des données et d'autres éléments factuels liés aux ressources humaines, étudier leur utilité et les actualiser.

Mettre en place une procédure permettant aux pays de présenter chaque année au Secrétariat de l'OMS un rapport sur un ensemble minimal d'indicateurs qui servira de base à la définition un cadre de performance et de responsabilité pour cette stratégie.

Aider les pays à améliorer la qualité et la complétude des données sur les personnels de santé au niveau national

Rationaliser et intégrer toutes les prescriptions que doivent respecter les États Membres de l'OMS pour la présentation de rapports sur les ressources humaines pour la santé.

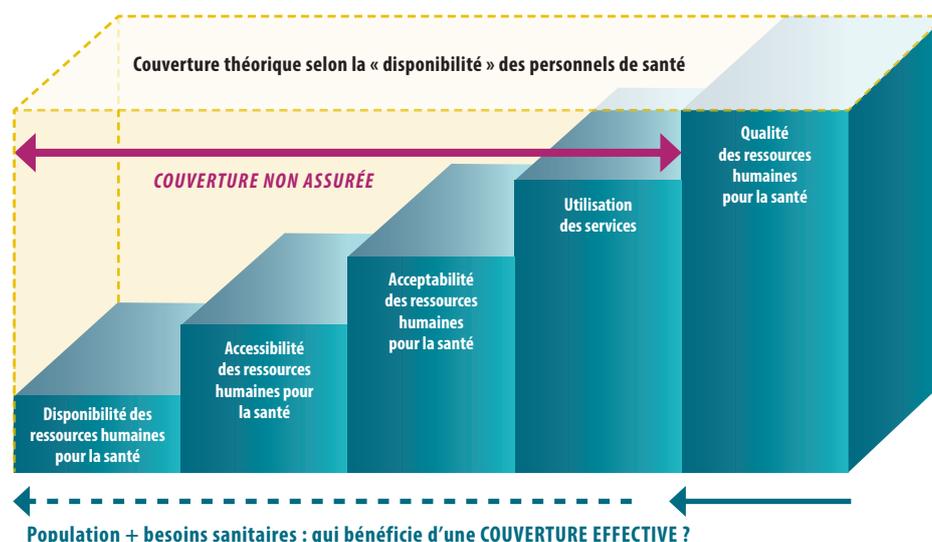
Adapter, intégrer et relier le suivi des cibles figurant dans la stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé au nouveau cadre de responsabilité des objectifs de développement durable.

Vue d'ensemble

Un programme progressiste pour les personnels de santé au XXI^e siècle

1. **Les systèmes de santé ne peuvent fonctionner sans personnels de santé ; l'amélioration de la couverture assurée par les services de santé et des résultats sanitaires dépend de la disponibilité, de l'accessibilité, de l'acceptabilité et de la qualité de ces personnels.** (2) (figure 1). Cependant, les pays, quel que soit leur niveau de développement économique, sont, à des degrés divers, confrontés à des difficultés concernant la formation, le déploiement, la fidélisation et l'efficacité des personnels de santé. Les priorités sanitaires énoncées dans le nouveau cadre de développement pour l'après 2015 – par exemple, enrayer les épidémies de sida, de tuberculose et de paludisme, parvenir à réduire de façon drastique la mortalité maternelle, mettre un terme aux décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de cinq ans, garantir la couverture sanitaire universelle – ne deviendront jamais réalité si on ne met pas en place des stratégies permettant de fournir un effort radical pour renforcer les capacités des personnels de santé. En outre, chaque État Membre doit avoir la possibilité de protéger la santé de sa population et de remplir ses obligations en matière de sécurité sanitaire mondiale collective, visées dans le Règlement sanitaire international ; (3) il faut disposer pour cela de personnels de santé qualifiés, formés et soutenus. (4)

Figure 1. Ressources humaines pour la santé : disponibilité, accessibilité, qualité et couverture effective



Source : Campbell et al, 2013.

2. **Malgré d'importants progrès, il faut renforcer la volonté politique et mobiliser des ressources en faveur des personnels de santé.** Les efforts consentis par le passé ont donné d'excellents résultats. On en trouve de très nombreux exemples dans les pays qui, en traitant les problèmes liés aux personnels de santé, ont amélioré les résultats sanitaires. (5, 6) En outre, au niveau mondial, la disponibilité des personnels de santé s'améliore dans la majorité des pays pour lesquels des données sont disponibles, même si cette amélioration n'est souvent pas assez rapide par rapport à la croissance démographique. (7) Les progrès n'ont été ni assez rapides ni assez marqués. Le principal problème ce n'est pas le manque de données sur les interventions efficaces mais de savoir comment mobiliser une volonté politique et des ressources financières pour les systèmes de santé actuels et les ressources humaines, leur pièce maîtresse. (8, 9)

3. **Les personnels de santé seront essentiels pour atteindre les objectifs sanitaires et, plus largement, les objectifs de développement au cours des prochaines décennies.** Le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies anime un processus dont le but est de définir une série d'objectifs de développement durable (ODD) pour la période 2016-2030. Ceux-ci, qui succèdent aux objectifs du Millénaire pour le développement qui couvraient la période 2000-2015, appellent les peuples et les dirigeants du monde entier à garantir une vie de dignité pour tous. (10) Les personnels de santé sont un élément essentiel du but proposé relatif à la santé, dont l'une des cibles consiste à « accroître considérablement [...] le recrutement, le perfectionnement, la formation et le maintien en poste du personnel de santé dans les pays en développement, notamment dans les pays les moins avancés et les petits États insulaires en développement ». En 2015, l'Assemblée mondiale de la Santé a reconnu que l'objectif relatif à la santé et ses 13 cibles proposés dans le cadre des ODD – y compris l'accent mis à nouveau sur l'équité et la couverture sanitaire universelle – ne serait atteint que si des investissements importants et stratégiques étaient consentis dans les personnels de santé à l'échelle mondiale. Dans la résolution WHA67.24, adoptée par les États Membres, l'Assemblée mondiale de la Santé prie le Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé d'élaborer une stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé et de la soumettre à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, en mai 2016. (11)
4. **À l'échelle mondiale, de nombreux pays ne parviennent pas à soutenir convenablement leur système de santé, les investissements réels dans les personnels de santé étant plus faibles qu'on ne le pense souvent** (12) Le sous-investissement chronique dans l'éducation et la formation des personnels de santé dans certains pays à revenu élevé entraîne une pénurie permanente (définie selon la demande sur le marché) et contribue au recrutement de soignants dans des pays disposant de peu de ressources (certains pays à revenu faible perdent jusqu'à 50 % de leurs diplômés à cause des migrations internationales). Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, en plus d'un sous-investissement important dans l'éducation, les déséquilibres entre la capacité d'offre et la demande sur le marché, déterminés par les contraintes budgétaires, et entre la demande et les besoins de la population, font qu'il est difficile d'assurer une couverture équitable et efficace par les services de santé essentiels ; on se trouve parfois dans une situation paradoxale, où des besoins sanitaires importants ne sont pas satisfaits alors que des soignants sont au chômage.
5. **Pour disposer de personnels de santé fiables et efficaces, capables de répondre aux priorités du XXIe siècle, il faut faire correspondre l'offre et les compétences des personnels de santé aux besoins de la population, aujourd'hui et à l'avenir.** L'évolution des profils épidémiologiques et des structures démographiques fait augmenter la charge des maladies non transmissibles et des maladies chroniques sur les systèmes de santé partout dans le monde. (13) Ce phénomène s'accompagne d'une demande progressivement plus grande pour des services de santé centrés sur le patient et pour des soins personnalisés. (14) Parallèlement, les pays émergents connaissent une transition économique, au cours de laquelle l'enveloppe budgétaire consacrée à la santé va augmenter, et une transition démographique, au cours de laquelle des centaines de millions de personnes vont potentiellement entrer dans la population active. Au niveau mondial, la demande de personnels de santé devrait donc augmenter considérablement en raison de la croissance démographique et de la croissance économique associées aux transitions démographique et épidémiologique. Pour disposer de personnels de santé bien formés, adaptés et en quantité suffisante, les politiques et les décisions en matière de financement devront correspondre à ces nouveaux besoins.
6. **Les problèmes persistants concernant les personnels de santé, associés à ces macro-tendances, obligent la communauté internationale à réévaluer l'efficacité des stratégies passées et à adopter un changement de paradigme dans la façon de former, de déployer et de récompenser les personnels de santé, et de planifier leur recrutement.** Des progrès radicaux sont à la fois nécessaires et possibles si l'on adopte des modèles de soin ouverts, englobant des services de promotion, de prévention, de traitement curatif et de réadaptation, si on réoriente les systèmes de santé vers une approche axée sur les soins primaires et si on exploite pleinement le potentiel offert par l'innovation technologique. En parallèle, il est possible d'utiliser les investissements indispensables en faveur des personnels de santé pour créer des possibilités d'emploi qualifié, en particulier pour les femmes et pour les jeunes. Ainsi, on aura une possibilité sans précédent de concevoir et de mettre en œuvre des stratégies pour les personnels de santé permettant de combler les lacunes auxquelles sont confrontés les systèmes de santé en termes d'équité et de couverture effective, tout en libérant le potentiel de croissance économique. L'exploitation de ce potentiel dépend de la mobilisation d'une volonté politique et du renforcement des capacités institutionnelles et humaines pour la mise en œuvre effective de cette démarche.

7. **Pour que, d'ici à 2030, toutes les communautés aient accès à des soignants formés, bénéficiant d'un soutien et possédant un ensemble de compétences minimales de base, il faut associer l'adoption de politiques efficaces aux niveaux national, régional et mondial et un investissement suffisant pour répondre aux besoins non satisfaits.** Si l'on considère la situation avec réalisme, le changement d'échelle nécessaire dans les décennies à venir pour répondre à la demande croissante, combler les lacunes existantes et contrer le renouvellement des personnels est plus important que ne le laissent entrevoir toutes les estimations précédentes. Selon les projections de l'OMS et de la Banque mondiale (annexe 1), pour parvenir à un niveau élevé de couverture efficace par tout l'éventail des services nécessaires pour offrir à tous une vie en bonne santé, il faut former et déployer 40 à 50 millions de nouveaux soignants et de nouveaux travailleurs sociaux à l'échelle mondiale, (15) dont 10 millions de soignants supplémentaires dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.
8. **Nous savons depuis longtemps ce qu'il faut faire pour pallier les principales difficultés concernant les ressources humaines mais nous disposons aujourd'hui de données meilleures que jamais indiquant comment y parvenir.** La stratégie mondiale de l'OMS pour les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030 s'inspire des données contemporaines montrant les solutions possibles pour le développement des personnels de santé sous différents aspects, dont l'évaluation, la planification, la formation, la gestion, la fidélisation, les mesures incitatives et la productivité, et se réfère aux outils et lignes directrices susceptibles de faciliter l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de politiques dans ces différents domaines (annexe 2). La stratégie mondiale aborde tous ces aspects de manière intégrée afin d'inspirer et d'orienter une action multisectorielle plus ferme de la part des planificateurs et des décideurs, au niveau national, et de la part de la communauté internationale, aux niveaux régional et mondial. Compte tenu de la nature intersectorielle et des conséquences potentielles du développement des personnels de santé, la stratégie mondiale est destinée à orienter et à inspirer l'élaboration de stratégies nationales dans les domaines de la santé et des ressources humaines pour la santé mais aussi les cadres socioéconomiques plus larges adoptés par les pays.
9. **Comme les ressources humaines pour la santé sont un facteur commun facilitant la prestation de nombreux services prioritaires, cette stratégie complète et renforce plusieurs stratégies connexes** établies par l'OMS et l'Organisation des Nations Unies, réaffirme, en particulier, l'importance du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé, (16) et soutient les objectifs et les principes énoncés dans la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, (17) la stratégie mondiale de l'OMS pour des services de santé intégrés centrés sur la personne, (18) le plan d'action « Chaque nouveau-né », (19) les objectifs en matière de planification familiale à l'horizon 2020, (20) le plan mondial pour l'élimination des nouvelles infections à VIH (21), la nouvelle stratégie de l'ONUSIDA pour la période 2016-2021, (22) et le Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles, notamment.
10. **Il s'agit d'une stratégie transversale qui ouvre la voie vers l'atteinte des cibles en matière de couverture pour tous les services prioritaires.** Elle concerne non seulement les médecins, le personnel infirmier et les sages-femmes mais aussi tous les autres personnels de santé, notamment les professionnels de la santé publique, les praticiens communautaires et de niveau intermédiaire, les pharmaciens, les techniciens de laboratoire, les logisticiens, les physiothérapeutes, les dentistes et les professionnels de la santé orale, ainsi que les autres professions de santé connexes et les travailleurs auxiliaires. Et elle concerne aussi, plus largement, les personnels des services sociaux, dans la mesure où une intégration plus étroite des services de santé et des services sociaux peut améliorer également la prise en charge au long cours des populations vieillissantes.
11. **La stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé présente des options proposées aux États Membres, des responsabilités définies pour le Secrétariat de l'OMS et des recommandations adressées aux autres parties concernées** concernant la manière :
- d'optimiser les personnels de santé actuels pour progresser plus vite vers la couverture sanitaire universelle et les objectifs de développement durable (objectif 1) ;
 - de comprendre les besoins futurs des systèmes de santé et de s'y préparer, en tirant parti de la croissance sur le marché du travail pour créer un maximum d'emplois et de croissance économique (objectif 2) ;
 - de renforcer les capacités institutionnelles pour mettre en œuvre cette stratégie (objectif 3) ; et
 - d'améliorer les données sur les ressources humaines pour la santé afin de suivre la mise en œuvre effective des stratégies nationales et de la stratégie mondiale (objectif 4).

Objectif 1

Appliquer, dans le domaine des ressources humaines pour la santé, des politiques fondées sur des bases factuelles pour optimiser l'impact des personnels de santé actuels, garantir à la population une vie en bonne santé, assurer effectivement la couverture sanitaire universelle et contribuer à la sécurité sanitaire mondiale.

CIBLE 1.1.

D'ici à 2030, 80 % des pays auront réduit de moitié les disparités entre zones urbaines et zones rurales en ce qui concerne la répartition des soignants

12. **Pour répondre aux besoins de la population en termes de couverture sanitaire universelle et par rapport aux ODD, il faut utiliser de manière optimale des ressources limitées et veiller à ce que celles-ci soient employées de façon stratégique moyennant l'adoption et la mise en œuvre de politiques fondées sur des bases factuelles en faveur des personnels de santé, adaptées au contexte local.** Les difficultés actuelles liées aux déficits et aux déséquilibres parmi les personnels de santé, auxquels s'ajoutent le vieillissement de la population et les évolutions épidémiologiques, signifient que pour atteindre des objectifs sanitaires plus ambitieux que jamais, il faut prendre de nouvelles mesures, modernes, en faveur des ressources humaines pour la santé. Pour parvenir à la couverture sanitaire universelle, il faut admettre que la prestation de soins par une équipe, au niveau primaire, peut être utile pour offrir des soins intégrés et axés sur le patient, grâce à la contribution potentielle de divers types d'agents de santé qui collaborent plus étroitement et en rationalisant leur champ d'exercice. Par conséquent, il faut adopter des stratégies plus efficaces et efficaces et une réglementation appropriée pour la formation des personnels de santé, un éventail de compétences plus durable et répondant mieux aux besoins, de meilleures stratégies de déploiement et de meilleures conditions de travail, des systèmes de récompense, des possibilités de formation continue et de développement de carrière afin d'améliorer les capacités et la motivation pour plus de performance.
13. **Il est possible d'améliorer considérablement l'efficacité en renforçant les institutions nationales pour leur permettre de concevoir et de mettre en œuvre des stratégies plus efficaces et une réglementation appropriée pour les personnels de santé.** Il est tout à fait possible de garantir une utilisation plus efficace et efficiente des ressources en adoptant un modèle de prestation des soins et un éventail de compétences varié et durable axés sur les soins de santé primaires et reposant sur des liens solides avec les personnels des services sociaux et des mécanismes d'orientation vers les soins secondaires. Il est tout aussi possible de faire augmenter la performance et la productivité en améliorant les systèmes de gestion et les conditions de travail des personnels de santé et en exploitant pleinement le potentiel de collaboration avec le secteur privé, en prenant des mesures incitatives et en alignant les activités du secteur privé sur les objectifs sanitaires du secteur public. Pour concrétiser ces progrès, il faut disposer des moyens institutionnels nécessaires à la mise en œuvre, à l'évaluation et à l'amélioration des politiques de planification, de formation et de gestion des ressources humaines pour santé.

Options pour les États Membres de l'OMS ¹

Tous les pays

14. **Renforcer le contenu et la mise en œuvre des plans relatifs aux ressources humaines pour la santé dans le cadre des politiques et stratégies sanitaires nationales.** À cet égard, il sera intéressant d'instaurer un dialogue intersectoriel et d'organiser un alignement entre les différents ministères compétents (santé, travail,

¹ La plupart des options proposées dans cette section et dans les suivantes sont de portée générale et peuvent être envisagées par tous les pays, quel que soit leur niveau de développement socioéconomique. Si certaines options peuvent s'avérer particulièrement pertinentes pour les pays appartenant à certaines catégories de revenu ou pour les pays fragiles, cela est explicitement indiqué. Cette distinction ne saurait être interprétée comme rigide, dans la mesure où la situation des pays peut évoluer dans le temps et où plusieurs pays peuvent connaître des difficultés similaires concernant les personnels et systèmes de santé, même si les conséquences sur le financement, l'emploi et le marché du travail sont différentes.

éducation, finances, etc.), les autres parties prenantes et le secteur privé, ainsi que les autorités gouvernementales locales. Il est particulièrement important de trouver des solutions pragmatiques afin de vaincre les rigidités qui marquent profondément les règles et les pratiques du secteur public, qui nuisent à l'adoption de systèmes de récompense adéquats, aux conditions de travail et aux perspectives de carrière : les ministères de la santé, les commissions de la fonction publique et les employeurs doivent adapter les conditions d'emploi, la rémunération et les incitations non-financières afin que les personnels de santé bénéficient de conditions justes, puissent faire évoluer leur carrière selon leur mérite et disposent de conditions de pratique positives permettant de les déployer efficacement, de les fidéliser et de les motiver suffisamment pour qu'ils dispensent des soins de qualité.

15. **Veiller à l'utilisation efficace des ressources disponibles.** À l'échelle mondiale, entre 20 % et 40 % des dépenses de santé sont inutiles, en grande partie à cause du manque d'efficacité des personnels de santé. (23) Des systèmes de responsabilisation devraient être mis en place pour améliorer l'efficacité des dépenses de santé et de celles consacrées aux ressources humaines pour la santé. En plus de mesures telles que l'arrêt de la rémunération de travailleurs fantômes dans le secteur public, (24) il faudra absolument adopter des méthodes appropriées et rentables afin de dispenser des soins communautaires, axés sur le patient, continus et intégrés. On devra, à cet égard, appliquer des modèles de prestation de soins à partir d'un éventail de compétences approprié et durable afin de répondre équitablement aux besoins sanitaires de la population. Les systèmes de santé devraient donc faire correspondre les forces du marché aux attentes de la population dans le but de parvenir à la couverture sanitaire universelle et à une prestation de services intégrée, centrée sur le patient, basée sur les soins de santé primaires et un mécanisme efficace d'orientation vers les soins secondaires et spécialisés, tout en évitant la surmédicalisation.
16. **Lier la formation et les investissements dans le secteur public en faveur des personnels de santé aux besoins de la population et aux exigences du système de santé, en adoptant une approche coordonnée de la planification et de la formation des ressources humaines pour la santé,** y compris dans le but de former des étudiants venant de zones rurales, en veillant à l'équilibre hommes-femmes, et en favorisant la formation interprofessionnelle et la collaboration. Il est possible d'améliorer radicalement la qualité des personnels en mettant en œuvre un programme de formation novateur, (25) mettant l'accent sur les compétences et qui devrait permettre aux agents de santé d'acquérir les connaissances et les compétences concernant les déterminants sociaux de la santé et la santé publique. Ce programme doit englober la préparation et la riposte aux épidémies afin d'améliorer la sécurité sanitaire mondiale et de progresser dans l'application du Règlement sanitaire international. Il est tout aussi essentiel d'inculquer aux personnels de santé les valeurs et les attitudes professionnelles nécessaires pour dispenser des soins adaptés aux besoins, dans le respect des patients, en tenant notamment compte de la nécessité d'éliminer les discriminations dues au sexe, au vieillissement, à la santé mentale, à la santé sexuelle et génésique et au VIH/sida. Pour progresser dans ce sens, il faut renforcer les capacités des autorités de réglementation et d'accréditation afin d'améliorer l'élaboration et l'application de normes et de règles et d'introduire une procédure nationale d'autorisation d'exercice basée sur les compétences ainsi que des évaluations en vue du renouvellement de cette autorisation pour les diplômés des institutions publiques et des institutions privées. Les possibilités de collaboration Nord-Sud et Sud-Sud pour la formation et l'investissement doivent être étudiées.
17. **Optimiser la motivation, la satisfaction, la fidélisation et la performance des personnels de santé** en mettant en place un ensemble de politiques pour attirer et fidéliser ces personnels, qui visent notamment à assurer la sécurité de l'emploi et une charge de travail gérable, et à offrir des possibilités de formation continue et d'évolution professionnelle, de meilleures perspectives de carrière, des mesures incitatives en faveur de la famille et pour améliorer le mode de vie, des allocations de pénibilité, des allocations pour le logement et l'éducation. Pour garantir un déploiement équitable des personnels de santé, il est essentiel de sélectionner les personnes à former dans des zones rurales et sous-desservies, et d'envoyer du personnel dans ces endroits, et de mettre en place des mesures incitatives, financières et autres, ainsi que des mesures réglementaires ou de réorganiser la prestation des services. (26)
18. **Exploiter, lorsque c'est faisable et rentable, les possibilités offertes par les technologies de l'information et de la communication (TIC),** en particulier pour ce qui a trait au cyberapprentissage, aux dossiers médicaux électroniques, aux outils de prise de décision clinique, à la logistique, à la gestion de la performance, aux boucles de rétroaction et au contrôle de la qualité des services. (27) Il faut établir des normes et des procédures d'accréditation pour la certification des formations dispensées selon des approches mixtes incluant le cyberapprentissage, et

une réglementation appropriée pour la prestation de services de santé mobile et la manipulation de données sur les personnels dans le respect des exigences de confidentialité. (28)

19. **Renforcer la résilience et l'autonomie des communautés**, en les faisant participer aux décisions prises et aux choix faits en commun et en donnant aux patients et à leur famille les connaissances et les compétences nécessaires afin qu'ils deviennent de véritables atouts pour le système de santé et collaborent activement à la production des soins au lieu d'être seulement des bénéficiaires passifs des services.

Pays à revenu élevé

20. **Corriger la configuration et l'offre concernant les spécialistes et les généralistes**, les autres praticiens de niveau avancé et les autres catégories de personnel - grâce à des stratégies et à des mesures incitatives appropriées pour la planification et la formation et à des investissements suffisants dans la médecine générale et la médecine de famille afin de dispenser des soins intégrés communautaires, centrés sur la personne et continus.
21. **Maintenir, améliorer ou instituer des mécanismes systématiques pour améliorer la qualité, la performance et la répartition des personnels de santé**, y compris moyennant un déploiement et une fidélisation adéquats.

Pays à revenu faible ou intermédiaire

22. **Renforcer les capacités et améliorer la qualité des établissements de formation en accréditant ces derniers et en certifiant les diplômes** pour répondre aux exigences actuelles et futures en matière de formation et ainsi satisfaire les besoins sanitaires de la population. Dans certains cas, il faudra peut-être repenser les méthodes de recrutement des personnels de santé par le biais de mécanismes d'éducation conjointe et de planification. En particulier, dans certains pays à revenu faible, il faut remettre l'accent sur l'éducation primaire et secondaire afin de constituer un vivier suffisant de diplômés susceptibles d'entamer des programmes de formation dans le domaine de la santé, où hommes et femmes sont à égalité et qui reflètent les caractéristiques démographiques et la répartition de la population.
23. **Veiller à ce que l'augmentation prévue de l'enveloppe destinée aux dépenses de santé s'accompagne d'une allocation rentable des ressources, en particulier pour privilégier le déploiement d'équipes pluridisciplinaires assurant les soins primaires**, composées d'agents de santé ayant de larges compétences, en évitant de trop avoir recours aux soins tertiaires pour ne pas faire augmenter exagérément les coûts. Pour cela, il faut s'appuyer sur un éventail de compétences variées et durables et exploiter le potentiel des praticiens communautaires et de niveau intermédiaire pour étendre la prestation des services aux populations pauvres et marginalisées. (29, 30) Dans de nombreux endroits, l'intégration des praticiens communautaires dans le système de santé et l'élaboration d'une politique nationale sur ce thème, peuvent permettre à ces praticiens de bénéficier d'un soutien adéquat de la part du système et d'agir plus efficacement au sein d'équipes intégrées assurant les soins primaires. (31, 32) Le soutien apporté par des partenaires nationaux et internationaux en vue d'étendre le recours à ces praticiens doit être harmonisé et aligné par rapport aux politiques et systèmes nationaux. (33)
24. **Optimiser la performance des personnels de santé en instaurant une série de mesures en faveur d'un emploi juste et officialisé, dans un environnement de travail favorable.** À cet égard, il faut définir clairement pour les agents de santé des rôles, des attentes, des lignes directrices et des processus de travail adéquats mais aussi offrir à ces personnels des possibilités de combler leurs lacunes professionnelles, un retour d'informations pour les soutenir, un environnement de travail adapté et des incitations. En outre, et c'est essentiel, ils doivent être rémunérés équitablement selon leurs compétences, en principe régulièrement et sans retard, et pouvoir bénéficier de systèmes de récompense au mérite et de possibilités d'évolution de carrière.

États fragiles et pays en situation d'urgence chronique

25. **Outre les options présentées ci-dessus, dans les situations de fragilité, d'insécurité et d'instabilité politique, il faut aussi garantir la protection des personnels de santé contre les actes de violence et divers préjudices**, dans le cadre d'une action plus large visant à mettre en place un environnement propice assurant la santé et la sécurité sur le lieu de travail.

Responsabilités du Secrétariat de l'OMS

26. **Mettre au point des orientations normatives, soutenir des travaux de recherche opérationnelle pour définir des options fondées sur des bases factuelles et assurer une coopération technique** – en fonction des besoins des États Membres – en ce qui concerne la formation des personnels de santé, le champ d'exercice des différentes catégories de personnel, les stratégies de déploiement et de fidélisation fondées sur des bases factuelles et les approches relatives au contrôle de la qualité et à l'amélioration des performances, y compris par le biais de la réglementation.

Recommandations pour les autres parties prenantes et les partenaires internationaux

27. **Les établissements de formation doivent adapter leur configuration institutionnelle et leurs modalités d'enseignement pour répondre à l'évolution des besoins.** Compte tenu de l'augmentation du nombre d'établissements de formation privés, il est essentiel de parvenir à harmoniser les normes de qualité dans les instituts de formation publics et privés.
28. **Les conseils professionnels, les autres autorités de réglementation ou – si cela est pertinent dans le contexte institutionnel national – les services compétents des ministères de tutelle doivent adopter une réglementation adaptée** transparente, proportionnée, cohérente et ciblée. Ces entités sont essentielles pour garantir que les professionnels sont compétents, ont suffisamment d'expérience et respectent les normes convenues en matière d'éthique ; il faut aider les pays à mettre en place de telles entités ou à les renforcer, si nécessaire. Les conseils professionnels ou les associations professionnelles doivent mettre en place des mécanismes appropriés pour distinguer leur rôle de garant de la qualité de la pratique de celui de représentant des intérêts de leurs membres. (35) Les autorités de réglementation doivent tenir un registre des personnes compétentes qui exercent plutôt que de celles qui ont simplement achevé leurs études, superviser l'homologation des programmes de formation initiale, mettre en œuvre des mécanismes pour assurer le maintien des compétences, appliquer des procédures justes et transparentes pour faciliter la mobilité des praticiens tout en protégeant la population, et proposer une série d'approches concernant les conduites et les compétences qui soient proportionnées au risque, efficaces et efficaces. (36) Les conseils professionnels et les associations professionnelles devraient collaborer en vue d'établir des modèles de partage des tâches et de collaboration interprofessionnelle et veiller à ce que les personnels autres que les dentistes, les sages-femmes, les infirmières et infirmiers, les pharmaciens et les médecins bénéficient aussi systématiquement de procédures d'accréditation et de réglementation.

Objectif 2

Faire correspondre les cadres d'investissement dans les ressources humaines pour la santé, aux niveaux national et mondial, aux besoins futurs des systèmes de santé et aux exigences du marché du travail, en multipliant les possibilités de création d'emplois et de croissance économique.

CIBLE 2.1.

Tous les pays : d'ici à 2030, 80 % des pays auront alloué au moins [xx] % de leur PIB à la production, au recrutement, au déploiement et à la fidélisation des soignants, en maintenant un équilibre pour tenir compte d'autres priorités sanitaires et de développement social.

CIBLE 2.2.

Pays à revenu élevé ou intermédiaire : d'ici à 2030, tous les pays auront satisfait au moins 90 % de leurs besoins en personnels de santé avec leurs propres ressources humaines pour la santé, conformément aux dispositions du Code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé.

CIBLE 2.3.

Pays à revenu faible ou intermédiaire : d'ici à 2030, les pays auront créé et pourvu durablement au moins 10 millions de postes de travail supplémentaires dans les secteurs de la santé et de la prise en charge sociale afin de répondre aux besoins non satisfaits en termes d'équité et d'efficacité de la couverture des services de santé.

CIBLE 2.4.

Pays à revenu élevé : veiller à ce que, d'ici à 2030, tous les pays de l'OCDE aient pu démontrer qu'ils allouent au moins 25 % de l'aide au développement destinée à la santé aux ressources humaines pour la santé.

29. **Au niveau mondial, la demande de personnels de santé et les effectifs de ces personnels devraient augmenter considérablement dans les prochaines décennies en raison de la croissance démographique et de la croissance économique associées aux transitions démographique et épidémiologique.** On constate toutefois des écarts importants entre les besoins, la demande et l'offre aux niveaux national, local et mondial, lesquels entraînent une répartition et un déploiement inéquitables des personnels de santé. Il se pourrait que les efforts déployés pour généraliser les interventions essentielles en vue d'atteindre les cibles relatives à la santé prévues dans les objectifs de développement durable et la couverture sanitaire universelle soient compromis par une pénurie sévère de personnels de santé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Parallèlement, de nombreux pays à revenu élevé se battent pour faire correspondre l'offre à la demande compte tenu des contraintes actuelles de coût et de pérennité, une tendance qui sera probablement aggravée par le vieillissement de la population. Ceci fait que, de manière chronique, on ne forme pas assez de nouvelles recrues et on se repose trop sur du personnel formé à l'étranger. (37)
30. **Le secteur public doit intervenir pour pallier l'offre réduite, le déploiement inéquitable et la motivation et la performance insuffisantes des personnels de santé.** Pour mettre en œuvre, dans le domaine des ressources humaines pour la santé, un programme permettant d'atteindre les objectifs sanitaires après 2015, il faudra disposer de plus de ressources et utiliser plus efficacement celles qui existent. Dans les pays pour lesquels des données sont disponibles, les dépenses nationales consacrées aux ressources humaines pour la

santé représentent, en moyenne, 33,6 % des dépenses publiques de santé ; (38) dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire, il est à la fois nécessaire et possible de déployer davantage d'efforts pour mobiliser des ressources nationales et ces efforts doivent s'appuyer sur des politiques macroéconomiques appropriées aux niveaux national et mondial. Les niveaux de financement doivent refléter l'intérêt des ressources humaines pour la santé dans l'économie du pays, dans la mesure où celles-ci peuvent améliorer la productivité des travailleurs dans d'autres secteurs. Mais plusieurs pays à revenu faible et États fragiles auront encore besoin d'une aide au développement pendant quelques décennies afin de disposer d'une marge de manœuvre suffisante pour consentir les investissements nécessaires dans les ressources humaines pour la santé ; dans ce contexte, un dialogue politique mondial de haut niveau est vivement souhaitable pour étudier comment adapter les mécanismes internationaux d'aide au développement et faire en sorte qu'ils permettent des investissements durables en capital et en dépenses de fonctionnement pour les ressources humaines pour la santé.

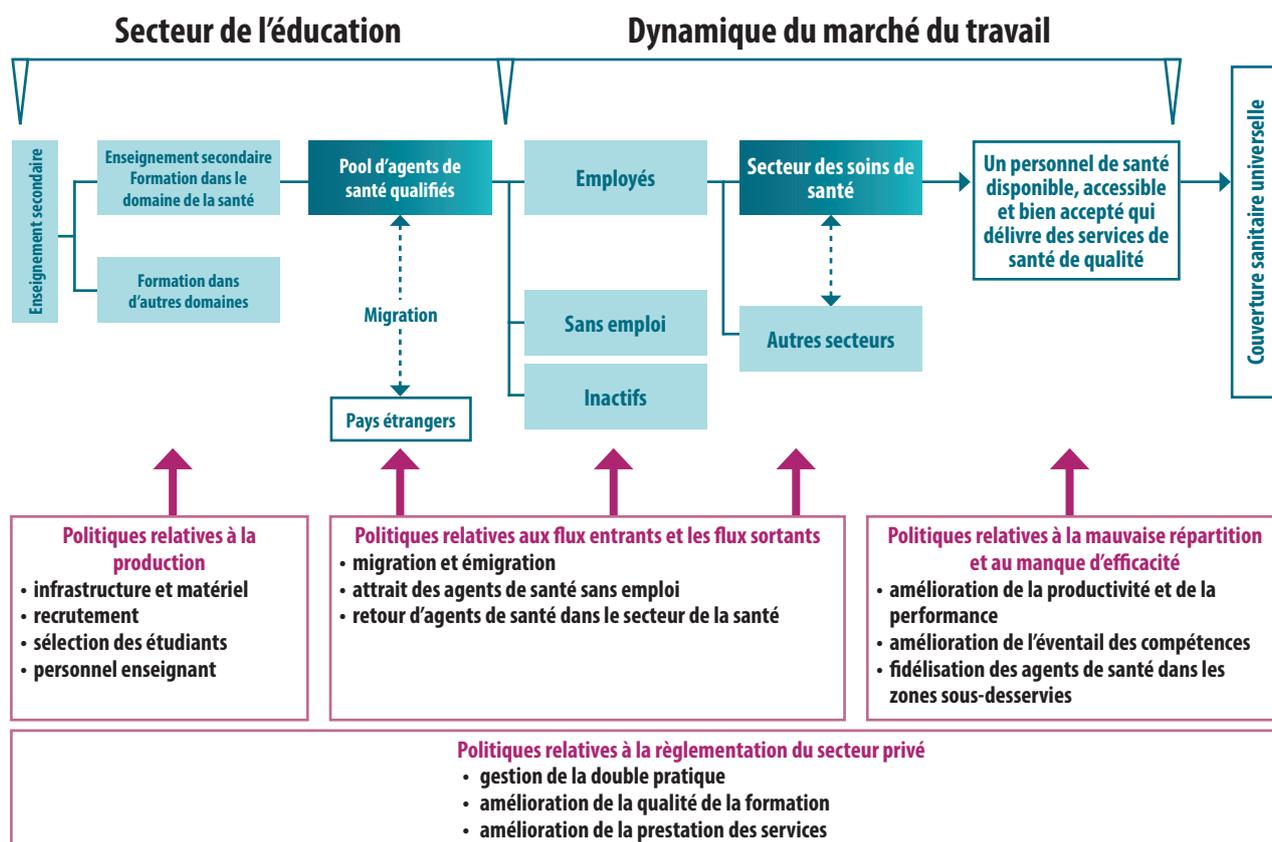
31. **On commence à disposer de nouvelles données sur l'impact socioéconomique plus large des investissements en faveur des personnels de santé.** L'emploi dans le secteur de la santé induit une forte croissance dans d'autres secteurs : (40) ceci, s'ajoutant à la croissance attendue sur le marché du travail, signifie qu'investir dans la formation et l'emploi dans le secteur de la santé et apporter un soutien permettra aux pays, quel que soit leur niveau de développement socioéconomique, de créer des emplois qualifiés dans le secteur officiel, une possibilité dont profiteront probablement surtout les femmes, dans la mesure où il n'y a pas de différence entre hommes et femmes en ce qui concerne les formations et l'emploi dans le domaine de la santé et compte tenu du rôle de plus en plus grand joué par les femmes parmi les personnels de santé.

Options pour les États Membres de l'OMS

Tous les pays

32. **Renforcer les capacités de prévision et de planification afin d'élaborer ou d'améliorer des politiques et des stratégies permettant de quantifier les besoins, la demande et l'offre concernant les personnels de santé** selon différents scénarios possibles afin de gérer le marché du travail et de concevoir des politiques

Figure 2. Cadre pour le marché du travail et leviers politiques pour atteindre la couverture sanitaire universelle



Source: Sousa et al, 2013, Bulletin of the WHO.

efficaces et efficaces qui répondent aux besoins d'aujourd'hui tout en anticipant les attentes de demain (figure 2). Les plans concernant les ressources humaines pour la santé ont un coût, qu'il faut calculer, et ils doivent être financés, mis en œuvre et continuellement affinés afin de porter sur a) l'estimation du nombre et des catégories d'agents de santé nécessaires pour répondre aux objectifs de santé publique et aux besoins sanitaires de la population ; b) les moyens de former suffisamment d'agents de santé qualifiés (politiques de formation) et sur c) la capacité du marché du travail à recruter, déployer et fidéliser les agents de santé (capacité économique et financière, déploiement, rémunération et fidélisation des personnels par le biais de stratégies financières et autres).

33. **Favoriser une action multisectorielle sur les questions relatives aux personnels de santé** afin d'obtenir le soutien nécessaire de la part des ministères des finances et du travail (ou leurs équivalents) et pour garantir l'alignement des différents secteurs et parties prenantes de la société avec les stratégies et les plans concernant les personnels de santé, en exploitant les avantages de ces plans et stratégies en termes de création d'emplois, de croissance économique et d'autonomisation des femmes.
34. **Investir à long terme (10 à 15 ans), par le biais de politiques et de stratégies publiques en faveur de conditions d'emploi décentes** respectueuses des droits des travailleurs, (41) garantissant un environnement de travail sûr et meilleur, y compris, au minimum, un salaire permettant de vivre et des incitations pour un déploiement et une fidélisation efficaces.

Pays à revenu élevé

35. **Investir dans la formation, le recrutement, le déploiement et la fidélisation de personnels de santé pour répondre aux besoins nationaux et infranationaux, en agissant à l'échelon national.** Améliorer les stratégies d'investissement dans la formation pour répondre à la demande actuelle et future sur le marché du travail et éviter que les nouveaux diplômés n'aient des difficultés à entrer sur le marché de l'emploi, notamment en période de récession, et qu'ils ne changent finalement d'orientation professionnelle (42)
36. **Envisager les possibilités de recyclage des travailleurs des secteurs de l'économie qui sont sur le déclin** (p. ex. : industrie ou agriculture, selon le pays) afin qu'ils puissent travailler dans le secteur de la santé ou dans le secteur social (43), et occupent en particulier des emplois relativement faciles d'accès et pour lesquels la formation est de courte durée.

Pays à revenu faible ou intermédiaire

37. **Les pays à revenu faible ou intermédiaire doivent investir davantage pour stimuler l'offre et la demande de personnels de santé et pour que celles-ci correspondent davantage aux besoins sanitaires de la population,** y compris en adoptant des stratégies appropriées pour fidéliser les personnels de santé dans le pays, suivant les principes énoncés dans le Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé. Dans de nombreux pays à revenu intermédiaire supérieur, il faudra pour cela accroître les capacités des agents de santé afin de faire face à l'augmentation de la demande nationale sous l'effet de la croissance économique, tout en maîtrisant l'augmentation des dépenses. (44)
38. **Les pays à revenu faible doivent mobiliser des ressources pour investir dans les ressources humaines pour la santé. Ces ressources peuvent venir de sources habituelles ou nouvelles,** y compris le budget général, l'assurance-maladie, des fonds prévus à cet effet, des taxes spéciales ou un financement par les industries minière et pétrolière, par exemple, au titre de leur responsabilité sociale. (45) Ces investissements doivent être conformes à l'action menée en matière de santé et de protection sociale. (46)

États fragiles et pays en situation d'urgence chronique

39. Outre les options présentées ci-dessus, dans les contextes de fragilité, d'insécurité et d'instabilité politique, il faut aussi **développer les capacités nationales à absorber et à utiliser efficacement les ressources nationales et internationales.** Dans ces situations en particulier, le soutien apporté par les partenaires du développement dans le domaine des ressources humaines pour la santé doit être prévisible et pérenne.

Responsabilités du Secrétariat de l'OMS

40. **Fournir des orientations normatives et assurer une coopération technique – selon les besoins des États Membres – pour la planification et les prévisions en matière de personnels de santé, l'analyse du marché du travail, le calcul du coût des stratégies nationales concernant les ressources humaines pour la santé et le suivi du financement national et international des ressources humaines pour la santé.** Étant donné que certains pays à revenu faible et pays fragiles ont encore besoin d'une aide extérieure, l'OMS devrait aussi plaider auprès des institutions financières mondiales et régionales, des partenaires du développement et des initiatives sanitaires mondiales en faveur de l'adoption de politiques macroéconomiques de financement permettant d'investir davantage et de manière plus ciblée dans les ressources humaines pour la santé.

Recommandations pour les autres parties prenantes et les partenaires internationaux

41. **Le Fonds monétaire international, la Banque mondiale, les banques régionales de développement, notamment, devraient admettre que les personnels de santé sont un secteur productif dans lequel il faut investir et que ces investissements permettraient de créer des millions d'emplois,** de libérer la croissance économique, de favoriser, plus largement, le développement socioéconomique, et devraient adapter leurs politiques macroéconomiques pour qu'il soit possible d'investir davantage dans les services sociaux.
42. **Les initiatives sanitaires mondiales doivent mettre en place des mécanismes de gouvernance afin qu'une évaluation des conséquences sanitaires soit prévue pour toutes les subventions et tous les prêts,** et que soit élaborée une stratégie montrant comment des programmes spécifiques contribueront au renforcement des capacités des ressources humaines pour la santé aux niveaux institutionnel, organisationnel et individuel. Le recrutement de personnel des services généraux par des programmes concernant certaines maladies en particulier fragilise les systèmes de santé et il vaut mieux intégrer ces programmes dans des stratégies en faveur des soins de santé primaires.
43. **Les partenaires du développement doivent coordonner leurs investissements en faveur des ressources humaines pour la santé et les faire correspondre aux besoins nationaux à long terme, tels qu'exprimés dans les plans sectoriels nationaux.** Les initiatives sanitaires mondiales devraient réaligner leur soutien aux personnels de santé pour les renforcer durablement et offrir notamment la possibilité d'investir en capital et en dépenses de fonctionnement pour les personnels de santé généraux pour ne plus privilégier seulement la formation continue à court terme, axée sur des maladies spécifiques. (47, 48) À cet égard, les partenaires du développement devraient envisager de créer un dispositif de financement multilatéral pour soutenir le financement international dans les systèmes de santé. (49)
44. **L'OCDE devrait mettre en place des mécanismes pour contrôler la proportion de l'aide au développement pour la santé allouée aux ressources humaines pour la santé,** car, actuellement, les procédures et les données nécessaires pour contrôler les flux de l'aide destinée à la santé ne permettent de rendre compte de manière fiable et cohérente des investissements dans les personnels de santé (50).

Objectif 3

Renforcer les capacités des institutions nationales et internationales pour un leadership et une gouvernance efficaces des mesures prises dans le domaine des ressources humaines pour la santé.

CIBLE 3.1.

d'ici à 2030, 80 % des pays disposeront de mécanismes institutionnels pour orienter et coordonner efficacement un programme intersectoriel concernant les personnels de santé.

45. **Il faut assurer une gouvernance efficace et renforcer les capacités institutionnelles pour mettre en œuvre un programme complet en faveur des personnels de santé dans les pays.** Malgré les progrès considérables de ces dernières décennies, ceux accomplis dans le domaine des ressources humaines pour la santé n'ont été ni assez rapides ni assez marqués. Le développement des personnels de santé est, en partie, un processus technique qui exige d'avoir des compétences en matière de planification, de formation et de gestion et de pouvoir inscrire ces compétences dans une vision à long terme en faveur du système de santé ; mais il s'agit également d'un processus politique qui exige de vouloir et de pouvoir coordonner les efforts de différents secteurs de la société et de différents niveaux de gouvernement. (51) La principale difficulté, ce n'est pas le manque de données sur les interventions efficaces mais de savoir comment, à la fois, assurer une gouvernance intersectorielle efficace, renforcer les capacités techniques et mobiliser des ressources financières pour mettre en œuvre un programme moderne en faveur des ressources humaines pour la santé. (52) À cet égard, les chefs d'État doivent faire preuve de volonté politique et de transparence.
46. **Il faut disposer de moyens techniques et de gestion pour que la volonté politique et les décisions prises se traduisent par une mise en œuvre effective.** Il faut professionnaliser la planification et la gestion des personnels de santé dans le cadre de la santé publique : nous avons besoin de professionnels de santé compétents mais aussi de gestionnaires compétents dans le domaine sanitaire. C'est essentiel pour fournir aux dirigeants politiques les données et les conseils techniques nécessaires et pour garantir la mise en œuvre effective et la supervision des politiques, des normes et des lignes directrices une fois qu'elles sont élaborées. (53)
47. **Une gouvernance sanitaire mondiale adaptée peut faciliter la mise en œuvre de programmes nationaux en faveur des ressources humaines pour la santé.** Un engagement et une action politiques au niveau des pays sont fondamentaux pour relever efficacement les défis liés aux personnels de santé. Cependant, certaines questions, telles que la création et le partage de biens publics mondiaux et de données, la fourniture ou la mobilisation d'une assistance technique et financière, la gestion éthique de la mobilité sur le marché du travail, l'évaluation des conséquences sur les ressources humaines pour la santé des buts fixés et des résolutions adoptées à l'échelle mondiale, sont de nature transnationale et appellent une approche mondiale reposant sur un engagement en faveur de la solidarité internationale. Il faut mettre en place un mécanisme mondial de gouvernance des ressources humaines pour la santé afin de permettre une participation politique à un haut niveau et un dialogue politique intersectoriel et multilatéral, et afin de favoriser la coordination mondiale et la responsabilisation mutuelle, en faisant le lien avec les procédures prévues au sein du système des Nations Unies pour suivre la réalisation de la couverture sanitaire universelle et des objectifs de développement durable.

Options pour les États Membres de l'OMS

Tous les pays

48. **Montrer que les ressources humaines pour la santé sont, au plan national, essentielles pour atteindre la couverture sanitaire universelle, utiliser cet argument pour exiger des plans et des budgets afin de mobiliser assez de ressources et s'appuyer sur les réglementations et les mécanismes nécessaires à des fins de coordination et de supervision des politiques .** Pour mettre en œuvre efficacement un programme national en faveur des ressources humaines, il faut gagner le soutien des ministères des finances,

de l'éducation et du travail, des commissions de la fonction publique, des autorités locales et du secteur privé. La coordination entre ces acteurs sera plus facile si l'on met en place des mécanismes nationaux pour coordonner la gouvernance et le dialogue politique entre les différents secteurs sur les ressources humaines pour la santé ; ces mécanismes doivent intégrer dans le processus de prise de décisions politiques la participation et les intérêts légitimes de plusieurs acteurs, dont la société civile, les citoyens, les agents de santé, les professionnels de la santé, leurs syndicats ou leurs associations, les organismes de réglementation, les associations d'employeurs, et les compagnies d'assurance afin d'élargir la prise en main politique et de garantir la pérennité institutionnelle des politiques et des stratégies relatives aux ressources humaines pour la santé, sans perdre de vue les objectifs des politiques publiques.

49. **Renforcer les capacités techniques et de gestion pour une élaboration et une mise en œuvre efficaces des politiques, normes et lignes directrices relatives aux ressources humaines pour la santé.** On accélèrera ainsi l'adoption de processus, de technologies et de modalités d'organisation des services et de formation novateurs pour une utilisation efficace des ressources.
50. **Veiller à ce que les personnels de santé du secteur public fassent le lien entre les efforts de développement des personnels de santé, les services sociaux** et les autres déterminants sociaux de la santé, tels que l'accès au logement, l'alimentation et l'état de l'environnement.

Pays à revenu élevé

51. **Développer les capacités de faire correspondre les mesures incitatives en matière de formation des personnels de santé et de prestation des soins aux objectifs de santé publique** Il faut pour cela créer des mécanismes institutionnels pour trouver un équilibre entre les besoins croissants liés au vieillissement de la population et de nouvelles technologies sanitaires toujours plus onéreuses, en faisant une prévision réaliste des ressources disponibles.

Pays à revenu faible ou intermédiaire

52. **Veiller à ce que tous les pays disposent d'une unité ou d'un service effectivement chargé des ressources humaines pour la santé** placé sous la responsabilité de ministres et ayant les capacités de défendre le développement des ressources humaines pour la santé ; de mobiliser des ressources et de les utiliser efficacement et en toute transparence ; de défendre l'amélioration des conditions de travail, la mise en place de systèmes de récompense et de structures d'évolution de carrière pour les agents de santé ; de diriger la planification et le développement des personnels de santé à court terme et à long terme ; d'analyser les données sur les personnels de santé et l'économie du travail ; de suivre efficacement la mobilité internationale des personnels de santé et de gérer les flux migratoires de façon à ce que le bénéfice soit maximal pour les pays sources ; et de suivre et d'évaluer les interventions relatives aux ressources humaines pour la santé.
53. **Renforcer l'environnement institutionnel pour la production, le déploiement, la fidélisation et la gestion des performances des personnels de santé.** Il faut, à cet égard, augmenter les capacités humaines et institutionnelles nécessaires à la conception, à l'élaboration puis à la mise en œuvre d'une formation initiale et d'une formation continue des personnels de santé ; à la naissance d'associations professionnelles ; à la conception de systèmes efficaces de gestion de la performance et de récompense ; et à la collaboration avec des établissements de formation et des soignants du secteur privé et à la réglementation des activités de ces établissements et soignants. En cas de décentralisation, ces capacités doivent être disponibles à l'échelon administratif voulu.

États fragiles et pays en situation d'urgence chronique

54. Outre les options ci-dessus, dans les situations de fragilité, d'insécurité et d'instabilité politique et lorsque le système central de gouvernance est fragile, il faut adopter parfois **des approches flexibles pour le développement des ressources humaines pour la santé adaptées à la réalité du pays. Par exemple, il intervenir au niveau décentralisé ou par l'intermédiaire d'acteurs non étatiques.**
55. **Exploiter la fenêtre d'opportunités – lorsque la disponibilité du financement des donateurs et les possibilités de réforme sont maximales – pour renforcer rapidement les institutions.** (55) À cet égard, il faut parfois établir, dès le début du processus de récupération, un registre des personnels de santé qui exercent par rapport aux personnes qui sont rémunérées, en éliminant le cas échéant les travailleurs fantômes (56)

Responsabilités du Secrétariat de l'OMS

56. **Assurer coopération technique et renforcement des capacités afin que les États Membres puissent développer leurs compétences de base concernant la politique, la planification, la mobilisation de ressources, la prévision et la gestion relatives aux ressources humaines pour la santé.** Il est possible de faciliter le renforcement des capacités en favorisant la mise au point d'un programme professionnel postuniversitaire internationalement reconnu sur les politiques et la planification relatives aux ressources humaines pour la santé, avec un parrainage et un réseau professionnel internationaux pour soutenir la mise en œuvre d'un savoir sur les personnels de santé.
57. **Renforcer les capacités mondiales pour mettre en œuvre le programme transnational concernant les ressources humaines pour la santé en favorisant une coordination, un alignement et une responsabilisation effectives** par le biais d'un réseau d'intervenants et d'acteurs internationaux.

Recommandations pour les autres parties prenantes et les partenaires internationaux

58. **Les parlements et la société civile doivent contribuer à maintenir l'élan en faveur des ressources humaines pour la santé par le biais des mécanismes de redevabilité** des établissements de formation et des employeurs du secteur public et du secteur privé.
59. **La communauté internationale, les partenaires du développement et les initiatives sanitaires mondiales doivent examiner systématiquement les conséquences pour les personnels de santé des objectifs sanitaires envisagés et adoptés.** À cet égard, le Secrétariat de l'OMS devrait également coopérer avec les organes directeurs afin que toutes les résolutions présentées, à l'avenir, à l'Assemblée mondiale de la Santé et aux comités régionaux comportent une évaluation des conséquences des recommandations techniques ou politiques sur les personnels de santé (57)

Objectif 4

Veiller à ce que le suivi et la transparence des efforts déployés en faveur des ressources humaines pour la santé aux niveaux national et mondial s'appuient sur des données fiables, des éléments factuels et des connaissances harmonisés et actualisés.

CIBLE 4.1.

Cible : d'ici à 2030, 90 % des pays auront mis en place des mécanismes pour partager des données sur les ressources humaines pour la santé, dans des comptes rendus nationaux sur les personnels de santé et en communiquant au Secrétariat de l'OMS et en publiant chaque année des indicateurs de base sur les ressources humaines pour la santé.

60. **Pour renforcer la planification, l'élaboration de politiques, la gouvernance et la redevabilité aux niveaux national et mondial, il faut absolument disposer de données de meilleure qualité sur les ressources humaines pour la santé.** La boucle de rétroaction entre les données et les politiques est un élément essentiel des systèmes de santé résilients, c'est-à-dire ceux qui ont la capacité de tirer des enseignements de l'expérience acquise et de s'adapter à l'évolution des besoins. La prévision des besoins en personnels de santé, sur la base d'informations fiables et actualisée, de l'analyse du marché du travail et de l'étude de scénarios futurs, peut faciliter l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi, l'évaluation de l'impact et l'actualisation permanente des stratégies relatives aux personnels de santé. Beaucoup d'améliorations peuvent encore être apportées dans ce domaine dans les décennies à venir, en tirant parti des possibilités offertes par l'innovation technologique, la connectivité, Internet et le début de l'ère des « big data » qui se caractérise par l'augmentation spectaculaire de la diversité et de la quantité des données collectées par les systèmes, les patients et les agents de santé.
61. **La réalisation des objectifs de développement pour l'après-2015 exige d'aligner les politiques publiques relatives à la gouvernance, à la redevabilité et à l'équité avec l'intelligence stratégique sur le marché du travail aux niveaux national et mondial.** Il faut stimuler la demande et l'utilisation proactive de données sur les personnels de santé dans les politiques publiques internationales, en encourageant, au niveau mondial, l'évaluation des conséquences sur les personnels de santé de tout objectif de santé publique ; on favorisera ainsi la demande et l'analyse de données sur les personnels de santé, notamment en ce qui concerne les initiatives sanitaires mondiales et les programmes liés aux cibles sanitaires relatives aux objectifs de développement durable et à la couverture sanitaire universelle. En améliorant l'architecture et l'interopérabilité des informations concernant les ressources humaines pour la santé, il est possible d'établir des indicateurs essentiels pour soutenir ces processus. Les données collectées devraient permettre d'avoir une vue d'ensemble des caractéristiques des personnels (dans le secteur public et dans le secteur privé), des modes de rémunération (quelle que soit la source de cette rémunération, pas uniquement dans le secteur public), des compétences des personnels (y compris le rôle des différents agents de santé, selon les catégories auxquelles ils appartiennent et selon le niveau des soins qu'ils dispensent), de la performance (grâce à la collecte systématique de données sur la productivité et la qualité des soins), des absences, de l'absentéisme et de leurs causes fondamentales, et des caractéristiques de la mobilité sur le marché du travail (milieu urbain contre milieu rural, secteur public contre secteur privé, mobilité internationale). (58)
62. **Cette stratégie comporte un cadre de responsabilité permettant d'évaluer les progrès accomplis par rapport aux recommandations.** Au niveau des pays, les options considérées comme les plus pertinentes par un État Membre devraient être intégrées dans les stratégies et les plans nationaux en faveur de la santé et du développement. Certaines cibles et certains indicateurs devraient figurer dans les cadres, politiques et stratégies nationaux de développement, et les mécanismes concernant plusieurs secteurs et plusieurs intervenants devraient être renforcés pour tenir compte des principales interventions et points de responsabilité, des intrants jusqu'à l'impact. Les processus et mécanismes existants pour l'examen du secteur de la santé au niveau des pays devraient prévoir une évaluation régulière des progrès accomplis en matière de personnels de santé dans le contexte

national. Au niveau mondial, la responsabilisation prévoira la mise en œuvre progressive de comptes rendus nationaux sur les personnels de santé, ainsi que l'établissement par les pays de rapports annuels sur les principaux indicateurs concernant les ressources humaines pour la santé et par rapport aux cibles accompagnant les quatre objectifs énoncés dans cette stratégie. Cette amélioration progressive des données permettra de rationaliser les modalités de notification par les États Membres et de faire effectivement le lien entre le suivi de la stratégie et le suivi du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé, ainsi qu'avec le suivi des résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé, des documents stratégiques et des résolutions adoptées dans les Régions concernant les ressources humaines pour la santé. Le suivi mondial sera aussi lié, de façon synchronisée, au cadre de responsabilité des nouveaux objectifs de développement durable.

Options pour les États Membres de l'OMS

Tous les pays

63. **Investir dans les capacités d'analyse de données sur les ressources humaines pour la santé et les systèmes de santé, sur la base des politiques et lignes directrices relatives à la standardisation et à l'interopérabilité des données sur les ressources humaines pour la santé, telles que l'ensemble minimal de données de l'OMS, afin d'établir des comptes rendus nationaux sur les personnels de santé.** (59) L'ensemble minimal de données devrait être progressivement étendu en vue d'établir une série complète d'indicateurs sur les réserves, la répartition, les flux, la demande, l'offre et la rémunération des personnels de santé, dans le secteur public et dans le secteur privé. Ceci est une condition préalable à une bonne compréhension du marché du travail et à la conception de solutions politiques efficaces. Les observatoires nationaux ou régionaux des personnels peuvent être utiles à la mise en œuvre de cette démarche. On peut gagner en efficacité en tirant parti des progrès technologiques, de la connectivité et d'Internet mais aussi de l'apparition de nouvelles approches pour la conception de systèmes de collecte, de rassemblement et d'utilisation de données sur les ressources humaines pour la santé (60)
64. **Mettre en place des mesures incitatives et des politiques pour la collecte, la présentation et l'analyse de données sur les personnels de santé afin de faciliter la transparence, la redevabilité et l'accès public à différents niveaux de prise de décision.** Les pays devraient, en particulier, faciliter la collecte et la présentation, aux niveaux national et infranational, de données sur les personnels de santé moyennant la présentation d'un rapport annuel standardisé à l'Observatoire mondial de la santé. Toutes les données sur les personnels de santé doivent, dans le respect de la confidentialité, être traitées comme un bien public mondial à partager dans le domaine public au profit des différents secteurs des pouvoirs publics, des associations de professionnels de santé et des partenaires du développement.
65. **Intégrer dans les stratégies nationales sur la santé ou les ressources humaines pour la santé les options présentées dans cette stratégie, en tenant compte des exigences en matière de suivi et de redevabilité.** La redevabilité concernant les ressources humaines pour la santé au niveau national doit s'accompagner de mécanismes de redevabilité au niveau local afin que les communautés et les usagers puissent faire entendre leur voix et aient la capacité d'agir. On créera ainsi des boucles de rétroaction pour améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients. De la même manière, au niveau mondial, les pays doivent demander au Bureau du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies de veiller à ce que le cadre de responsabilité des objectifs de développement durable comporte des cibles ou des indicateurs concernant les personnels de santé.

Pays à revenu élevé

66. **Appliquer des approches relevant des « big data » afin d'avoir une idée plus précise des personnels de santé,** notamment de leurs effectifs, de leurs caractéristiques et de leur performance, et de repérer ainsi les lacunes et les possibilités de renforcer les personnels de santé.

Pays à revenu faible ou intermédiaire

67. **Renforcer les systèmes d'information sur les ressources humaines pour la santé et constituer le capital humain nécessaire pour les rendre opérationnels** en tenant compte des systèmes plus larges d'information sur la gestion sanitaire, à tous les niveaux, et de la capacité d'utiliser efficacement les données pour dialoguer avec les décideurs.

68. **Exploiter les possibilités de progresser rapidement en adoptant des solutions relevant des TIC** pour la collecte et le stockage de données sur les ressources humaines pour la santé, en évitant les infrastructures exigeant beaucoup de capital dont on avait besoin auparavant.

États fragiles et pays en situation d'urgence chronique

69. Outre les options ci-dessus, dans les situations de fragilité, d'insécurité et d'instabilité politique, il faut aussi **professionnaliser la mise au point de systèmes d'information sur les ressources humaines pour la santé en prenant des initiatives ciblées pour renforcer les capacités** et en mettant en place ou en renforçant les institutions voulues au niveau national. (61)

Responsabilités du Secrétariat de l'OMS

70. **Mettre au point des outils, des lignes directrices et des bases de données concernant les données sur les ressources humaines pour la santé, en étudier l'utilité, les mettre à jour et en assurer la maintenance.**
71. **Faciliter l'établissement progressif de comptes rendus nationaux sur les personnels de santé** et d'un système numérique de notification afin que les pays puissent présenter chaque année un rapport basé sur une série minimale d'indicateurs sur les ressources humaines pour la santé, y compris des informations sur la production, le recrutement, la disponibilité, la composition, la répartition, le coût et les flux migratoires des personnels de santé. (62)
72. **Rationaliser les modalités de notification par les États Membres**, en intégrant dans les rapports annuels sur les ressources humaines pour la santé le suivi de l'application du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé et des résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé sur les ressources humaines pour la santé, ainsi que les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé. Adapter, intégrer et relier le suivi des cibles de la stratégie mondiale au nouveau cadre de responsabilité des objectifs de développement durable.

Recommandations pour les autres parties prenantes et les partenaires internationaux

73. **Le Bureau international du travail doit réviser la Classification internationale type de professions (CITP)**, afin que les agents de santé et les professions de santé y soient classés et définis plus clairement (63) afin de refléter leurs compétences et les tâches qu'ils accomplissent.
74. **Les établissements universitaires et de recherche doivent exploiter le renforcement des données et des mesures concernant les ressources humaines pour la santé afin d'évaluer l'impact et d'étudier la rentabilité** et le retour sur investissement des interventions en faveur des personnels de santé. (64)

Annexe 1

Conditions à remplir pour mettre en œuvre la stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé et coûts associés

L'annexe 1 sera disponible en juillet 2015, une fois que l'analyse aura été achevée.

Annexe 2

Liste annotée des principaux outils et des principales lignes directrices pour l'évaluation, la planification, la prévision, la formation, la gestion et le déploiement des ressources humaines pour la santé

L'annexe 2, qui sera établie en juillet 2015, comportera une vue d'ensemble des lignes directrices et des recommandations fondées sur des bases factuelles.

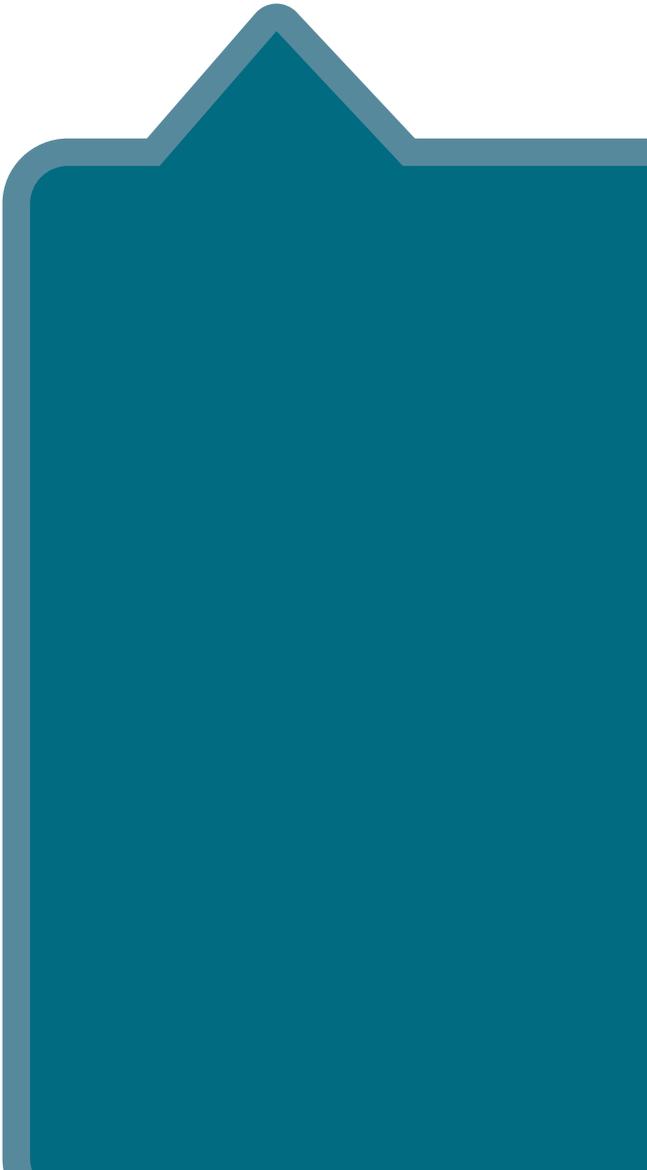
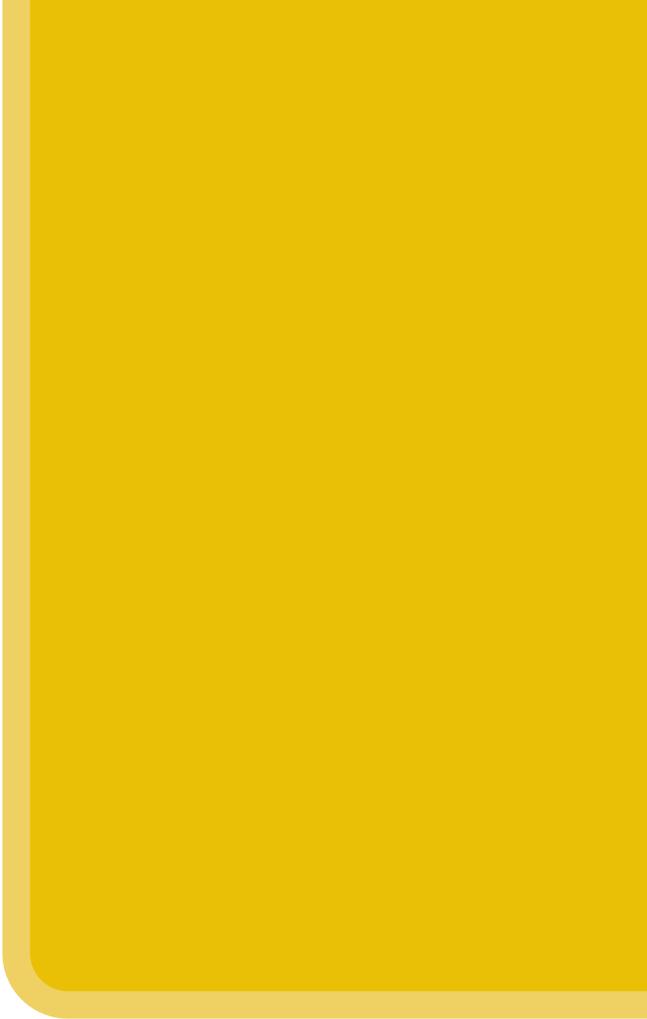
Références

1. GHWA-WHO 2015. Health Workforce 2030 – Towards a global strategy on human resources for health (http://www.who.int/hrh/documents/synthesis_paper_them2015/en/, accessed 5 June 2015)
2. Campbell J, Dussault G, Buchan J, Pozo-Martin F, Guerra Arias M, Leone C, et al. A universal truth: no health without a workforce. Forum report, third Global Forum on Human Resources for Health, Recife, Brazil. Geneva: Global Health Workforce Alliance and World Health Organization; 2013 (<http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/hrhreport2013/en/>, accessed 13 February 2015)
3. International Health Regulations (2005). Geneva: World Health Organization; 2008 (<http://www.who.int/ihr/publications/9789241596664/en/>, accessed 13 February 2015).
4. The world health report 2007 – a safer future: global public health security in the 21st century. Geneva: World Health Organization; 2007 (<http://www.who.int/whr/2007/en/>, accessed 13 February 2015).
5. Campbell J, Buchan J, Cometto G, David B, Dussault G, Fogstad H, et al. Human resources for health and universal health coverage: fostering equity and effective coverage. Bulletin of the World Health Organization. 2013;91(11):853–63.
6. Van Lerberghe W, Matthews Z, Achadi E, et al. Country experience with strengthening of health systems and deployment of midwives in countries with high maternal mortality. Lancet. 2014;384(9949):1215–25.
7. Campbell J, Dussault G, Buchan J, Pozo-Martin F, Guerra Arias M, Leone C, et al. A universal truth: no health without a workforce. Forum report, third Global Forum on Human Resources for Health, Recife, Brazil. Geneva: Global Health Workforce Alliance and World Health Organization; 2013 (<http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/hrhreport2013/en/>, accessed 13 February 2015)
8. De Luca MA, Soucat A. Transforming the global health workforce. New York: New York University; 2013.
9. Cometto G, Boerma T, Campbell J, et al. The third Global Forum: framing the health workforce agenda for universal health coverage. Lancet Global Health. 2013;(6):e324–5.
10. The road to dignity by 2030: ending poverty, transforming all lives and protecting the planet. Synthesis report of the Secretary-General on the post-2015 agenda. New York: United Nations; 2014 (http://www.un.org/disabilities/documents/reports/SG_Synthesis_Report_Road_to_Dignity_by_2030.pdf, accessed 13 February 2015).
11. World Health Organization 2014. WHA 67.24 - Follow-up of the Recife Political Declaration on Human Resources for Health: renewed commitments towards universal health coverage. (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R24-en.pdf?ua=1, accessed 5 June 2015)
12. Hernandez P, Poullier J, Van Mosseveld C, et al. Health worker remuneration in WHO Member States. Bulletin of the World Health Organization. 2013;91(11):808–15.
13. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. Lancet. 2014. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61682-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61682-2)
14. WHO 2015. WHO Global Strategy on People-Centred and Integrated Health Services. – Interim report. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en/> accessed 5 June 2015)
15. Economic, demographic, and epidemiological transitions and the future of health labour markets. Global Health Workforce Alliance, Working Group 1, 2014 (http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/WG1_SynthesisSept282014.pdf?ua=1, accessed 14 February 2015)
16. WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. WHA63.16. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R16-en.pdf, accessed 13 February 2015)
17. United Nations 2015. Global!Strategy for Women’s, Children’s and Adolescents’ Health–Zero draft for consultation http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/global-strategy_zero-draft.pdf Accessed 5 June 2015

18. WHO 2015. WHO Global Strategy on People-Centred and Integrated Health Services. – Interim report. Geneva: World Health Organization. <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en/> accessed 5 June 2015
19. Every newborn: an action plan to end preventable deaths. Geneva: World Health Organization and United Nations Children's Fund; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/127938/1/9789241507448_eng.pdf, accessed 14 February 2015).
20. Family Planning 2020 (<http://www.familyplanning2020.org/>, accessed 14 February 2015).
21. 90-90-90: an ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS); 2014 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en_0.pdf, accessed 14 February 2015).
22. UNAIDS 2015. UNAIDS 2016–2021 Strategy – draft- http://www.unaids.org/en/resources/campaigns/20150301_strategy_consultation/timeline accessed 5 June 2015
23. Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf?ua=1, accessed 14 February 2015).
24. The world health report 2010 – health system financing: the path to universal health coverage. Geneva: World Health Organization; 2010 (<http://www.who.int/whr/2010/en/>, accessed 15 February 2015).
25. Dominican Republic's health sector reinvests savings from ghost workers to improve care. Intrahealth International; 2010 (<http://www.intrahealth.org/page/dominican-republics-health-sector-reinvests-savings-from-ghost-workers-to-improve-care>, accessed 15 February 2015).
26. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010; 376(9756):1923–58.
27. Buchan J, Couper ID, Tangcharoensathien V, et al. Early implementation of WHO recommendations for the retention of health workers in remote and rural areas. *Bulletin of the World Health Organization*. 2013;91(11):834–40.
28. Information technology (IT) in the new global strategy on human resources for health. Input to GHWA public consultation process from participants at the GETHealth Summit, Dublin Castle, Ireland, 14 November 2014 (http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/4HSE_GlobalHealthProgrammeIreland.pdf?ua=1, accessed 15 February 2015).
29. Bollinger R, Chang L, Jafari R, et al. Leveraging information technology to bridge the health workforce gap. *Bulletin of the World Health Organization*. 2013;91(11):890–2.
30. Lewin S, Munabi-Babigumira S, Glenton C, et al. Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010;3.
31. Lassi Z, Cometto G, Huicho L, et al. Quality of care provided by mid-level health workers: systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*. 2013;91(11):824–33l.
32. McCord GC, Liu A, Singh P. Deployment of community health workers across rural sub-Saharan Africa: financial considerations and operational assumptions. *Bulletin of the World Health Organization*. 2013;91:244–53B
33. Tulenko K et al. Community health workers for universal health-care coverage: from fragmentation to synergy *Bulletin of the World Health Organization* 2013;91:847-852
34. GHWA and WHO, 2013. Mogedal S, Wynd S, Afzal M. A framework for partners' harmonised support Community Health Workers and Universal Health Coverage. http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/frame_partner_support/en/ Accessed 5 June 2015
35. xxx
36. Campbell J, Dussault G, Buchan J, Pozo-Martin F, Guerra Arias M, Leone C, et al. A universal truth: no health without a workforce. Forum report, third Global Forum on Human Resources for Health, Recife, Brazil. Geneva: Global Health Workforce Alliance and World Health Organization; 2013 (<http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/hrhreport2013/en/>, accessed 13 February 2015)

37. Improving health worker performance. Published for the U.S. Agency for International Development by the Quality Assurance Project. Bethesda, MD: University Research Co., LLC; 2014 (https://www.usaidassist.org/sites/assist/files/improving_health_worker_performance_feb2014.pdf, accessed 15 February 2015).
38. Tankwanchi A, Ozden C, Vermund S. Physician emigration from sub-Saharan Africa to the United States: analysis of the 2011 AMA Physician Masterfile. *PLoS Medicine*. 10(12). doi: 10.1371/journal.pmed.1001513
39. Hernandez P, Poullier J, Van Mosseveld C, et al. Health worker remuneration in WHO Member States. *Bulletin of the World Health Organization*. 2013;91(11):808–15
40. ILO comments on draft papers of TWGs 1, 3, 7 & 8. Submission to the public consultation process on the global strategy on human resources for health. Geneva: International Labour Office; 2014 (http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/GHWA-consultation_ILO-comments.pdf?ua=1, accessed 14 February 2015)
41. Arcand, JL, Araujo EC, Menkulasic G, Weber M. Health sector employment, health care expenditure and economic growth: what are the associations? Washington (DC): World Bank; forthcoming.
42. ILO, 1978. C151: Labour Relations (Public Service) Convention, 1978 (No. 151). Convention Concerning Protection of the Right to Organise and Procedures for Determining Conditions of Employment in the Public Service. Geneva: International Labour Office; 1978 (http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:P12100_INSTRUMENT_ID:312296, accessed 14 February 2015).
43. Economic, demographic, and epidemiological transitions and the future of health labour markets. Global Health Workforce Alliance, Working Group 1, 2014 (http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/WG1_SynthesisSept282014.pdf?ua=1, accessed 14 February 2015).
44. Prissades et al.
45. Economic, demographic, and epidemiological transitions and the future of health labour markets. Global Health Workforce Alliance, Working Group 1, 2014 (http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/WG1_SynthesisSept282014.pdf?ua=1, accessed 14 February 2015).
46. Leadership and governance for enhanced HRH contributions to health systems strengthening: insights, imperatives, investments. Technical Working Group 5 for the global strategy on human resources for health; 2014 (http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/TWG5_LeadershipandGovernance.pdf?ua=1, accessed 14 February 2015).
47. The ILO Social Protection Floors Recommendation, 2012 (No. 202). Geneva: International Labour Office; 2012 (http://www.ilo.org/secsoc/areas-of-work/legal-advice/WCMS_205341/lang--en/index.htm, accessed 14 February 2015).
48. Vujicic M, Weber S, Nikolic I, et al. An analysis of GAVI, the Global Fund and World Bank support for human resources for health in developing countries. *Health Policy and Planning*. 2012;27(8):649–57.
49. Bowser D, Sparkes SP, Mitchell A, et al. Global Fund investments in human resources for health: innovation and missed opportunities for health systems strengthening. *Health Policy and Planning*. 2014;29(8):986–97.
50. Gostin L. Ebola: towards an international health systems fund. *Lancet*. 2014;384(9951):e49–51.
51. Campbell J, Jones I and Whyms D. More money for health, more health for the money: A health workforce perspective.
52. Sales M, Kieny MP, Krech R, Etienne C. Human resources for universal health coverage: from evidence to policy and action. *Bulletin of the World Health Organization*. 2013;91(11):798–798A.
53. Padilha A, Kasonde J, Mukti G, Crisp N, Takemi K, Buch E. Human resources for universal health coverage: leadership needed. *Bulletin of the World Health Organization*. 2013;91(11):800–800A.
54. Nurse J. What are the health workforce and service implications of the Global Framework for Public Health? Discussion paper, 2014 (http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/RefA_PublicHealthpaper.pdf?ua=1, accessed 20 January 2015).
55. Kingue S, Rosskam E, Bela AC, Adjidja A, Codjia L. Strengthening human resources for health through multisectoral approaches and leadership: the case of Cameroon. *Bulletin of the World Health Organization*. 2013;91(11):864–7.

56. Pavignani E. Human resources for health through conflict and recovery: lessons from African countries. *Disasters*. 2011;35(4):661–79.
57. Re-energizing the HRH agenda for a post-2015 world: responding to the needs of fragile States. Technical Working Group 6 for the global strategy on human resources for health; 2014
58. Data and measurement of HRH availability, accessibility, acceptability, and quality. Technical Working Group 3 for the global strategy on human resources for health; 2014 (draft) (http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/TWG3_Paper_07Dec14.pdf?ua=1, accessed 14 February 2015).
59. Data and measurement of HRH availability, accessibility, acceptability, and quality. Technical Working Group 3 for the global strategy on human resources for health; 2014 (draft) (http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/TWG3_Paper_07Dec14.pdf?ua=1, accessed 14 February 2015).
60. WHO, 2015. Minimum Data Set for Health Workforce Registry - Human Resources for Health Information System. http://www.who.int/hrh/statistics/minimum_data_set/en/ accessed 5 June 2015
61. Horizon 2035: health and care workforce futures – progress update. Centre for Workforce Intelligence; 2014 (http://www.google.ch/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.cfwi.org.uk%2Fpublications%2Fhorizon-2035-progress-update-july-2014%2Fattachment.pdf&ei=l4q-VKHdL4WY7gaMqlGQBQ&usg=AFQjCNGMO_VTEr6ybQrh-k5oyQGdLdeNKQ&bvm=bv.83829542,d.ZGU, accessed 14 February 2015).
62. Re-energizing the HRH agenda for a post-2015 world: responding to the needs of fragile States. Technical Working Group 6 for the global strategy on human resources for health; 2014
63. Data and measurement of HRH availability, accessibility, acceptability, and quality. Technical Working Group 3 for the global strategy on human resources for health; 2014 (draft) (http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/TWG3_Paper_07Dec14.pdf?ua=1, accessed 14 February 2015).
64. Technical Working Group consultation papers 1 to 8: Submission to the public consultation process on the global strategy on HRH. International Confederation of Nurses; 2014 (<http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/6lCN.pdf?ua=1>, accessed 14 February 2015).
65. Foster AA. Recommendations for HRH global strategy papers: November 2014. Intrahealth International submission to the public consultation process on the global strategy on HRH, 2014 (<http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/8IntraHealthInternational.pdf?ua=1>, accessed 14 February 2015).



CONTACT

HEALTH WORKFORCE DEPARTMENT
WORLD HEALTH ORGANIZATION
AVENUE APPIA 20
1211 GENEVA 27
SWITZERLAND

workforce2030@who.int
www.who.int/hrh