Manuel de suivi et d'évaluation des ressources humaines pour la santé

Comprenant des applications spécialement adaptées aux pays à revenu faible ou intermédiaire

Organisation mondiale de la Santé

BANQUE MONDIALE

USAID
DU PEUPLE AMERICAIN

Manuel de suivi et d'évaluation des ressources humaines pour la santé

Comprenant des applications spécialement adaptées aux pays à revenu faible ou intermédiaire

Publié sous la direction de Mario R Dal Poz, Neeru Gupta,
Estelle Quain et Agnes LB Soucat

Organisation mondiale de la Santé

BANQUE MONDIALE

USAID
DU PEUPLE AMERICAIN

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS :

Manuel de suivi et d'évaluation des ressources humaines pour la santé comprenant des applications spécialement adaptées aux pays à revenu faible ou intermédiaire / publié sous la direction de Mario R. Dal Poz … [et al].

1.Personnel santé. 2.Personnel sanitaire - organisation et administration. 3.Personnel sanitaire - statistique. 4.Gestion personnel. 5.Analyse qualitative. 6.Pays en développement. I.Dal Poz, Mario R. II.Gupta, Neeru. III.Quain, Estelle. IV.Soucat, Agnes L.B. V.Organisation mondiale de la Santé. VI.Banque mondiale. VII.États-Unis. Agence pour le Développement International.

ISBN 978 92 4 254770 2 (classification NLM: W 76)

© Organisation mondiale de la Santé 2009

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Les opinions exprimées dans la présente publication n'engagent que les auteurs cités nommément.

Publication également disponible en anglais, espagnol et portugais.

Imprimé en France.
Réalisation graphique par Inís Communication: www.inis.ie

Table des matières

Liste des tableaux, figures et encadrés . . . vi

Préface . . . xi

Remerciements . . . xii

Liste des collaborateurs . . . xiii

Acronymes et abbréviations . . . xiv

Partie I : VUE D'ENSEMBLE . . . 1

1 Suivi et évaluation des ressources humaines pour la santé : défis et possibilités . . . 3

1.1 Introduction . . . 3

1.2 Initiatives mondiales concernant les RHS et les systèmes d'information . . . 4

1.3 Questions et enjeux essentiels . . . 8

1.4 Cadre pour le suivi du personnel de santé : le déroulement de la vie professionnelle . . . 9

1.5 Feuille de route . . . 10

1.6 Autres informations et observations . . . 12

Bibliographie . . . 13

2 Frontières du personnel de santé : définition et classifications des ressources humaines pour la santé . . . 15

2.1 Introduction . . . 15

2.2 Qui sont les agents de santé ? . . . 15

2.3 Classification des personnels de santé . . . 17

2.4 Conclusions . . . 21

Bibliographie . . . 26

Partie II : SUIVI DE LA VIE PROFESSIONNELLE . . . 27

3 Suivi du personnel de santé en activité : indicateurs, sources de données et analyse illustrée . . . 29

3.1 Introduction . . . 29

3.2 Indicateurs de base pour l'analyse des RHS : que faut-il observer ? . . . 30

3.3 Aperçu des sources de données potentielles . . . 31

3.4 Analyse illustrative . . . 36

3.5 Regrouper la gestion et l'utilisation des sources d'information sur les RHS . . . 38

3.6 Résumé et conclusions . . . 39

Bibliographie . . . 42

4 Cadre pour le suivi de l'entrée de personnels de santé et méthodes de mesures relatives 43

4.1 Introduction 43

4.2 Cadre pour le suivi de l'entrée sur le marché du travail 44

4.3 Méthodes de mesure 49

4.4 Résumé et conclusions 54

Bibliographie 55

5 Suivi des mouvements internes et des départs des personnels 57

5.1 Introduction 57

5.2 Cadre pour l'analyse des mouvements internes et des départs des personnels de santé 57

5.3 Indicateurs et stratégies de mesures 59

5.4 Analyses indicatives 61

5.5 Conclusions : répercussions au niveau de la politique et de la planification 66

Bibliographie 68

Partie III : MÉTHODES DE MESURE ET ÉTUDES DE CAS 71

6 Calcul des dépenses consacrées aux personnels de santé : concepts, sources des données et méthodes 73

6.1 Introduction 73

6.2 Ce qu'il convient de mesurer 74

6.3 Méthodes de mesure des dépenses liées aux RHS 75

6.4 Cadres de calcul et applications 80

6.5 Résumé, conclusions et autres faits récents 87

Bibliographie 89

7 L'analyse des personnels de santé fondée sur les évaluations des établissements de santé 91

7.1 Introduction 91

7.2 Comment les évaluations des établissements de santé peuvent servir au suivi des personnels de santé 92

7.3 Aperçu des principales méthodes EES 92

7.4 Limites des méthodes EES pour les données RHS 98

7.5 Exemples empiriques fondés sur les données issues des EES 100

7.6 Résumé et conclusions 113

Bibliographie 115

8 Analyse des sexospécificités parmi les personnels de santé fondée sur l'utilisation des recensements de la population 117

8.1 Introduction 117

8.2 Importance des questions relatives aux disparités entre les sexes dans l'analyse des personnels de santé 117

8.3 Utilisation des données de recensement pour l'analyse des personnels de santé 118

8.4 Analyse empirique 120

8.5 Résumé et conclusions . . . 125
Bibliographie . . . 126

9 L'analyse des personnels de santé fondée sur des sources de données administratives : mise en oeuvre de systèmes d'information sur les ressources humaines dans plusieurs pays . . . 127

9.1 Introduction . . . 127
9.2 Premières étapes recommandées en vue de la conception d'un système d'information sur les ressources humaines . . . 128
9.3 Études de cas nationales . . . 134
9.4 Conclusions . . . 139
Bibliographie . . . 142

10 Comprendre les problèmes liés aux personnels de santé : utilisation de méthodes qualitatives – guide sélectif . . . 143

10.1 Introduction . . . 143
10.2 Méthodes qualitatives : leur utilité et leur potentiel . . . 144
10.3 Questions liées à la conception et la mise en oeuvre d'une étude qualitative . . . 146
10.4 Résumé . . . 159
Bibliographie . . . 160

11 Analyse et synthèse des informations sur les ressources humaines pour la santé provenant de sources multiples : études de cas . . . 163

11.1 Introduction . . . 163
11.2 Identification de sources d'informations potentielles et leur utilisation aux fins de l'évaluation d'indicateurs de la participation au marché du travail dans le domaine de la santé au Mexique 164
11.3 Utiliser plusieurs sources d'informations pour des estimations optimales des personnels de santé en Inde . . . 167
11.4 Triangulation des données issues de deux sources différentes pour le suivi de l'absentéisme des personnels de santé et des travailleurs fantômes en Zambie . . . 169
11.5 Résumé et conclusions . . . 171
Bibliographie . . . 172

Partie IV : DIFFUSION ET UTILISATION DES DONNÉES . . . 173

12 Intégrer des informations et bases factuelles dans l'élaboration des politiques et la pratique : stratégies et mécanismes . . . 175

12.1 Introduction . . . 175
12.2 Stratégies d'intégration de bases factuelles dans la politique à mettre en oeuvre et la pratique . . . 176
12.3 Mécanisme pour valoriser le programme des RHS : observatoires des ressources humaines pour la santé . . . 178
12.4 Opportunités et orientations . . . 183
Bibliographie . . . 188

Institutions à l'origine de la publication . . . 190

Liste des tableaux, figures et encadrés

TABLEAUX

Tableau 2.1 Cadre pour la définition du personnel de santé . . . 16

Tableau 2.2 Niveaux d'éducation et de formation pertinents pour les métiers de la santé d'après la Classification internationale type de l'éducation (CITE 1997) . . . 18

Tableau 2.3 Domaines de la formation professionnelle liés à la santé d'après le manuel *Domaines de formation* . . . 19

Tableau 2.4 Titres de professions en rapport avec la santé d'après la Classification internationale type des professions (CITP), révisions de 1988 et de 2008 . . . 22

Tableau 2.5 Secteurs économiques liés aux activités de santé d'après la Classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité économique (quatrième révision) . . . 24

Tableau 3.1 Indicateurs clefs sélectionnés pour le suivi et l'évaluation des ressources humaines pour la santé . . . 32

Tableau 3.2 Sources de données potentielles pour le suivi du personnel de santé . . . 34

Tableau 3.3 Indicateurs et moyens de vérification sélectionnés pour le contrôle de l'application et de l'utilisation du système national d'information et de suivi concernant les RHS aux fins d'un appui à la prise de décisions . . . 40

Tableau 4.1 Principaux indicateurs et moyens de vérification pour mesurer l'entrée des professionnels de la santé dans la vie active . . . 52

Tableau 5.1 Sources potentielles de données relatives aux mouvements internes et aux départs des personnels de santé . . . 60

Tableau 5.2 Nombre annuel d'infirmières titulaires d'un diplôme étranger ayant obtenu l'autorisation d'exercer au Royaume-Uni, de 1998 à 2007 (principaux pays d'origine en dehors de l'Espace économique européen) . . . 62

Tableau 5.3 Estimations des pertes annuelles résultant de la mortalité avant l'âge de 60 ans parmi les agents de santé dans un certain nombre de pays de la Région OMS de l'Afrique, sur la base d'une analyse des tables de mortalité . . . 64

Tableau 6.1 Distribution en pourcentage des dépenses par type d'agent de soins de santé, Comptes de la santé du Mexique, 1995 . . . 84

Tableau 6.2 Distribution en pourcentage des dépenses par prestataire principal, Comptes de la santé du Pérou, 2000 . . . 84

Tableau 6.3 Composantes de la rémunération dans le tableau « emplois » du compte d'utilisation du revenu, Système de comptabilité nationale . . . 85

Tableau 6.4 Comptes nationaux, tableau des ressources et des emplois, Afrique du Sud, 2002 (millions de Rand, présentation partielle) . . . 86

Tableau 7.1 Nombre estimatif des nouveaux diplômés rejoignant l'effectif des établissements de santé du secteur public, par profession, Nigeria 2005 . . . 100

Tableau 7.2 Nombre et densité des personnels de santé travaillant dans un établissement, par groupe professionnel, HFC 2006 en Zambie . . . 102

Tableau 7.3 Nombre moyen d'agents de santé par type d'établissement, selon le groupe professionnel, Kenya 2004 . . . 103

Tableau 7.4 Nombre d'agents de santé actuellement en poste, nombre recommandé par la norme de dotation en personnel et nombre demandé par les chefs d'établissement pour satisfaire à la norme, par groupe professionnel, Kenya 2004 . . . 104

Tableau 7.5 Pourcentage des établissements déclarant disposer d'au moins un agent de santé détaché, par groupe professionnel, selon l'autorité responsable de l'établissement, Kenya 2004 . . . 105

Tableau 7.6 Éventail de compétences des agents de santé des établissements, par type d'établissement, Kenya 2004 . . . 106

Tableau 7.7 Distribution en pourcentage des agents de santé en poste dans les établissements de santé en fonction de l'autorité responsable, selon le groupe professionnel, Kenya 2004 . . . 107

Tableau 7.8 Distribution en pourcentage des agents de santé des établissements et de la population totale par région géographique, Kenya 2004 . . . 107

Tableau 7.9 Nombre moyen d'années de services au poste actuel parmi les agents de santé des établissements, par type d'établissement et autorité responsable, Kenya 2004 . . . 109

Tableau 7.10 Pourcentage des agents de santé des établissements disposant d'une description écrite de leurs tâches, percevant des opportunités d'avancement et bénéficiant d'autres avantages non pécuniaires, par groupe professionnel et type d'établissement, Kenya 2004 . . . 111

Tableau 7.11 Distribution en pourcentage des personnels de santé des établissements selon le nombre normal d'heures de travail hebdomadaires, par groupe professionnel, Kenya 2004 . . . 112

Tableau 7.12 Comparaison entre l'augmentation de l'effectif des personnels de santé du secteur public consécutive à l'arrivée de nouveaux diplômés et le taux d'attrition, Nigéria 2005 . . . 113

Tableau 8.1 Pays et sources de données de recensement . . . 119

Tableau 8.2 Distribution en pourcentage des personnels de santé par sexe, par profession, selon les données de recensement pour 13 pays (vers 2000) . . . 121

Tableau 8.3 Ratio femmes-hommes selon le degré d'instruction, parmi les personnels de santé et dans la population totale, d'après les données de recensement pour certains pays (vers 2000) . . . 123

Tableau 8.4 Estimation des taux d'attrition des personnels de santé dans l'intervalle entre les recensements par sexe, Thaïlande, recensements de 1990 et de 2000 . . . 124

Tableau 9.1 Indicateurs et critères du système d'information et de suivi relatif aux personnels de santé au Soudan, 2006–2007 . . . 137

Tableau 9.2 Indicateurs et critères correspondants utilisés pour évaluer la performance du système d'information et de gestion lié aux RHS au Brésil . . . 139

Tableau 9.3 Indicateurs et résultats de l'évaluation de l'impact institutionnel du système d'information et de gestion lié aux RHS au Brésil . . . 140

Tableau 10.1 Ce qui différencie les approches qualitatives et quantitatives . . . 145

Tableau 10.2 Exemples de recherches qualitatives sur les personnels de santé . . . 147

Tableau 10.3 Discussions de groupe ou entretiens individuels ? . . . 150

Tableau 11.1 Questions relatives à la formation et l'activité économique incluses dans le recensement national de la population et les dénombrements effectués entre les recensements, Mexique, 1995–2055 . . . 164

Tableau 11.2 Effectif et distribution des médecins et des cadres infirmiers selon leur situation sur le marché du travail, d'après les données du recensement et de l'enquête, Mexique, 2000 . . . 166

Tableau 12.1 Principaux acteurs concernés et leur rôle à l'appui de l'observatoire soudanais des RHS . . . 182

Tableau 12.2 Influences de certaines réalisations de l'Observatoire brésilien des ressources humaines pour la santé sur les politiques . . . 184

FIGURES

Figure 1.1 Approche du déroulement de la vie professionnelle pour le suivi de la dynamique . . . 10

Figure 3.1 Effectifs et circulation du personnel de santé . . . 29

Figure 3.2 Répartition géographique des effectifs d'agents de santé (pour 100 000 habitants), recensements du Viet Nam et du Mexique . . . 36

Figure 3.3 Tendances dans la répartition des actifs par grands groupes de professions au sein des services de santé, enquêtes sur la population active de la Namibie, 1997–2004 . . . 37

Figure 3.4 Répartition des salaires des agents de santé par source, en fonction de l'autorité propriétaire de l'établissement, évaluation dans les établissements de santé du Rwanda, 2006 37

Figure 3.5 Répartition par sexe et compétences du personnel infirmier du Kenya, base de données du Conseil kenyan du personnel infirmier, 1960–2005 38

Figure 4.1 Cadre pour le suivi de l'entrée sur le marché du travail des professions de la santé 45

Figure 5.1 Cadre pour l'analyse des mouvements internes et des départs des personnels de santé 58

Figure 5.2 Nombre d'infirmières et de médecins nés à l'étranger qui ont été recensés dans 24 pays de l'OCDE, classés par pays d'origine (données provenant de recensements de la population effectués autour de 2000) 63

Figure 5.3 Estimation du taux d'émigration définitive des médecins nés dans certains pays non membres de l'OCDE, qui travaillaient dans des pays de l'OCDE au moment du recensement 63

Figure 5.4 Proportion des médecins qui partent à la retraite par groupe d'âge selon le registre de l'Association médicale canadienne, Canada, 2005 65

Figure 5.5 Proportion de personnes interrogées ayant déclaré une profession liée à la santé mais qui ne travaillaient pas dans un établissement de santé au moment de l'enquête, dans quelques pays 65

Figure 6.1 Aperçu du processus d'évaluation pour le calcul des dépenses de personnel dans le Système de comptabilité nationale 78

Figure 6.2 Informations sur le marché du travail dans la comptabilité nationale des Pays-Bas 79

Figure 6.3 Méthode d'évaluation des heures travaillées dans la comptabilité nationale du Canada 79

Figure 6.4 Carré de calcul 80

Figure 6.5 Flux de ressources dans un système de santé : représentation comptable 81

Figure 7.1 Rapport des agents de santé en établissement de moins de 30 ans aux agents de plus de 45 ans, par groupe professionnel, enquête SPA 2004 au Kenya 101

Figure 7.2 Nombre et distribution en pourcentage des personnels actuellement en poste dans les établissements de santé, par groupe professionnel, SPA 2004 au Kenya 102

Figure 7.3 Nombre d'agents de santé par lit d'hospitalisation, selon la taille de l'établissement, SPA 2004 au Kenya 103

Figure 7.4 Pourcentage des agents de santé demandés par les chefs d'établissements pour répondre aux besoins en effectifs qui sont déjà en poste, par type d'établissement, enquête SPA 2004 au Kenya . . . 105

Figure 7.5 Pourcentage des agents de santé et de la population totale dans les zones urbaines, enquête HFC 2006 en Zambie 108

Figure 7.6 Nombre moyen d'années d'études et de formation des personnels de santé, par groupe professionnel, enquête SPA 2004 au Kenya 108

Figure 7.7 Pourcentage des agents de santé ayant reçu une formation en cours d'emploi pendant les 12 mois précédents, et ayant fait l'objet d'un encadrement personnel au cours des 6 mois précédents, par type d'établissement, enquête SPA 2004 au Kenya 110

Figure 7.8 Pourcentage des agents de santé en poste présents le jour de l'évaluation, par groupe professionnel, enquête SAM 2005 au Kenya (certains districts) 111

Figure 7.9 Taux d'attrition des agents de santé des établissements du secteur public, par groupe professionnel, Nigeria 2005 112

Figure 7.10 Distribution en pourcentage des départs d'agents de santé selon la raison de la sortie de la vie active, Nigeria 2005 113

Figure 8.1 Distribution par sexe des médecins, selon les données de recensement pour certains pays (vers 2000) 122

Figure 8.2 Distribution par sexe des aides-soignants, selon les données de recensement pour certains pays (vers 2000) 122

Figure 8.3 Distribution par sexe du personnel auxiliaire des systèmes de santé, par profession, Ouganda, recensement 2002 122

Figure 8.4 Relation entre le rapport femmes-hommes au niveau d'études tertiaires et l'activité des spécialistes de la santé, selon les données de recensement pour certains pays (vers 2000) 124

Figure 9.1 Cadre pour l'institutionnalisation d'un système d'information sur les ressources humaines . . . 129

Figure 9.2 Nombre d'étudiants commençant à suivre les programmes de formation aux soins infirmiers (débouchant sur le titre de cadre infirmier ou infirmière de niveau intermédiaire) en Ouganda, 1980–2004 . 135

Figure 9.3 Nombre d'étudiants en soins infirmiers qui ont commencé leur formation entre 1980 et 2004, ont réussi l'examen donnant le droit d'exercer et ont été diplômées, inscrits au registre et autorisés à exercer par le Conseil ougandais des infirmières et des sages-femmes 135

Figure 9.4 Nombre et pourcentage des étudiants en soins infirmiers reçus à l'examen diplômant et inscrits au registre du Conseil ougandais des infirmières et des sages-femmes, par district (entrants entre 1980 et 2001) 136

Figure 11.1 Densité des personnels de santé par catégorie, selon la source de données, Inde 2005 . . . 168

Figure 11.2 Densité des personnels de santé (pour 10 000 habitants) d'après les données du recensement et d'après les données de l'enquête, par État, Inde 2005 169

Figure 11.3 Pourcentage des personnels de santé des établissements figurant sur les tableaux de service mais introuvables le jour de l'évaluation, par catégorie, Zambie 2006 170

Figure 11.4 Pourcentage des agents de santé inscrits sur les états de paie du Ministère de la Santé mais non enregistrés dans les établissements, Zambie 2006 170

Figure 12.1 Fondement des politiques relatives aux RHS 178

ENCADRÉS

Encadré 1.1 Définir le suivi et l'évaluation 4

Encadré 1.2 Trousse d'outils pour le suivi du renforcement des systèmes 4

Encadré 1.3 Objectifs du Millénaire pour le développement en rapport 5

Encadré 1.4 Évaluation et renforcement des systèmes d'information sur 7

Encadré 1.5 Ressources financières nécessaires au renforcement des 7

Encadré 1.6 Ressources humaines nécessaires au renforcement des systèmes 8

Encadré 1.7 Ressources technologiques nécessaires au renforcement des 8

Encadré 4.1 Exemple de définition de buts et de cibles pour la formation des ressources humaines en santé dans la Région des Amériques, 2007–2015 50

Encadré 4.2 Quelques notes sur la collecte, le traitement et l'utilisation des données 50

Encadré 4.3 Exemple de données sur l'évolution des capacités, du recrutement et de la production des écoles de médecine : Rwanda, 2002–2006 51

Encadré 6.1 Ensemble minimum d'indicateurs proposé pour le suivi des dépenses consacrées aux ressources humaines pour la santé 74

Encadré 6.2 Éléments de dépenses utilisés dans les comptes de la santé reposant sur les classes de la Classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité économique (CITI) (quatrième révision) 77

Encadré 6.3 Critères d'évaluation des données sur le travail dans la comptabilité nationale de la Fédération de Russie 80

Encadré 6.4 Définition de la rémunération des salariés et du revenu du travail indépendant 82

Encadré 7.1 Principaux indicateurs des personnels de santé potentiellement mesurables au moyen des données issues des EES 93

Encadré 8.1 Questions utilisées dans le recensement de la population pour déterminer la profession principale, dans certains pays 120

Encadré 9.1 Confidentialité et sécurité des informations sur les RHS 133

Encadré 9.2 Mise en oeuvre et utilisation du système d'information SIGRHS pour la gestion des RHS en Guinée Bissau 141

Encadré 10.1 Trois techniques importantes de recherche qualitative 144

Encadré 10.2 Les données issues des recherches qualitatives à l'appui des travaux quantitatifs : l'absentéisme en Éthiopie et au Rwanda 149

Encadré 10.3 Types d'entretiens qualitatifs selon leur degré de structure 150

Encadré 10.4 Extrait d'un script pour un entretien semi structuré dans une étude qualitative sur les personnels de santé en Éthiopie et au Rwanda 152

Encadré 10.5 Propos extraits d'entretiens qualitatifs en Éthiopie et au Rwanda 153

Encadré 10.6 Critères de sélection pour des groupes de discussion de huit participants sur les performances et les choix de carrière des infirmières et des sages-femmes en Éthiopie 154

Encadré 10.7 Extrait de la présentation aux participants à une discussion de groupe au Rwanda 156

Encadré 10.8 Analyse matricielle des données issues de discussions de groupe en Ethiopie 157

Encadré 10.9 Enregistrement, transcription, codage et analyse : illustration tirée d'une étude sur les personnels de santé au Rwanda 158

Encadré 12.1 Réseau de politiques à bases factuelles : EVIPNet 179

Encadré 12.2 Observatoire africain des ressources humaines pour la santé 181

Encadré 12.3 Observatoire brésilien des ressources humaines pour la santé 184

Encadré 12.4 Observatoire des ressources humaines pour la santé du Ghana 185

Encadré 12.5 Réseau andin des observatoires des ressources humaines pour la santé 186

Préface

POUR QUE LES DERNIÈRES avancées de la médecine et les technologies les plus récentes se traduisent par des améliorations de la santé, il importe qu'elles soient relayées par des systèmes bien établis. Malheureusement, on constate aujourd'hui que les systèmes de santé du monde entier sont négligés depuis de nombreuses années, ainsi qu'en témoigne la grave pénurie d'agents de santé qualifiés.

Dans de nombreux pays, cette pénurie de personnel est l'un des principaux obstacles au renforcement de la fourniture de soins de santé primaires et d'autres services de santé comme les soins curatifs et préventifs, et les services de promotion et de réadaptation. En Afrique subsaharienne, la situation est si grave que 36 pays sont considérés comme n'ayant pas suffisamment de professionnels de la santé pour assurer les soins de santé les plus élémentaires aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants. Dans la majorité des pays les plus pauvres du monde, cette situation est aggravée par l'exode continuel de personnels de santé qui partent chercher ailleurs de meilleures conditions de travail.

Les insuffisances de la planification et du développement des effectifs ont des répercussions dans le monde entier. Dans la Région de l'Asie et du Pacifique, nombreux sont les pays qui n'ont pas assez de personnel de santé pour faire face aux maladies chroniques et émergentes. En Europe, les gouvernements des États de l'Ex-Union soviétique ayant récemment accédé à l'indépendance ont hérité de services de santé inadaptés aux exigences auxquelles doivent répondre les systèmes de soins de santé modernes.

Il est évident que, pour atteindre les objectifs que se sont fixés leurs systèmes de santé, et notamment les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, les pays doivent être capables d'offrir un accès amélioré à des agents de santé dûment formés. Dans un premier temps, il leur incombe de recenser les lacunes. Malheureusement, nombre d'entre eux n'ont pas les capacités techniques nécessaires pour pouvoir suivre avec précision la situation du marché du travail : en effet, bien souvent les données dont ils disposent sont peu fiables et dépassées, ils n'ont pas de définitions communes et d'outils d'analyse éprouvés et ils manquent des compétences et de l'expérience nécessaires pour s'attaquer aux problèmes politiques fondamentaux.

Le présent Manuel a précisément pour objet de développer ces capacités techniques. Il constitue un ouvrage de référence pour les administrateurs de la santé, les chercheurs et les décideurs en matière de suivi et d'évaluation des ressources humaines pour la santé. Il propose un cadre analytique avec des options stratégiques pour améliorer l'information et les bases factuelles relatives au personnel de santé et rend compte de l'expérience acquise par plusieurs pays avec des méthodes qui se sont avérées efficaces.

Nous tenons à remercier ici l'Agence des États-Unis pour le développement international, la Banque mondiale et l'Organisation mondiale de la Santé pour leur collaboration à l'élaboration du présent Manuel. Ces trois partenaires continueront à apporter leur soutien aux pays pour les aider à appliquer ce Manuel à leurs contextes nationaux, afin de les inciter à déployer des efforts accrus pour développer leurs effectifs de personnel de santé et améliorer leur niveau de formation et leurs motivations.

Carissa F. Etienne
Sous-Directeur général,
Systèmes et services de santé
Organisation mondiale de la Santé

Yaw Ansu
Directeur, Développement humain,
Région de l'Afrique
Banque mondiale

Gloria D. Steele
Administrateur-assistant par intérim,
Global Health
Agence des États-Unis pour le développement international

Remerciements

La présente publication est le fruit d'une collaboration entre l'Agence des États-Unis pour le développement international, la Banque mondiale et l'Organisation mondiale de la Santé. Elle a été rédigée par un groupe international d'auteurs, sous la direction de Mario R Dal Poz, Neeru Gupta, Estelle Quain et Agnes LB Soucat. La liste des collaborateurs aux chapitres du Manuel figure ci-après.

Nous souhaiterions témoigner notre gratitude à un certain nombre de personnes et d'organisations dont les contributions ont été essentielles pour l'établissement de cette publication. Nous remercions les organisations et les institutions chargées de la collecte et de la divulgation de données de nous avoir aimablement permis d'utiliser leurs sources d'information pour les analyses empiriques présentées ici, notamment : le Ministère fédéral de la santé de la République du Soudan ; le Programme international de politique sanitaire de la Thaïlande ; Macro International ; l'Institut national de statistique, de géographie et d'informatique du Mexique ; le Centre de la population du Minnesota ; le Bureau national de statistique de la Thaïlande ; le Conseil ougandais des infirmières et des sages-femmes ; et l'Organisation mondiale de la Santé. Un appui financier pour la production de ce volume a été fourni par la Fondation Bill & Melinda Gates, le Gouvernement norvégien, l'Agence des États-Unis pour le développement international, la Banque mondiale et l'Organisation mondiale de la Santé. Elisabeth Aguilar, Rosa Bejarano, Florencia Lopez Boo, Bénédicte Fonteneau et Dieter Gijsbrechts ont quant à eux offert un soutien en matière de recherche et d'analyse. Nous remercions également Yaw Ansu pour son appui permanent.

Parmi les personnes ayant apporté des suggestions utiles à l'établissement des versions qui ont précédé l'édition finale, nous citerons : Adam Ahmat, Elsheikh Badr, James Buchan, Hartmut D. Buchow, Arturo de la Fuente, Delanyo Dovlo, Norbert Dreesch, Thushara Fernando, Paulo Ferrinho, Juliet Fleischl, Linda Fogarty, Kara Hanson, Christopher H. Herbst, Eivind Hoffmann, Beatriz de Faria Leao, Verona Mathews, Robert McCaa, Edgar Necochea, Rodel Nodora, Jennifer Nyoni, Bjorg Palsdottir, Jean-Pierre Poullier, Magdalena Rathe, Martha Rogers, Kate Tulenko, Cornelis van Mosseveld et Pablo Vinocur.

Les opinions exprimées dans la présente publication n'engagent que les auteurs cités nommément pour chaque chapitre.

Liste des collaborateurs

Walid Abubaker, *Organisation mondiale de la Santé*

Ghanim Mustafa Alsheikh, *Organisation mondiale de la Santé*

Aarushi Bhatnagar, *Fondation indienne pour la santé publique*

Bates Buckner, *MEASURE Evaluation/Université de Caroline du Nord, Chapel Hill*

Mario R Dal Poz, *Organisation mondiale de la Santé*

Danny de Vries, *Capacity Project/IntraHealth International*

Khassoum Diallo, *Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés*

Gilles Dussault, *Université nouvelle de Lisbonne*

David B Evans, *Organisation mondiale de la Santé*

Bolaji Fapohunda, *MEASURE Evaluation/JSI Inc.*

Nancy Fronczak, *Social Sectors Development Strategies*

Gülin Gedik, *Organisation mondiale de la Santé*

Neeru Gupta, *Organisation mondiale de la Santé*

Piya Hanvoravongchai, *Alliance de l'Asie-Pacifique en faveur des ressources humaines pour la santé*

Christopher H Herbst, *Banque mondiale*

Patricia Hernandez, *Organisation mondiale de la Santé*

David Hunter, *Organisation internationale du travail*

Yohannes Kinfu, *Organisation mondiale de la Santé*

Teena Kunjumen, *Organisation mondiale de la Santé*

René Lavallée, consultant

Tomas Lievens, *Oxford Policy Management*

Magnus Lindelow, *Banque mondiale*

Pamela McQuide, *Capacity Project/IntraHealth International*

Hugo Mercer, *Organisation mondiale de la Santé*

Gustavo Nigenda, *Institut national de santé publique du Mexique*

Shanthi Noriega Minichiello, *Réseau de métrologie sanitaire*

Ulysses Panisset, *Organisation mondiale de la Santé*

Priya Patil, *MEASURE Evaluation/Constella Futures*

Célia Regina Pierantoni, *Université de l'État de Rio de Janeiro*

Bob Pond, *Réseau de métrologie sanitaire*

Estelle Quain, *Agence des États-Unis pour le développement international*

Shomikho Raha, *Banque mondiale*

Krishna D Rao, *Fondation indienne pour la santé publique*

Felix Rigoli, *Organisation panaméricaine de la santé/ Organisation mondiale de la Santé*

José Arturo Ruiz, *Institut national de santé publique du Mexique*

Indrani Saran, *Fondation indienne pour la santé publique*

Catherine Schenck-Yglesias, *Agence des États-Unis pour le développement international*

Pieter Serneels, *Banque mondiale*

Dykki Settle, *Capacity Project/IntraHealth International*

Agnes LB Soucat, *Banque mondiale*

Tessa Tan-Torres, *Organisation mondiale de la Santé*

Kate Tulenko, *Banque mondiale*

Shannon Turlington, *Capacity Project/IntraHealth International*

Pascal Zurn, *Organisation mondiale de la Santé*

Acronymes et abbréviations

CDV	Conseil et dépistage volontaire
CISP	Classification internationale d'après la situation professionnelle
CITE	Classification internationale type de l'éducation
CITI	Classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité économique
CITP	Classification internationale type des professions
COFOG	Classification des fonctions des administrations publiques
COPP	Classification des dépenses des producteurs par fonction
CPC	Classification centrale des produits
EES	Évaluation des établissements de santé
EVIPNet	Réseaux de politiques reposant sur des bases factuelles
HFC	Recensement des établissements de santé
IPUMS	Integrated Public Use Microdata Series
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OPS	Organisation panaméricaine de la Santé
PHRplus	Partners for Health Reform*plus*
RHS	Ressources humaines pour la santé
SAM	Cartographie des services disponibles
SHA	Système de comptes de la santé
SNA	Système de comptabilité nationale
SIRH	Système d'information sur les ressources humaines
SPA	Évaluation de la prestation des services de santé
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international

Partie I :
VUE D'ENSEMBLE

1 Suivi et évaluation des ressources humaines pour la santé : défis et possibilités

MARIO R DAL POZ, NEERU GUPTA, ESTELLE QUAIN, AGNES LB SOUCAT

1.1 Introduction

Les systèmes et les services de santé reposent sur l'effectif, les compétences et l'engagement du personnel de santé. Il apparaît aujourd'hui clairement que dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire, il est nécessaire d'augmenter de façon significative le nombre d'agents de santé pour atteindre les cibles clefs des objectifs du Millénaire pour le développement (*1–3*). Dans le monde, la pénurie est estimée à environ 2,3 millions de médecins, d'infirmières et de sages-femmes, et à plus de 4 millions d'agents de santé au total. Dans certaines régions, notamment en Afrique sub-saharienne, les effectifs actuels du personnel de santé doivent être augmentés de près de 140 % pour surmonter la crise (*4*). Par ailleurs, la seule évaluation des effectifs par rapport à un seuil donné ne prend pas forcément en compte tous les objectifs des systèmes de santé, spécialement en ce qui concerne l'accessibilité, l'équité, la qualité et l'efficacité.

Dans les pays où il existe des pénuries et des déséquilibres critiques en matière d'agents de santé, la capacité technique de désigner et d'évaluer les questions de politique cruciales liées au personnel de santé fait souvent défaut. Par conséquent, les questions fondamentales concernant le statut des agents de santé, leur niveau de performance et les problèmes qu'ils rencontrent, demeurent en grande partie sans réponse. En outre, le manque de données globales, fiables et actualisées, et l'absence de définitions et d'outils d'analyse généralement acceptés compliquent beaucoup le suivi du personnel de santé dans toutes les situations, depuis l'échelle mondiale et régionale, jusqu'aux niveaux national et local. De telles difficultés restent non négligeables pour de nombreux gouvernements qui s'efforcent de maintenir à long terme des agents de santé suffisamment nombreux et efficaces sur leurs territoires respectifs.

Le présent Manuel répond au besoin de disposer d'une référence complète, normalisée et accessible sur le suivi et l'évaluation du personnel de santé, qui serve à développer dans les pays la capacité de construire la base de connaissances nécessaire pour guider, accélérer et améliorer l'action de ces pays (Encadré 1.1) (*5,6*). Le présent chapitre d'introduction commence par un aperçu des initiatives mondiales récentes visant à appuyer le développement des ressources humaines pour la santé (RHS) et se poursuit par une étude des enjeux essentiels concernant les utilisations des informations sur le personnel de santé aux fins de la planification, de l'élaboration des politiques et de la prise de décisions. Enfin, il y est proposé un cadre global pour le suivi des RHS. La présentation de cet aperçu et de ce cadre permet d'orienter les lecteurs par rapport au contenu du reste du volume.

La présente publication est le fruit d'une collaboration entre l'Agence des États-Unis pour le développement international, la Banque mondiale et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) visant à documenter les méthodologies et partager les expériences s'agissant de mesurer et de suivre les RHS, encourager les pays et les partenaires à faire fond sur ces expériences et rassembler les recommandations à l'intention des Ministères de la santé et des autres partenaires en matière de suivi et d'évaluation du personnel de santé. Elle prend pour base et complète d'autres efforts coordonnés au plan international en ce qui concerne le suivi des blocs constitutifs des systèmes de santé, y compris les ressources humaines (Encadré 1.2) (*7*). Le Manuel devrait contribuer à une utilisation rationnelle des données existantes et améliorer les efforts futurs de collecte de données pour optimiser l'utilité des évaluations qualitatives et quantitatives des RHS au sein des pays, d'un pays à l'autre et sur la durée. Il devrait être envisagé comme un ouvrage inachevé qui permettra de mieux comprendre les RHS et enrichira beaucoup les outils et les travaux de recherche appliquée, toujours plus nombreux, conçus pour relever le défi consistant à mesurer et améliorer les performances du personnel de santé, renforcer les systèmes de santé et, en définitive, améliorer la santé des populations.

Encadré 1.1 Définir le suivi et l'évaluation

Suivi. Processus continu de collecte et d'utilisation d'informations normalisées visant à évaluer la progression vers des objectifs, l'utilisation de ressources et l'obtention de résultats et d'effets. Le suivi implique généralement une évaluation au regard de cibles et d'indicateurs de résultat convenus. Parallèlement à l'évaluation, disposer d'informations et d'un système efficace de contrôle et de notification devrait garantir aux décideurs et aux partenaires les connaissances nécessaires pour déterminer si la réalisation et les résultats d'un projet, d'un programme ou d'une initiative de politique sont conformes aux prévisions et gérer le processus sur une base permanente.

Évaluation. Appréciation systématique et objective d'une initiative en cours ou achevée, de sa conception, de sa mise en oeuvre et de ses résultats. L'objectif est de juger la pertinence et la réalisation des objectifs visés, le caractère rationnel, l'efficacité, l'impact et la viabilité. L'élaboration d'un cadre d'évaluation nécessite l'examen de diverses questions, notamment la définition des types de données pouvant servir à l'évaluation.

Indicateur. Paramètre utilisé pour mettre en évidence, renseigner sur ou décrire un état donné. L'indicateur est en général représenté par une donnée correspondant à un moment, à un lieu et à des caractéristiques spécifiées et apporte une valeur en tant qu'instrument d'évaluation des performances.

Données. Caractéristiques ou informations, souvent numériques, rassemblées par l'observation. Les données peuvent être considérées comme la représentation physique d'informations adaptée au traitement, à l'analyse, à l'interprétation et à la communication.

Sources : D'après Deloitte Insight Economics (*5*) et l'Organisation de coopération et de développement économiques (*6*).

Encadré 1.2 Trousse d'outils pour le suivi du renforcement des systèmes de santé

La capacité de planifier, de contrôler et d'évaluer le fonctionnement des systèmes de santé est essentielle pour cibler correctement les investissements et déterminer s'ils apportent les résultats recherchés. Il est possible de décrire les systèmes de nombreuses façons. Le cadre de l'OMS délimite six blocs constitutifs de base : prestation de services, personnel de santé, financement, informations, encadrement et gestion, et produits médicaux et technologies. Une collaboration entre l'OMS, la Banque mondiale, des experts nationaux en informations sanitaires et en systèmes de santé, et de nombreuses organisations qui oeuvrent dans ce domaine a abouti à la conception d'une trousse d'outils comprenant un ensemble limité d'indicateurs et de stratégies de mesure connexes se rapportant à chacun des blocs constitutifs. À compter de la moitié de 2008, le module *Toolkit for monitoring health systems strengthening.* a été mis à disposition dans sa version préliminaire afin de recueillir des observations d'un grand nombre d'utilisateurs potentiels.

Source : Organisation mondiale de la Santé (*7*).

1.2 Initiatives mondiales concernant les RHS et les systèmes d'information

Le personnel de santé apparaît de plus en plus comme un facteur essentiel pour transposer à plus grande échelle les interventions sanitaires aux fins de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (Encadré 1.3) (*8*). Même avec des fonds supplémentaires provenant ces dernières années de sources internationales, multilatérales, bilatérales et privées, par le biais notamment de stratégies de réduction de la pauvreté et de programmes de réduction de la dette, ou par l'intermédiaire de modalités plus récentes comme le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (*9*), GAVI Alliance (*10*) et le Plan

Encadré 1.3 Objectifs du Millénaire pour le développement en rapport avec la santé

En septembre 2000, lors du Sommet du Millénaire des Nations Unies, tous les pays se sont engagés à oeuvrer collectivement pour la réalisation d'un ensemble de huit objectifs et 18 cibles connexes visant à lutter contre la pauvreté, ses causes et ses conséquences, dans le cadre du pacte dit des objectifs du Millénaire pour le développement. Comme suite à cet accord, il a été alloué un financement important afin de mesurer les progrès vers la réalisation de ces cibles, beaucoup d'efforts ayant notamment été consacrés au suivi des interventions de santé prioritaires et des résultats sanitaires pour la population. Plus récemment, l'attention a été portée sur la prise en compte et le contrôle des ressources investies dans les systèmes de santé, et des processus et des résultats qui ralentissent ou facilitent les progrès.

Objectifs	Cibles correspondantes
1. Réduire l'extrême pauvreté et la faim	Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim
4. Réduire la mortalité infantile	Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans
5. Améliorer la santé maternelle	Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle
6. Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies	D'ici à 2015, avoir enrayé la propagation du VIH/sida et avoir commencé à inverser la tendance actuelle D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres maladies graves et commencer à inverser la tendance actuelle
7. Préserver l'environnement	Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas d'accès à un approvisionnement en eau potable ni à des services d'assainissement de base
8. Mettre en place un partenariat pour le développement	En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement

Source : Organisation mondiale de la Santé (*8*).

d'urgence du Président des États-Unis en matière de lutte contre le sida (*11*), la capacité des pays d'absorber ces fonds et de les investir peut être sérieusement entravée par la crise des RHS. Dans de nombreux pays, la capacité humaine est simplement insuffisante à tous les niveaux pour absorber, déployer et utiliser avec efficacité les fonds visant à développer la fourniture de services de santé prévue par les initiatives récentes.

Les divers forums de haut niveau sur les objectifs du Millénaire pour le développement en matière de santé (*12*), le rapport stratégique de la Joint Learning Initiative concernant les RHS (*13*), la publication phare de l'OMS *Rapport sur la santé dans le monde, 2006 – Travailler ensemble pour la santé* (*4*), les résolutions des Assemblées mondiales de la Santé sur le déploiement du personnel de santé (*14*) et le lancement de l'Alliance mondiale pour les personnels de santé (*15*) ainsi que de certains partenariats régionaux comme l'Alliance de l'Asie-Pacifique en faveur des ressources humaines pour la santé (*16*) comptent parmi les activités internationales qui ont permis d'attirer l'attention des décideurs et des partenaires nationaux, régionaux et internationaux, y compris les médias, la société civile et le grand public, sur l'importance critique des RHS dans le monde, et surtout sur la crise des RHS en Afrique subsaharienne.

La sensibilisation au rôle déterminant des RHS contribue à faire du personnel de santé l'une des priorités dans les programmes de santé publique mondiaux. Les pays, les donateurs, les institutions internationales ainsi que les autres partenaires souhaitent de plus en plus apporter non seulement une participation sous forme d'investissement mais aussi contribuer de façon générale au développement des RHS. Le rôle crucial des ressources humaines dans la réalisation des objectifs des systèmes de santé est toujours plus reconnu et valorisé.

On note dans le même temps une demande croissante en faveur de la transparence et de la mesure des performances. Par exemple, le Fonds mondial et GAVI Alliance, qui ont été des précurseurs s'agissant d'appliquer les principes selon lesquels l'octroi de capitaux par les donateurs est fondé sur la base des résultats, ont reconnu la nécessité d'orienter une part plus grande des fonds qu'ils consacrent à la lutte contre des maladies spécifiques vers des soins de santé durables et généraux qui soient pour tous accessibles et d'un coût abordable. D'autres initiatives internationales récentes visant à accélérer les progrès vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement en rapport avec la santé, menées en collaboration avec tous les partenaires importants, notamment le Partenariat international pour la santé (*17*) et la Campagne mondiale en faveur des objectifs du Millénaire pour le développement en matière de santé (*18*), mettent en avant les principes relatifs à l'appui des systèmes de santé comme moyen d'obtenir de meilleurs résultats sanitaires. Les possibilités accrues de financer le renforcement des systèmes de santé par le biais des soins de santé primaires offrent des occasions plus nombreuses d'investir dans l'amélioration de la qualité des ressources humaines.

À cette fin, il est demandé aux pays de fournir des données claires et cohérentes pour étayer leurs demandes de ressources actuelles et futures en faveur du développement des RHS. C'est également le cas pour la prise de décisions et l'allocation de ressources d'origine nationale. Dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire, les Ministères de la santé sont confrontés à des problèmes supplémentaires posés par les effets de la décentralisation des responsabilités -transférées aux autorités de district- concernant les systèmes budgétaires et d'information, le pouvoir étant souvent transmis de manière incomplète ou incohérente, ce qui fait obstacle à une prise de décisions judicieuse.

On s'accorde à reconnaître l'importance de disposer de données empiriques fiables pour élaborer des politiques en connaissance de cause, prendre des décisions et suivre les progrès vers le développement des RHS et le renforcement des systèmes de santé. Des données sont nécessaires pour appuyer les pays qui présentent des arguments en faveur des RHS dans le cadre de l'affectation des budgets nationaux et de la coopération avec les donateurs. Toutefois, les connaissances sur les expériences fructueuses et celles qui ne le sont pas demeurent très limitées, d'où le besoin de données et de travaux de recherche supplémentaires. Le lancement du Réseau de métrologie sanitaire (*19*), partenariat qui vise à accroître la disponibilité et l'utilisation d'informations sanitaires précises et diffusées au moment voulu et qui associe pour cela financement et conception de systèmes nationaux d'information sanitaire de base, a été un grand pas en avant dans l'amélioration des informations et des bases factuelles, y compris sur les RHS (Encadré 1.4).

Cependant, malgré les initiatives mondiales d'assistance dans ce domaine clef du renforcement des systèmes de santé, il existe un manque de cohérence entre les pays quant aux modalités de suivi et d'évaluation des stratégies concernant les RHS (*20*), ce qui limite la capacité des partenaires de rationaliser l'allocation des ressources. Dans de nombreux pays, le problème provient en partie de la fragmentation des informations sur les RHS et de la pénurie de ressources humaines, financières et en termes d'infrastructures, disponibles pour recueillir, compiler et analyser des données sur le personnel de santé (Encadrés 1.5–1.7) (*21–24*). Par ailleurs, l'absence de normalisation des outils, des indicateurs, des définitions et des systèmes de classification des agents de santé est une source d'obstacles supplémentaires à l'utilisation d'informations sur les RHS en vue de la prise de décisions sur des bases factuelles.

Le renforcement des systèmes d'information et de suivi des RHS nécessite que l'élaboration de politiques, la planification, la programmation et l'obligation de rendre compte reposent sur une base plus solide. Il existe toute une gamme d'outils et de ressources pour aider les pays à élaborer un plan stratégique national en matière de RHS (*25–27*) ; il est possible de demander une assistance technique pour établir et chiffrer un tel plan, mais il faut pour cela avoir rassemblé les données de base nécessaires. La Déclaration de Kampala et le Programme pour une action mondiale, adoptés lors du premier Forum mondial sur les ressources humaines pour la santé (*28*), appellent les gouvernements, en collaboration avec les organisations internationales, la société civile, le secteur privé, les organisations professionnelles et d'autres partenaires, « à mettre en place des systèmes d'information sur les personnels de santé, à améliorer la recherche et à développer des capacités de gestion des données afin de fonder

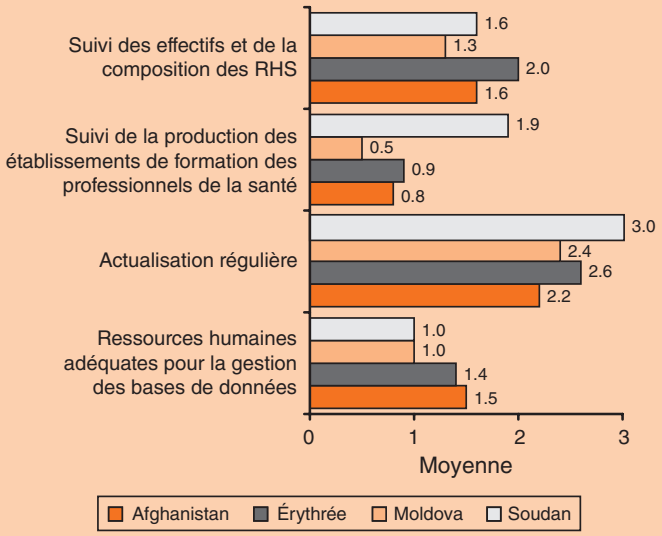
Encadré 1.4 Évaluation et renforcement des systèmes d'information sur les RHS

L'évaluation et le renforcement des systèmes nationaux d'information sur les RHS font partie intégrante des efforts de consolidation des bases factuelles sur le personnel de santé. L'évaluation d'un système national d'information sur les RHS en tant qu'appui à la prise de décisions peut porter notamment sur :

- l'actualité du système ;
- la validité des informations contenues dans le système ;
- la cohérence entre les sources d'information (afin de permettre des comparaisons au sein des pays, entre les pays et dans le temps) ;
- le niveau de désagrégation des informations au sein du système, permettant une analyse approfondie des questions en rapport avec la planification stratégique des RHS.

En 2006–2007, en collaboration avec le Réseau de métrologie sanitaire (*19*), il a été réalisé des évaluations de systèmes nationaux d'information sanitaire dans certains pays à revenu faible ou intermédiaire, à partir d'un outil de suivi et d'évaluation standard. Fondées sur l'utilisation d'un questionnaire à échelle en rapport avec quatre dimensions essentielles de la capacité nationale et le contenu des bases de données sur les RHS, les auto-évaluations ont donné les résultats suivants : note de 6,1 sur 12 en Afghanistan, de 6,9 en Érythrée, de 5,2 en République de Moldova et de 7,5 au Soudan (voir graphique). Parmi les quatre dimensions de base, le suivi de la production des établissements de formation des professionnels de la santé a reçu la note la plus faible dans la plupart des pays.

Résultats d'une évaluation des systèmes d'information sur les RHS dans certains pays, 2006–2007



Encadré 1.5 Ressources financières nécessaires au renforcement des systèmes d'information sur les RHS

Peu de travaux de recherche ont été entrepris sur les niveaux d'investissements financiers nécessaires pour garantir la qualité des systèmes de suivi et d'information concernant les ressources humaines, qui peuvent varier en fonction du niveau de développement général des pays. D'après les estimations, le coût d'un système d'information sanitaire global, doté d'une importante composante RHS, s'élève de US $ 0,53 à US $ 2,99 par an et par personne (*21*). En général, selon les lignes directrices, les coûts d'évaluation, de suivi et d'information sanitaire devraient représenter entre 3 % et 11 % de l'ensemble des fonds consacrés à un projet (*22*).

Encadré 1.6 Ressources humaines nécessaires au renforcement des systèmes d'information sur les RHS

Les améliorations des systèmes d'information nécessitent qu'il soit accordé de l'attention à la formation, au déploiement, à la rémunération et à l'évolution de la carrière du personnel à tous les niveaux. À l'échelle nationale, il est nécessaire de disposer d'épidémiologistes, de statisticiens, de démographes, de programmeurs d'ordinateur et de techniciens qualifiés qui supervisent la qualité des données et les critères de collecte, et garantissent que les informations sont analysées et utilisées de manière appropriée. Au niveau des districts et des établissements, le personnel chargé de l'information sanitaire devrait avoir l'obligation de rendre compte de la collecte, de la notification et de l'analyse des données. Trop souvent, ces tâches sont confiées à des prestataires de services de santé déjà surchargés, pour qui elles représentent un travail supplémentaire inopportun qui les détourne de leur rôle premier. Une rémunération et une supervision adéquates sont essentielles pour garantir la disponibilité de personnel de qualité et limiter les départs naturels. Ce qui implique, par exemple, que les postes d'information sanitaire au sein des ministères de la santé (et d'autres organes chargés de l'analyse et de l'utilisation de données) devraient être classés à un grade de niveau équivalent à celui dont relèvent les grands programmes de lutte contre les maladies.

Source : Réseau de métrologie sanitaire (*23*).

Encadré 1.7 Ressources technologiques nécessaires au renforcement des systèmes d'information sur les RHS

De nombreux pays n'ont pas accès aux technologies de l'information et de la communication nécessaires pour renforcer leurs systèmes d'information sur les RHS. Par exemple, une étude de 2004 menée par le Bureau régional OMS de l'Afrique a montré que 22 % des départements en charge des personnels de santé au sein des ministères de la santé de la région ne possédaient pas d'ordinateurs, que 45 % n'avaient accès à aucune messagerie électronique et que 32 % seulement des départements étudiés avaient des fax à leur disposition. Dans de telles circonstances, même un investissement modeste pourrait apporter des bénéfices significatifs.

Source : Organisation mondiale de la Santé (*24*).

les processus institutionnels de prise de décisions sur des bases factuelles et de renforcer l'apprentissage collectif ».

1.3 Questions et enjeux essentiels

Il se trouve hélas que les pays ayant le plus besoin de renforcer leurs RHS disposent souvent des données et des informations les plus fragmentées et les moins fiables. La plupart des pays, si ce n'est tous, ne sont pas dotés d'un système spécialisé harmonisé pour rassembler, traiter et diffuser en temps utile des informations générales sur leur personnel de santé, y compris sur les effectifs, la répartition, les dépenses et les facteurs de changement. Les diverses informations peuvent provenir d'autorités de contrôle des professionnels de la santé, de fichiers d'information sanitaire de district sur la dotation en personnel des établissements de santé, de recensements ou d'études concernant la population ou les établissements, de livres de paye, de permis de travail ou d'autres sources. Par conséquent, les ministères de la santé et les autres partenaires sont souvent tributaires de rapports ad hoc compilés à partir de sources différentes, pour lesquelles l'exhaustivité, l'actualité et la comparabilité des données peuvent varier considérablement.

Une difficulté supplémentaire est que la majorité des pays ne disposent pas de données globales qui mettent en évidence la multitude de ressources humaines jouant un rôle dans la protection, la promotion et le rétablissement de la santé. Par exemple, peu de pays recensent et divulguent régulièrement des statistiques officielles sur le personnel d'appui et de gestion de leur système de santé, qui peut exercer de nombreuses

activités en tant que personnel professionnel, de direction, d'administration et de secrétariat, ainsi que travailler dans le secteur de la santé sans être nécessairement formé à la prestation de services de santé. Dans le *Rapport sur la santé dans le monde 2006*, à peine un tiers des pays ont communiqué de telles données (*4*). Pourtant on estime que ces actifs, qui sont une composante critique du personnel de santé, constituent près d'un tiers de l'ensemble des RHS dans le monde ; les exclure des comptages officiels a pour conséquence que l'on sous-évalue de façon notable les effectifs du personnel de santé et néglige une potentiel important qui permettrait d'améliorer les résultats des systèmes de santé. De nombreux pays manquent également d'informations fiables et diffusées en temps utile sur les diverses dimensions des déséquilibres des RHS, comme la répartition par secteur, région, sexe, activité professionnelle, lieu de travail et rémunération.

Même dans les pays où les données sont relativement disponibles, la traduction des informations en éléments pouvant servir aux planificateurs, aux décideurs et aux partenaires est rendue difficile par le manque de cohérence dans la classification des activités professionnelles et par la gageure que représente le regroupement d'informations provenant de sources multiples. Étant donné les différences de culture et de développement au niveau des pays, en fonction desquelles les rôles et les tâches du personnel de santé varient, toute tentative d'améliorer la comparabilité des données concernant les pays et les tendances dans le temps doit porter principalement sur les moyens d'harmoniser les approches de la collecte, du traitement et de la diffusion de ces données.

Un obstacle supplémentaire au développement et au renforcement des systèmes d'information sur les RHS provient de l'absence d'accord sur des indicateurs normalisés et du manque d'investissement dans des stratégies de mesure, qui sont essentielles pour le suivi et l'évaluation des interventions en matière de RHS. D'importants efforts demeurent nécessaires pour harmoniser un ensemble minimum d'indicateurs qui reflètent dans les grandes lignes les dimensions variées et complexes de la dynamique des RHS, et soient d'utilisation facile et rapide, ainsi que de portée assez générale pour permettre la prise de décisions de santé publique dans le domaine des RHS. Il n'existe pas encore d'indicateurs généralement acceptés et communiqués de manière systématique au niveau international, hormis pour la densité des catégories de professionnels de la santé les plus courantes (médecins, infirmières, sages-femmes). Même l'utilisation de cet indicateur se heurte à des limites importantes quand il sert à l'élaboration de politiques et à la planification, sa pertinence pour la définition d'objectifs périodiques pouvant dépendre de changements concernant la structure de la population, la charge de morbidité, l'éventail des compétences du personnel de santé et d'autres facteurs.

1.4 Cadre pour le suivi du personnel de santé : le déroulement de la vie professionnelle

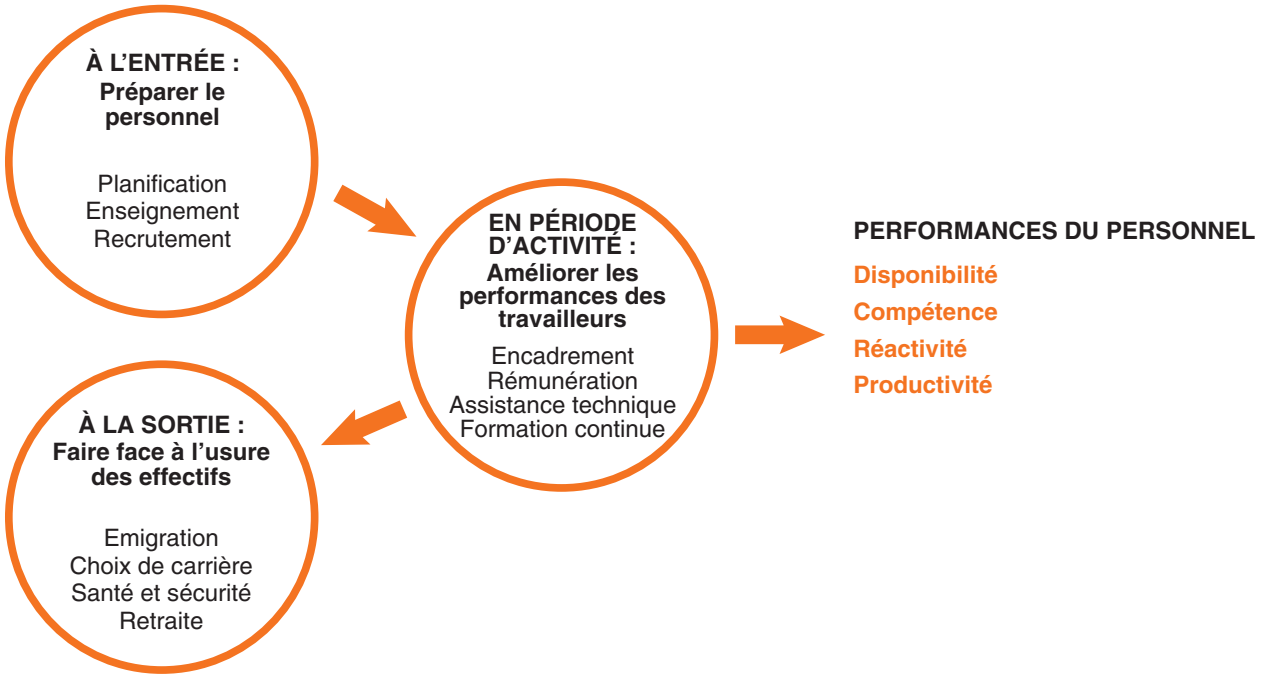
Le présent Manuel s'appuie sur une approche envisageant la totalité de la vie professionnelle pour le suivi de la dynamique du personnel de santé. Introduite dans le *Rapport sur la santé dans le monde 2006* (*4*), cette approche est axée sur la nécessité de suivre et d'évaluer les différentes étapes correspondant au moment où les agents de santé commencent (ou reprennent) leur vie professionnelle, à la période pendant laquelle ils font partie du personnel et au moment où ils cessent leur activité. L'approche envisageant la totalité de la vie professionnelle (Figure 1.1) pour former, attirer, maintenir et conserver le personnel se situe dans la perspective des travailleurs et constitue également une approche systémique qui permet de suivre la dynamique du marché du travail dans le domaine de la santé et les stratégies à chaque étape.

Du point de vue des politiques et de la gestion, le cadre est centré sur la modulation des rôles des marchés du travail et des états aux phases critiques de la prise de décisions :

- **entrée** : préparer le personnel au moyen d'investissements stratégiques dans l'éducation et de pratiques de recrutement efficaces et éthiques ;
- **personnel en activité** : améliorer la disponibilité, l'accessibilité et les performances du personnel par une meilleure gestion des ressources humaines dans les secteurs public et privé ;
- **sortie** : gérer les migrations et les départs naturels pour limiter la perte dommageable de ressources humaines.

L'un des objectifs des interventions concernant les politiques et les programmes à la phase d'entrée est de former et de préparer un nombre suffisant de travailleurs motivés ayant les compétences techniques adéquates et qui, du fait de leur répartition géographique et socioculturelle, soient accessibles, qualifiés et disponibles pour atteindre les patients et la population de manière efficace et équitable. Il faut pour cela une planification, une gestion et une budgétisation actives tout au long de la formation du personnel de santé, l'accent étant mis sur la création de bons établissements de formation des professions de santé, sur l'amélioration des mécanismes de contrôle de la qualité pour le

Figure 1.1 Approche du déroulement de la vie professionnelle pour le suivi de la dynamique du personnel de santé



Source : Organisation mondiale de la Santé (*4*).

personnel qualifié et sur le renforcement des capacités de recrutement.

Les stratégies visant à améliorer les performances du personnel de santé en activité sont axées sur la disponibilité, la compétence, l'utilité, la capacité d'adaptation et la productivité de ceux qui travaillent actuellement dans le secteur de la santé. Ce qui implique généralement l'évaluation des RHS dans le cadre de la prestation de services de santé sur des lieux de travail très divers et dans le contexte plus large des marchés du travail nationaux.

Des sorties ou des départs d'agents de santé survenant de façon imprévue ou en trop grand nombre peuvent compromettre les résultats des systèmes de santé et accuser les faiblesses de certains systèmes déjà fragilisés. Dans certaines régions, l'ensemble des arrêts maladie, des décès et des migrations (vers d'autres secteurs ou pays) représente une hémorragie de main-d'oeuvre qui menace la stabilité du personnel. Les stratégies de lutte contre les départs naturels comprennent la gestion des pressions du marché pouvant entraîner des migrations, l'amélioration des conditions sur le lieu de travail pour que le secteur de la santé soit considéré comme un choix de carrière favorable et la réduction des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs.

À chacune de ces phases et pour chacune des politiques et des interventions en place, il est nécessaire de concevoir et de mesurer des indicateurs appropriés pour inspirer l'élaboration des stratégies et contrôler les effets et la rentabilité dans le temps.

1.5 Feuille de route

Dans les chapitres suivants du présent Manuel, il est exposé en détail les possibilités, les difficultés et les expériences des pays en ce qui concerne les approches du suivi et de l'évaluation de ces aspects clefs de la dynamique du personnel de santé et l'utilité des différentes sources d'information et techniques d'analyse potentielles. Le volume est structuré en 12 chapitres, y compris le chapitre d'introduction. Si chacun des chapitres peut être lu isolément, des références croisées vers les autres chapitres sont fournies à différents points pour aider les lecteurs à élargir leur vision. Bien que nombre des approches présentées ici aient été choisies en vue de leur application dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, il figure aussi des exemples de pays développés à économie de marché afin d'améliorer le partage des expériences et des meilleures pratiques.

Au chapitre 2, D. Hunter, M.R. Dal Poz et T. Kunjumen se penchent sur la définition du personnel de santé et son opérationalisation, en examinant les utilisations actuelles des classifications internationales normalisées pertinentes pour la délimitation, la description et l'analyse statistiques du personnel de santé. L'actualité

de ce chapitre est manifeste, étant donné la révision récente (2008) de la Classification internationale type des professions.

Au **chapitre 3**, F. Rigoli et ses collègues décrivent en détail les approches et les moyens adoptés pour le suivi du personnel de santé en activité. Ils mettent en évidence les indicateurs de base permettant de caractériser les personnes qui se trouvent actuellement sur le marché du travail de la santé et passent en revue les sources potentielles de données. Le chapitre se poursuit par des exemples fondés sur des sources et des études de cas de plusieurs pays et s'achève sur des recommandations pour le renforcement des systèmes d'information et de suivi des RHS dans les pays.

Au **chapitre 4**, K. Tulenko, G. Dussault et H. Mercer étudient les moyens de suivre et d'analyser l'entrée au sein du personnel de santé et examinent comment, grâce à des données appropriées, il est possible de formuler et d'évaluer des politiques et des programmes pour faire face à la pénurie d'agents de santé et à la mauvaise répartition de ces derniers. Ils dégagent un ensemble d'indicateurs de base, ainsi que les sources existantes et nouvelles de données aux fins de la mesure de ces indicateurs.

Au **chapitre 5**, P. Zurn, K. Diallo et Y. Kinfu évoquent les principaux facteurs ayant une influence sur la transition au sein du personnel de santé et la cessation de l'activité, et proposent des indicateurs de résultats, généraux mais facilement mesurables. Sur la base de données pertinentes, il est aussi fourni, à titre d'exemple, des analyses assorties d'un examen des implications que comportent les tendances observées pour les politiques et la planification.

Au **chapitre 6**, P. Hernandez, T. Tan-Torres et D.B. Evans s'efforcent d'encourager un nombre plus important de pays à contrôler les dépenses en faveur des RHS pour éclairer la prise de décisions. Il est présenté plusieurs lignes de conduite, visant à constituer un guide pratique pour l'utilisation opérationnelle par les personnes qui contrôlent effectivement ces dépenses. Ce chapitre comprend une introduction aux principales procédures en matière de collecte de données et aux indicateurs et résultats associés qui seraient produits, ainsi que des exemples de pays pour illustrer les diverses procédures. Il porte essentiellement sur les questions de la collecte et de l'utilisation des données au niveau des pays. Il y est expliqué comment entreprendre l'élaboration et la gestion d'une base de données sur les dépenses en faveur des RHS.

Chacun des quatre chapitres suivants est centré sur un outil de mesure spécifique pouvant constituer une source abondante d'informations pour les politiques.

Au **chapitre 7**, B. Fapohunda et ses collègues soulignent l'utilité des évaluations dans les établissements de santé pour l'analyse des RHS, en examinant de nombreuses techniques de collecte de données axées sur des points de prestation de services dans les établissements.

Au **chapitre 8**, R. Lavallée, P. Hanvoravongchai et N. Gupta présentent les approches de l'utilisation des données de recensement de la population pour analyser les dimensions sexospécifiques du personnel de santé, en s'appuyant sur des applications empiriques concernant plusieurs pays. Les auteurs concluent le chapitre par des recommandations visant à promouvoir l'utilisation de données désagrégées par sexe, notamment issues des recensements, pour faire progresser le suivi et l'évaluation de la planification et de la gestion de politiques en matière de ressources humaines qui prennent en considération les questions de parité entre les sexes.

Au **chapitre 9**, P. McQuide et ses collègues donnent un aperçu des éléments essentiels et des enseignements tirés à ce jour des diverses expériences de l'application de systèmes d'information sur les ressources humaines, en se fondant sur des sources de données administratives. Ils présentent un ensemble d'études de cas sur le développement et le renforcement des systèmes d'information courants de certains pays à revenu faible ou intermédiaire.

Les stratégies de mesure qualitative pour l'analyse des RHS sont le thème central du **chapitre 10**. Les études qualitatives sont utilisées pour comprendre les attitudes et les motivations des agents de santé, et portent sur les réalités sous-jacentes aux données chiffrées des études quantitatives. T. Lievens, M. Lindelow et P. Serneels fournissent des conseils pratiques sur la manière de concevoir et d'appliquer des études qualitatives sur le personnel de santé, sur la base d'une abondante littérature méthodologique et de nombreux travaux de recherche appliquée, notamment des études de cas en Éthiopie et au Rwanda.

Étant donné la diversité des sources d'information potentielles sur les RHS, une stratégie de triangulation, ou examen croisé et synthèse des données disponibles à partir de différentes sources, peut appuyer efficacement la prise de décisions, dans la mesure où elle permet d'appréhender rapidement la situation et d'utiliser les données préexistantes de façon optimale. C'est le sujet du **chapitre 11**, dans lequel G. Nigenda et ses collègues présentent trois études de cas de pays (le Mexique, l'Inde et la Zambie) sur les applications de la triangulation pour l'analyse des RHS, chaque étude étant consacrée à un thème central.

Enfin, G. Gedik et ses collègues font l'inventaire des diverses initiatives nationales, régionales et mondiales existantes aux fins de l'établissement de mécanismes de coopération efficaces pour le partage des connaissances et des meilleures pratiques. Le Manuel se termine par le chapitre 12, qui comporte un débat sur les contributions et les cadres conceptuels visant à établir un lien entre les travaux de recherche, les informations et les analyses concernant le personnel de santé d'une part, et le dialogue et les décisions sur les politiques de l'autre. Les auteurs mettent en lumière le rôle potentiel et les expériences des observatoires régionaux et nationaux sur les RHS s'agissant de transformer les informations et les données en politiques et en pratiques.

1.6 Autres informations et observations

Le présent Manuel s'inscrit dans le cadre d'efforts de plus grande envergure visant à renforcer les capacités des pays s'agissant de produire, d'analyser et d'utiliser des données pour évaluer les performances du personnel de santé et suivre les progrès vers la réalisation de leurs objectifs concernant les RHS. Les demandes d'informations complémentaires sur les outils, les approches ou les méthodes décrits ici sont les bienvenues. Pour garantir que les révisions futures du Manuel l'amélioreront et qu'elles continueront de tenir compte des besoins et des situations des pays, il est demandé aux lecteurs et aux utilisateurs potentiels de communiquer des réactions et suggestions. Les questions spécifiques sur lesquelles des informations en retour sont les bienvenues sont notamment : la facilité d'utilisation du Manuel ; le bien-fondé et la viabilité des indicateurs recommandés et des stratégies de mesure et d'analyse connexes ; et l'utilité du Manuel s'agissant d'encourager la demande et la possession par les pays de systèmes renforcés d'information, de suivi et d'évaluation des RHS.

Les questions, observations et réactions sont à envoyer au :
Coordonnateur, Personnel de santé :
information et gouvernance
Département des ressources humaines pour la santé
Organisation mondiale de la Santé
Avenue Appia 20
Genève 1211, Suisse
Fax : +41–22–791–4747
Courrier électronique : hrhstatistics@who.int

Bibliographie

1. S. Anand, T. Barnighausen. Human resources and health outcomes : cross-country econometric study. *The Lancet*, 2004, volume 364, pages 1603–1609.
2. S. Anand, T. Barnighausen. Health workers and vaccination coverage in developing countries : an econometric analysis. *The Lancet*, 2007, volume 369, pages 1277–1285.
3. N. Speybroeck, Y. Kinfu, M.R. Dal Poz, D.B. Evans. *Reassessing the relationship between human resources for health, intervention coverage and health outcomes*. Document de travail établi pour le *Rapport sur la santé dans le monde 2006*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006 (http://www.who.int/hrh/documents/reassessing_relationship.pdf, consulté le 10 janvier 2009).
4. *Rapport sur la santé dans le monde 2006 – Travailler ensemble pour la santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006 (http://www.who.int/whr/2006/fr/index.html, consulté le 10 janvier 2009).
5. Deloitte Insight Economics. *Impact monitoring and evaluation framework - Background and assessment approaches*. Cooperative Research Centres Association of Australia, 2007.
6. *Glossaire des termes statistiques*. Paris, Organisation de coopération et de développement économiques (http://stats.oecd.org/glossary/index.htm (en anglais), consulté le 10 janvier 2009).
7. *Toolkit for monitoring health systems strengthening*. Version préliminaire. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (http://www.who.int/healthinfo/statistics/toolkit_hss/en/, consulté le 10 janvier 2009).
8. *L'OMS et les objectifs du Millénaire pour le développement*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (http://www.who.int/mdg/fr/, consulté le 10 janvier 2009).
9. Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (http://www.theglobalfund.org/fr/, consulté le 10 janvier 2009).
10. GAVI Alliance (http://www.gavialliance.org/, consulté le 10 janvier 2009).
11. Plan d'urgence du président des États-Unis en matière de lutte contre le sida (http://www.pepfar.gov (en anglais), consulté le 10 janvier 2009).
12. Forum de haut niveau sur les objectifs du Millénaire pour le développement en matière de santé (http://www.hlfhealthmdgs.org/ (en anglais), consulté le 10 janvier 2009).
13. Joint Learning Initiative, *Human resources for health - Overcoming the crisis*. Boston, Global Equity Initiative (Université de Harvard), 2004.
14. Résolutions de l'OMS sur le développement du personnel de santé. Organisation mondiale de la Santé (http://www.who.int/hrh/resolutions/en/ (liste en anglais), consulté le 10 janvier 2009).
15. Alliance mondiale pour les personnels de santé (http://www.who.int/workforcealliance/fr/index.html, consulté le 10 janvier 2009).
16. Alliance de l'Asie-Pacifique en faveur des ressources humaines pour la santé (http://aaahrh.org/ (en anglais), consulté le 10 janvier 2009).
17. Partenariat international pour la santé (http://www.internationalhealthpartnership.net/ (en anglais), consulté le 10 janvier 2009).
18. *The Global Campaign for the Health Millenium Development Goals - First year report*. Agence norvégienne pour la cooperation en faveur du développement (NORAD). (http://www.norad.no/default.asp?V_ITEM_ID=9263&V_LANG_ID=0, consulté le 10 janvier 2009).
19. Réseau de métrologie sanitaire (http://www.who.int/healthmetrics/en/ (en anglais), consulté le 10 janvier 2009).
20. K. Diallo, P. Zurn, N. Gupta, M. Dal Poz. *Monitoring and evaluation of human resources for health : an international perspective. Human Resources for Health*, 2003, 1 :3. (http://www.human-resources-health.com/content/1/1/3, consulté le 10 janvier 2009).
21. S.K. Stanfield *et al*. *Information to improve decision-making for health. In :* D.T. Jamison *et al*. (éd.). *Disease control priorities for the developing world*. Washington, D.C., Banque mondiale et Oxford University Press, 2006.
22. T.M. Sullivan, S. Strachan, B.K. Timmons. *Guide to monitoring and evaluating health information products and services*. Baltimore, MD, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Constella Futures et Management Sciences for Health, 2007.
23. Réseau de métrologie sanitaire. *Framework and Standards for Country Health Information Systems*, 2e éd. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (http://www.who.int/healthmetrics/documents/hmn_framework200803.pdf, consulté le 10 janvier 2009).
24. *Rapport sur la santé dans le monde 2006 – Travailler ensemble pour la santé : notes d'orientation*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006 (http://www.who.int/hrh/documents/policy_brief_fr.pdf, consulté le 10 janvier 2009).
25. *Cadre d'action RHS*. Capacity Project (http://www.capacityproject.org/framework/fr/, consulté le 10 janvier 2009).
26. J. Nyoni, A. Gbary, M. Awases et al. *Politiques et plans des ressources humaines pour la santé - Directives à l'intention des pays membres de l'OMS, Région Afrique*. Brazzaville, Bureau régional OMS de l'Afrique, 2006. (http://www.afro.who.int/hrh-observatory/documentcentre/politiques_et_plans.pdf, consulté le 10 janvier 2009).
27. *Outils et directives concernant la planification sanitaire*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (http://www.who.int/hrh/tools/planning/en/index.html (en anglais), consulté le 10 janvier 2009).
28. *Déclaration de Kampala et Programme pour une action mondiale*. Déclaration adoptée lors du premier Forum mondial sur les ressources humaines pour la santé, 2–7 mars 2008, Kampala. Genève, Organisation mondiale de la Santé et Alliance mondiale pour les personnels de santé, 2008 (http://www.who.int/workforcealliance/French.Kampala%20Declaration%20and%20Agenda.WEB.file.pdf, consulté le 10 janvier 2009).

2 Frontières du personnel de santé : définition et classifications des ressources humaines pour la santé

DAVID HUNTER, MARIO R DAL POZ, TEENA KUNJUMEN

2.1 Introduction

Le personnel de santé représente l'un des blocs constitutifs clefs des systèmes de santé et a été désigné comme un domaine d'action prioritaire pour le renforcement de ces systèmes (*1*). Cependant, les évaluations internationales des ressources humaines ou des autres contributions non monétaires aux systèmes de santé tendent à être moins nombreuses que les comparaisons des dépenses consacrées aux soins de santé (*2*). Cela est dû en partie à l'absence de cadre commun et de données adéquates pour l'analyse comparative des personnels de santé. L'existence, dans une grande partie du monde, de frontières professionnelles floues et de différences dans la définition et la classification de certains types d'agents de santé complique encore l'analyse des données relatives au personnel de santé. Par exemple, d'un pays à un autre, les caractéristiques d'une « infirmière » peuvent différer en termes d'études requises, de prescriptions au regard de la législation et de la pratique, de compétences et de domaine d'activité. Pour suivre les tendances que connaît la situation du personnel de santé dans les différents pays ou dans le temps, ou pour que les pays partagent les expériences et les meilleures pratiques, il est nécessaire de savoir exactement comment les agents de santé sont définis et classifiés dans la source d'informations initiale (*3*).

Les auteurs du présent chapitre se penchent sur la définition du personnel de santé et son opérationalisation. Ils examinent les utilisations actuelles des classifications internationales normalisées servant à la délimitation, la description et l'analyse statistiques du personnel de santé et indiquent certaines options à examiner ultérieurement.

2.2 Qui sont les agents de santé ?

Toute analyse du personnel de santé nécessite une définition précise des agents de santé. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit le personnel de santé comme « l'ensemble des personnes exerçant des activités dont l'objet essentiel est d'améliorer la santé » (*4*). Cette déclaration renforce l'idée de l'OMS que les systèmes de santé comprennent « toutes les organisations, les personnes et les mesures qui tendent essentiellement à promouvoir, rétablir ou maintenir la santé » (*1*). Ce qui implique par exemple que les membres des familles qui s'occupent d'un malade et les autres aidants et bénévoles qui contribuent de façon informelle à l'amélioration de la santé devraient également être pris en compte dans le personnel de santé. Mais, dans la pratique, ces personnes ne sont pas souvent comptabilisées, en raison du manque d'informations sur le personnel non rémunéré et, partant, de la difficulté d'établir les frontières de ce qui constitue un système de santé.

Même dans ce cadre, il n'est pas aisé de définir une intervention de santé aux fins de la classification du personnel rémunéré. Si l'on considère une infirmière employée par une entreprise industrielle pour fournir sur place des prestations de soins de santé aux employés ; les interventions de l'infirmière visent principalement à améliorer la santé, bien que cela ne soit pas l'objectif premier de l'employeur. Prenons maintenant le cas d'un jardinier employé par un hôpital ; les interventions du jardinier n'améliorent pas directement la santé, contrairement à celles de son employeur, l'hôpital. Les membres du personnel non clinique sont très présents dans les secteurs de la santé, notamment comme directeurs, opérateurs d'ordinateur, employés de bureau et commerciaux, et offrent un appui au niveau de la gestion et de l'infrastructure. Inversement, de nombreux soignants qualifiés travaillent en dehors des points de prestation de services dans les établissements, notamment dans les ministères et les départements gouvernementaux, les services de santé publique, les organismes de recherche sur la santé et les systèmes de santé, les établissements d'éducation et de formation des professionnels de la santé, les cliniques installées dans les écoles et les entreprises, les foyers de soins, les centres de réadaptation, les

Tableau 2.1 Cadre pour la définition du personnel de santé

Formation, métier et lieu de travail des personnes	Travaillant dans le secteur de la santé	Travaillant dans un secteur ne concernant pas la santé ou sans emploi/inactives
Formation dans le domaine de la santé et emploi dans un métier de la santé	A. Par exemple, médecins, infirmières, sages-femmes travaillant dans un établissement de soins	C. Par exemple, infirmières travaillant pour une entreprise privée, pharmaciens travaillant dans un point de vente au détail
Formation dans le domaine de la santé mais absence d'emploi dans un métier de la santé	A. Par exemple, directeurs d'établissement de soins ayant reçu une formation médicale	C. Par exemple, professeurs d'université ayant reçu une formation médicale, infirmières sans emploi
Formation dans un domaine ne concernant pas la santé ou absence d'études régulières	B. Par exemple, économistes, employés de bureau, jardiniers travaillant dans un établissement de soins	D. Par exemple, instituteurs d'école primaire, mécaniciens de garage, comptables dans une banque

établissements de correction, les casernes militaires et autres. Un système de classification qui considère les interventions dans leur seul rapport avec les individus ou avec les lieux de travail, risque de ne pas prendre en compte la totalité des interventions du personnel de santé.

Pour fournir des données cohérentes et comparables afin d'éclairer la prise de décisions, il est nécessaire de définir le personnel de santé opérationnellement. S'il n'existe pas de façon unique de mesurer le personnel de santé, il est important de spécifier quels sont les éléments de la définition et la structure de classification considérés. Par exemple, si une étude inclut l'infirmière susmentionnée travaillant pour une entreprise privée alors qu'une autre ne le fait pas, la comparabilité des données des deux études en question est compromise.

Le Tableau 2.1 fournit un cadre utile pour représenter les agents de santé employés (ou non) dans le secteur de la santé et les secteurs ne concernant pas la santé. On peut distinguer trois catégories d'agents à prendre en considération pour l'analyse du personnel de santé :

A. les personnes formées à un métier de la santé et travaillant dans le secteur des services de santé ;
B. les personnes ayant une formation dans un domaine ne concernant pas la santé (ou n'ayant pas fait d'études régulières) et travaillant dans le secteur des services de santé ;
C. les personnes ayant une formation dans le domaine de la santé et qui travaillent dans un secteur sans rapport avec les soins de santé ou qui sont actuellement sans emploi ou inactives sur le marché du travail.

Les catégories A et C prises ensemble constituent le personnel de santé formé (qualifié) (actif ou inactif) disponible dans un pays ou une région donnés, tandis que A et B représentent le personnel de santé employé dans le secteur de la santé. La somme des trois éléments A, B et C indique le personnel de santé potentiel total disponible. Une quatrième catégorie, D, englobe tout le personnel non sanitaire, c'est-à-dire les travailleurs qui ne sont pas formés à un métier de la santé et ne travaillent pas dans le secteur de la santé.

Ce cadre présente l'avantage qu'il intègre les éléments que sont la formation, le métier exercé et le secteur. Dans ce contexte, « formation » renvoie à l'éducation (institutionnalisée ou non) dispensée à des personnes pour qu'elles acquièrent les compétences nécessaires à l'accomplissement des tâches requises pour exercer un emploi avec compétence, « métier » fait référence aux tâches et aux devoirs accomplis par des personnes dans un emploi, et « secteur » aux activités des établissements ou des entreprises dans lesquels les personnes sont employées. Il est essentiel de prendre en considération ces trois éléments à la fois pour comprendre la dynamique du personnel.

Le cadre peut servir utilement à repérer les manques et les sources de données potentielles pour l'analyse du personnel de santé. Plusieurs sources peuvent être utilisées pour fournir des informations et des données afin d'inspirer les politiques, notamment, les recensements et les enquêtes en population, les évaluations dans les établissements de santé et les documents administratifs courants (y compris les documents sur les dépenses publiques, les effectifs et la masse salariale, la formation professionnelle, l'enregistrement et l'autorisation d'exercer). Les évaluations dans les établissements de santé et les livres de paye fournissent des données concernant uniquement les catégories A

et B, tandis que les renseignements des associations de réglementation professionnelle sont plutôt limités aux catégories A et C. En revanche, les recensements de la population représentatifs à l'échelle nationale et les enquêtes sur la population active qui comportent des questions bien ciblées sur le métier, le lieu de travail et le domaine de formation peuvent apporter des informations sur les trois composantes.

2.3 Classification des personnels de santé

Les agents de santé jouent des rôles différents, de même que fréquemment leur histoire, leur culture et leurs codes de pratique nationaux diffèrent. Toute tentative visant à comparer les effectifs et les caractéristiques du personnel de santé entre les pays et dans le temps nécessite un certain degré d'harmonisation des informations disponibles. Pour comparer et intégrer des données provenant de sources et de pays différents, il est nécessaire d'utiliser des systèmes de classification harmonisés ou cohérents au niveau international. Bien que certains pays diffusent des données fondées sur des classifications nationales concernant les études, les métiers ou les secteurs qui ne permettent pas toujours les comparaisons, la plupart recourent à des systèmes de classification reposant sur ou en rapport avec les classifications normalisées à l'échelle internationale, telles que la Classification internationale type de l'éducation (CITE), la Classification internationale type des professions (CITP) et la Classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité économique (CITI). Ces classifications offrent un cadre cohérent pour ranger dans des catégories les domaines et les niveaux de formation, les métiers et les secteurs créateurs d'emplois, respectivement, en fonction de caractéristiques communes (*5-7*).

2.3.1 Classification des niveaux d'éducation et de formation

Il est particulièrement difficile de répertorier clairement les divers types de programmes d'éducation et de formation des agents de santé que proposent des établissements différents, ayant des critères d'admission, des programmes et des durées de formation différents, et de les regrouper dans des catégories qui soient comparables aux plans national et international. La comparabilité peut être améliorée par la collecte, le traitement et la diffusion des données conformément à la norme CITE, qui fournit un cadre pour la compilation et la présentation des statistiques nationales et internationales sur l'éducation, et des indicateurs pour l'analyse des politiques et la prise de décisions, quelle que soient la structure des systèmes nationaux d'éducation et le stade de développement économique des pays (*8*). La CITE couvre toutes les activités d'apprentissage organisé et durable pour les enfants, les jeunes et les adultes. Elle permet de classifier par niveau et domaine d'éducation divers types de programmes d'éducation, comme l'enseignement formel initial, la formation continue, l'enseignement non formel, l'enseignement à distance, les apprentissages, les enseignements techniques et professionnels et l'éducation répondant à des besoins spéciaux.

Dans la dernière version de la CITE (dénommée la CITE 1997), il est distingué sept niveaux de formation, neuf grands domaines (en d'autres termes, indiqués par un code à un chiffre) et 25 sous-domaines (indiqués par un code à deux chiffres). Au Tableau 2.2, il est présenté les niveaux de formation de la CITE applicables aux études conduisant à un métier de la santé. La plupart des spécialisations relèvent du sous-domaine 72 « santé », y compris les formations en médecine, services médicaux et de santé, soins infirmiers et dentisterie.

Par ailleurs, il existe certains outils visant à indiquer comment appliquer la classification CITE. Dans l'un de ces manuels, les domaines d'étude de la CITE, indiqués par un code à deux chiffres, sont développés par l'ajout d'un niveau à trois chiffres, ce qui permet de décrire avec davantage de précision l'éducation et la formation professionnelles en garantissant toujours la comparabilité entre les pays (*9*). Ce manuel est conçu pour servir de guide aux pays dans lesquels il n'est pas établi de classification nationale globale, sur la base de l'analyse des descriptions du contenu des programmes de formation. Au Tableau 2.3, il est indiqué les codes à trois chiffres correspondant aux spécialisations liées à la santé.

2.3.2 Classification des professions

La CITP, élaborée par l'Organisation internationale du travail (*10*), est un autre système de classification utile pour l'analyse du personnel de santé. Elle permet de répertorier les emplois selon un système hiérarchisé en grands groupes (niveau à un chiffre), sous-grands groupes (niveau à deux chiffres), sous-groupes (niveau à trois chiffres) et groupes de base (niveau à quatre chiffres), spécifiés en fonction de la précision requise. Les critères de base utilisés pour définir le système de regroupement sont le niveau de compétence et la spécialisation des compétences nécessaires pour s'acquitter des tâches et des devoirs liés aux professions (*6*). Le niveau de compétence fait référence à la complexité et à la diversité des tâches requises pour l'emploi. La spécialisation des compétences est liée au domaine de compétence, aux outils et aux machines utilisés, aux matériaux transformés ou employés, et aux biens et services produits.

Dans la dernière version de la CITP, révisée en 2008 (CITP-08), les principales professions comportant une spécialisation en rapport avec les soins de santé relèvent de deux sous-grands groupes : le sous-grand groupe 22, « spécialistes de la santé » (personnels ayant généralement reçu une formation solide à des emplois qui nécessitent normalement l'obtention d'un diplôme universitaire pour être exercés avec compétence) ; et le sous-grand groupe 32, « professions intermédiaires de la santé » (nécessitant généralement des connaissances et des compétences acquises au moyen d'une éducation et d'une formation supérieures institutionnalisées mais qui ne sont pas l'équivalent d'un grade universitaire). Les spécialistes de la santé comprennent les médecins, les cadres infirmiers et les sages-femmes, et d'autres spécialistes des professions de la santé tels les dentistes et les pharmaciens. Parmi les professions intermédiaires de la santé, on compte

Tableau 2.2 Niveaux d'éducation et de formation pertinents pour les métiers de la santé d'après la Classification internationale type de l'éducation (CITE 1997)

Niveau	Dénomination	Description	Durée normale	Dimensions complémentaires
3	Enseignement secondaire de deuxième cycle	Commence normalement à la fin de la scolarisation obligatoire à plein temps dans les pays où celle-ci existe.	Exige normalement des élèves l'accomplissement préalable d'environ neuf ans d'études à plein temps depuis le début de l'éducation de base (primaire).	Les dimensions pour l'organisation de ce niveau comprennent : le type d'enseignement ou d'orientation ultérieurs ; l'orientation des programmes ; et la durée théorique cumulée des études. Le niveau 3 correspond normalement à la condition minimale d'admission pour suivre une formation à l'exercice d'un métier de la santé.
4	Enseignement post-secondaire non-supérieur	Regroupe des programmes qui se situent du point de vue international à la limite entre le deuxième cycle du secondaire et l'enseignement postsecondaire, même si, dans le contexte national, ils sont considérés comme relevant clairement du deuxième cycle du secondaire ou du postsecondaire.	Durée normale du programme comprise entre six mois et deux ans en équivalent plein-temps.	Trois orientations des programmes sont possibles : i) enseignement général ; ii) enseignement préprofessionnel ou prétechnique ; et iii) enseignement professionnel ou technique. Comprend l'éducation des adultes (par exemple, les cours techniques suivis par une personne au cours de sa vie professionnelle sur des sujets précis).
5	Premier cycle de l'enseignement supérieur	Programmes d'enseignement supérieur ayant un contenu éducatif approfondi (mais ne conduisant pas directement à l'obtention d'un titre de chercheur hautement qualifié).	Durée normale d'au moins deux ans en équivalent plein-temps, bien que certains programmes durent quatre ans ou plus.	Programmes permettant généralement d'accéder à une profession exigeant de hautes compétences. Comprend les programmes conduisant à l'obtention d'une maîtrise.
6	Deuxième cycle de l'enseignement supérieur (conduisant à un titre de chercheur de haut niveau)	Programmes d'enseignement supérieur qui conduisent à l'obtention d'un titre de chercheur hautement qualifié (c'est-à-dire consacrés à des études approfondies et à des travaux de recherche originaux et non pas fondés uniquement sur des cours).		Champ très limité à ce niveau.

Source : Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (*8*).

Tableau 2.3 Domaines de la formation professionnelle liés à la santé d'après le manuel *Domaines de formation*

Code	Domaine	Description
Domaines de formation directement liés à la santé		
721	Médecine	La médecine concerne les principes et les procédés permettant de prévenir, de diagnostiquer, de soigner et de traiter les affections, maladies et blessures des humains et de les maintenir en bonne santé générale. Ce domaine concerne essentiellement la formation des médecins. Il comprend les programmes dont le contenu principal porte sur les formations suivantes : formation médicale, médecine, science médicale ; ainsi que les spécialités médicales telles que : anatomie, anesthésiologie, cardiologie, chirurgie, dermatologie, épidémiologie, gérontologie, hématologie, médecine interne, médecine légale, médecine préventive et sociale, neurologie, obstétrique et gynécologie, oncologie, ophtalmologie, pédiatrie, psychiatrie.
722	Services médicaux	Les services médicaux concernent le bien-être physique des humains et le traitement de leurs problèmes et maladies sans recours à des méthodes chirurgicales. Les programmes de formation relevant de ce domaine comprennent une large gamme de services : chiropraxie, ergothérapie, nutrition et diététique, optométrie, pharmacie, physiothérapie, prothèse orthopédique, radiothérapie, réadaptation professionnelle, services ambulanciers, techniques de radiographie médicale, technologie de laboratoire médical, technologies de l'audioprothèse, technologies du paramédical d'urgence, troubles du langage et orthophonie.
723	Soins infirmiers	Les soins infirmiers concernent les soins de santé dispensés aux malades, aux personnes handicapées ou invalides, et l'assistance apportée aux médecins et autres professionnels de la médecine et de la santé dans le diagnostic et le traitement des patients. Ce domaine comprend les programmes dont le contenu principal porte sur les formations suivantes : formation d'aides soignants, formation de sages-femmes, hygiène des nourrissons (soins infirmiers), soins aux handicapés, soins aux personnes âgées, soins infirmiers auxiliaires, soins infirmiers de base, soins infirmiers en psychiatrie.
724	Études dentaires	Les études dentaires concernent le diagnostic, le traitement et la prévention des affections et malformations dentaires et périodontales. Elles incluent la conception, la fabrication et la réparation de prothèses dentaires et d'appareils orthodontiques, ainsi que l'assistance de dentistes. Ce domaine comprend les programmes dont le contenu principal porte sur les formations suivantes : chirurgie dentaire, dentisterie clinique, formation d'assistants de dentistes, hygiène dentaire, odontologie, orthodontie, science dentaire, soins dentaires, technologie de laboratoire dentaire.
Domaines de formation en rapport avec la santé		
762	Travail social et orientation	Le travail social et l'orientation concernent les besoins de protection et d'assistance sociales des communautés, de certains groupes et particuliers, et les moyens appropriés pour répondre à ces besoins, en particulier la politique sociale et les services sociaux. Les programmes de formation relevant de ce domaine concernent notamment les aspects suivants : aide sociale d'urgence, conseils aux alcooliques et aux toxicomanes, services sociaux, travail social.
850	Protection de l'environnement	La protection de l'environnement concerne les relations entre les organismes vivants et l'environnement, et les moyens de protéger les diverses ressources naturelles. Les services de protection de la santé publique concernant par exemple les normes d'hygiène relatives aux aliments et à l'eau potable, sont inclus dans ce domaine. Les programmes de formation relevant de ce domaine concernent notamment les aspects suivants : élimination des déchets, hygiène publique, lutte contre la pollution de l'air, lutte contre la pollution de l'eau, toxicologie de l'environnement.
862	Santé et sécurité du travail	La santé et la sécurité du travail concernent l'identification, l'évaluation et le contrôle des facteurs influant sur l'environnement professionnel. Les formations relevant de ce domaine concernent notamment les aspects suivants : ergonomie (santé et sécurité du travail), santé et hygiène du travail, santé et sécurité sur le lieu de travail, sécurité des personnels, stress au travail.

Source : D'après le Centre européen pour le développement de la formation professionnelle et Eurostat (*9*).

les techniciens de la médecine et de la pharmacie, le personnel infirmier et les sages femmes (niveau intermédiaire), et d'autres professionnels comme les assistants en médecine dentaire, les techniciens en physiothérapie et les opticiens (Tableau 2.4, page 22).

Pour la version précédente de la CITP (adoptée en 1988 ou CITP-88), qui a servi pour la comparaison des données disponibles au moment de la publication du présent Manuel, il a été nécessaire de coder les informations considérées avec une précision correspondant au moins au niveau à trois chiffres pour répertorier convenablement les professions de la santé. Les informations indiquées par un code à deux chiffres ne permettaient pas de différencier les professions de la santé des autres professions des sciences de la vie. Il n'en reste pas moins que, sur la base de consultations entre l'Organisation internationale du travail, l'OMS et d'autres partenaires, une nouvelle version a été adoptée en 2008 à la suite du constat que la version de 1988 était dépassée dans certaines domaines (*11*).

Les niveaux à deux chiffres ou à trois chiffres de la CITP-08 permettent de recenser la plupart des professions de la santé. Toutefois, une codification à quatre chiffres est nécessaire pour distinguer les praticiens spécialisés (dentistes, pharmaciens ...) et mettre dans une catégorie distincte certains autres agents de santé auxiliaires, comme les psychologues et les spécialistes du travail social, classés dans le même sous-groupe que les autres spécialistes des sciences sociales, avec les économistes et les sociologues.

L'une des améliorations importantes dans la CITP-08 pour l'analyse du personnel de santé est la création de groupes de base supplémentaires, notamment pour différencier les médecins généralistes des médecins spécialistes, et inventorier certains types d'agents de santé auxiliaires. Par exemple, un nombre croissant de pays, notamment les pays à revenu faible confrontés à une pénurie critique de cadres infirmiers et de professionnels de la médecine hautement qualifiés, se tournent vers des agents de santé communautaire, aides en santé communautaire sélectionnés, formés et travaillant dans leur communauté d'origine, pour assurer certains services de santé de base (*12*). Cette catégorie est spécifiée dans le CITP-08 (code de groupe de base 3253).

Une autre amélioration réside dans le traitement des professions de la médecine vétérinaire. Dans la CITP-88, ces professions se trouvent dans le même sous-groupe que les professions de la santé humaine ; c'est pourquoi un niveau à quatre chiffres était nécessaire pour distinguer les vétérinaires des assistants vétérinaires. En revanche, dans la CITP-08, ces deux professions sont désormais classées dans des sous-groupes séparés. Par conséquent, même la codification à trois chiffres des données diffusées permet de différencier les professions de la santé humaine des professions de la médecine vétérinaire tant au niveau des spécialistes que des professions intermédiaires.

Parmi les autres professions concernées, on compte les cadres de direction et les aides-soignants. Dans la CITP-08, les cadres de direction des services de santé et les cadres de direction des services aux personnes âgées sont répertoriés séparément au niveau à quatre chiffres (codes de groupe de base 1342 et 1343, respectivement). Les aides-soignants sont classés dans un sous-groupe distinct (code 532), qui comprend le groupe de base des aides-soignants en institution et celui des aides-soignants à domicile. Les informations présentées dans la classification précédente, CITP-88, ont dû être détaillées au niveau le plus précis des codes à quatre chiffres pour faire une distinction entre les aides-soignants et les agents de la protection de l'enfance.

Certains documents établis par l'Organisation internationale du travail visent à fournir aux pays des informations utiles sur la façon de concevoir, de tenir à jour et de réviser une classification nationale des professions et sa mise en correspondance avec la norme internationale (*13, 14*). Les informations les plus actuelles et les derniers conseils peuvent être obtenus sur le site web de la CITP (*10*).

2.3.3 Classification des branches d'activité économique

Comme il a été signalé plus haut, outre les prestataires de services de santé, il existe de nombreux autres personnels non sanitaires qualifiés qui contribuent à assurer le fonctionnement des établissements de santé. On estime qu'un tiers environ du personnel de santé mondial est composé de cadres de direction et de personnel d'appui (*4*). Pour donner une bonne représentation de cette main-d'oeuvre, il faut prendre en considération des professions répertoriées dans presque tous les groupes de la CITP et il peut être nécessaire de disposer d'informations sur le lieu de travail. La classification CITI peut servir de base à une telle analyse dans la mesure où elle permet de rassembler au sein d'un cadre comparatif des informations sur les personnels de services de santé dans différents types de systèmes économiques (*15*). Dans la CITI, les unités de production économique sont groupées en quatre niveaux de classification : les sections (code à une lettre), les divisions (code à deux chiffres), les groupes (code à trois chiffres) et les classes (code

à quatre chiffres), un code plus précis étant attribué à chaque subdivision. Le regroupement est réalisé en fonction des similitudes entre les activités en ce qui concerne la nature et les utilisations des biens et services produits, et les facteurs, procédés et technologies de production.

Les informations utiles pour l'analyse du personnel de santé relèvent essentiellement de la division 86 de la CITI « activités de santé humaine ». La disponibilité de données au niveau du groupe (trois chiffres) ou de la classe (quatre chiffres) permet de désagréger les différents types d'activités des systèmes de santé, notamment la prestation de services, l'achat de fournitures et le financement. Au Tableau 2.5 (page 24), il est présenté certaines catégories liées à la santé qui figurent dans la dernière révision de la CITI.

2.3.4 Autres classifications

Il est aussi important pour les pays et les partenaires de pouvoir distinguer les différentes catégories de ressources humaines au sein des systèmes de santé, comme les employés des systèmes qui sont permanents et ceux qui ne le sont pas, ou les agents de santé dont le salaire de base provient du budget de l'État et ceux qui sont financés par d'autres sources. Il existe sur le site web de la Division de statistique de l'Organisation des Nations Unies (*16*) une liste complète des classifications internationales en vue de la collecte et de la diffusion de statistiques économiques et sociales.

2.4 Conclusions

Une analyse comparative des personnels de santé n'est significative que si les informations disponibles sont fondées sur une définition et une classification communes des agents de santé. Il n'existe pas de frontière opérationnelle unique pour délimiter le personnel de santé. De nombreuses évaluations reposent sur des définitions et des titres spécifiques à un pays ou même à un outil et qui ne permettent pas toujours les comparaisons entre les pays et dans le temps. Cependant, un nombre croissant de pays diffusent des données sur le personnel de santé qui peuvent être mises en rapport avec les classifications internationales, telles la Classification internationale type de l'éducation, la Classification internationale type des professions et la Classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité économique. Ces classifications fournissent un cadre cohérent pour classer les variables clés du personnel de santé (formation professionnelle, profession et secteur d'emploi) en fonction de caractéristiques communes. L'utilisation de ces trois paramètres permet de distinguer les personnes ayant une formation dans le domaine de la santé, celles qui exercent une profession en rapport avec la santé et celles qui sont employées dans un secteur prestataire de services de santé.

Les analyses du personnel de santé peuvent reposer sur des données issues de plusieurs sources, y compris de sources statistiques courantes (traditionnellement) extérieures au secteur de la santé. Il est possible de trouver en ligne, sur le site web de la Division de statistique de l'Organisation des Nations Unies (*17*), dans la section consacrée aux guides, lignes directrices et manuels de formation, une sélection d'outils pour orienter la collecte et le codage des informations statistiques sur l'activité économique issues des recensements et des enquêtes en population (voir également *18* et *19*). La Division de statistique de l'Organisation des Nations Unies (*20*) recommande de rassembler et de traiter les données de recensement sur l'éducation, la profession et le secteur en les classant conformément à, ou d'une manière qui permette la conversion vers, la dernière révision disponible de la classification internationale pertinente (c'est-à-dire la CITE, la CITP et la CITI). Il est en outre préconisé que les pays attribuent aux réponses recensées le code le plus précis possible sur la base des informations obtenues. En particulier, pour faciliter un codage détaillé et précis des données relatives aux professions, il devrait être prévu dans le questionnaire que chaque actif donne à la fois le titre de sa profession et une brève description des tâches et des devoirs accomplis dans le cadre de l'emploi. Les possibilités d'analyse du personnel de santé devraient être renforcées grâce au cycle de 2010, série de recensements engagée au niveau mondial (couvrant la période de 2005 à 2014), qui pourra exploiter en grande partie la CITP-08, nouvelle version révisée de la CITP.

Pour certains pays, les analyses des ressources humaines pour la santé fondées sur les données provenant de recensements et d'enquêtes en population pourraient être facilitées par le biais de projets de recherche menés en collaboration et visant à harmoniser les variables de microdonnées et les structures à l'usage du public. Parmi les sources clefs de microdonnées, on compte les projets suivants : Integrated Public Use Microdata Series (*21*), African Census Analysis Project (*22*) et Luxembourg Income Study (*23*). De tels projets permettent de traiter pour de nombreux pays des séries de microdonnées provenant de recensements et d'enquêtes - les variables concernant l'éducation, la profession et le secteur étant si possible mises en correspondance avec la CITE, la CITP et la CITI - et contribuent à la diffusion de documents utiles pour la recherche universitaire et la recherche appliquée à l'élaboration de politiques. Au chapitre 8 du présent Manuel, il est présenté une analyse de statistiques sur le personnel de santé menée par plusieurs

Tableau 2.4 Titres de professions en rapport avec la santé d'après la Classification internationale type des professions (CITP), révisions de 1988 et de 2008

CITP-2008				CITP-1988			
Codes de groupe			Titres de professions	Codes de groupe			Titres de professions
Sous-grand groupe	Sous-groupe	Groupe de base		Sous-grand groupe	Sous-groupe	Groupe de base	
22			**Spécialistes de la santé**	**22**			**Spécialistes des sciences de la vie et de la santé**
	221		**Médecins**		**222**		**Médecins et assimilés (à l'exception des cadres infirmiers)**
		2211	**Médecins généralistes**			2221	Médecins
		2212	Médecins spécialistes				
	222		**Cadres infirmiers et sages-femmes**		**223**		**Cadres infirmiers et sages-femmes**
		2221	Cadres infirmiers			2230	Cadres infirmiers et sages-femmes
		2222	Sages-femmes				
	223		**Spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires**				
		2230	Spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires				
	224		**Praticiens paramédicaux**				
		2240	Praticiens paramédicaux				
	226		**Autres spécialistes des professions de la santé**		**222**		**Médecins et assimilés (à l'exception des cadres infirmiers)**
		2261	Dentistes			2222	Dentistes
		2262	Pharmaciens			2224	Pharmaciens
		2263	Spécialistes de la salubrité de l'environnement, de l'hygiène et de la santé au travail				
		2264	Physiothérapeutes				
		2265	Diététiciens et spécialistes de la nutrition				
		2266	Audiologistes et orthophonistes				
		2267	Optométristes				
		2269	Spécialistes de la santé n.c.a.			2229	Médecins et assimilés (à l'exception des cadres infirmiers) n.c.a.
32			**Professions intermédiaires de la santé**	**31**			**Professions intermédiaires des sciences physiques et techniques**
	321		**Techniciens de la médecine et de la pharmacie**		**313**		**Techniciens d'appareils optiques et électroniques**
		3211	Techniciens d'appareils électromédicaux			3133	Techniciens d'appareils électromédicaux
		3212	Techniciens de laboratoire médical				
				32			**Professions intermédiaires des sciences de la vie et de la santé**
					322		**Professions intermédiaires de la médecine moderne (à l'exception du personnel infirmier)**
		3213	Techniciens et assistants pharmaciens et préparateurs en pharmacie			3228	Assistants pharmaciens et préparateurs en pharmacie
		3214	Techniciens de prothèses médicales et dentaires et techniciens apparentés				

Suite…

Suite du tableau

CITP-2008				CITP-1988			
Codes de groupe			Titres de professions	Codes de groupe			Titres de professions
Sous-grand groupe	Sous-groupe	Groupe de base		Sous-grand groupe	Sous-groupe	Groupe de base	
	322		**Personnel infirmier et sages femmes (niveau intermédiaire)**		**323**		**Personnel infirmier et sages-femmes (niveau intermédiaire)**
		3221	Personnel infirmier (niveau intermédiaire)			3231	Personnel infirmier (niveau intermédiaire)
		3222	Sages-femmes (niveau intermédiaire)			3232	Sages-femmes (niveau intermédiaire)
	323		**Praticiens des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires**		**324**		**Praticiens de la médecine traditionnelle et guérisseurs**
		3230	Praticiens des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires			3241	Praticiens de la médecine traditionnelle
	325		**Autres professions intermédiaires de la santé**		**322**		**Professions intermédiaires de la médecine moderne (à l'exception du personnel infirmier)**
		3251	Assistants et thérapeutes en médecine dentaire			3225	Assistants de médecine dentaire
		3252	Techniciens de dossiers médicaux				
		3253	Agents de santé communautaire				
		3254	Opticiens			3224	Optométriciens et opticiens
		3255	Techniciens et assistants en physiothérapie			3226	Kinésithérapeutes et assimilés
		3256	Assistants médicaux			3221	Assistants médicaux
		3257	Inspecteurs, salubrité de l'environnement et de la santé au travail, et assimilés			3222	Hygiénistes
		3258	Ambulanciers				
		3259	Professions intermédiaires de la santé n.c.a.			3229	Professions intermédiaires de la médecine moderne (à l'exception du personnel infirmier) n.c.a.
53			**Personnel soignant**	**51**			**Personnel des services directs aux particuliers et des services de protection et de sécurité**
	532		**Aides-soignants**		**513**		**Personnel soignant et assimilé**
		5321	Aides-soignants en institution			5132	Aides-soignants en institution
		5322	Aides-soignants à domicile			5133	Aides-soignants à domicile
		5329	Personnel soignant et assimilé, n.c.a.				
			Groupes de base complémentaires liés à la santé				**Groupes de base complémentaires liés à la santé**
		1342	Cadres de direction, services de santé				
		1343	Cadres de direction, services aux personnes âgées				
		2634	Psychologues			2445	Psychologues
		2635	Spécialistes du travail social			2446	Spécialistes du travail social
		3344	Secrétaires médicaux				

Notes : Ce tableau est une synthèse du traitement des professions de la santé dans les versions 1988 et 2008 de la CITP et ne devrait pas être utilisé pour établir des correspondances. Les professions de la médecine vétérinaire sont exclues de la présentation thématique.
n.c.a. = non classés ailleurs.
Source : Organisation internationale du travail (*10*).

Tableau 2.5 Secteurs économiques liés aux activités de santé d'après la Classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité économique (quatrième révision)

Code				Activité économique
Section	Division	Groupe	Class	
Groupes et classes de base concernant le secteur de la santé				
Q				**Santé et action sociale**
	86			**Activités de santé humaine**
		861	8610	Activités hospitalières
		862	8620	Activités de pratique médicale et dentaire
		869	8690	Autres activités pour la santé humaine
Sélection de classes associées				
C	21	210	2100	Fabrication de produits pharmaceutiques, de produits chimiques médicinaux et de produits botaniques
	32	325	3250	Fabrication d'instruments et de fournitures pour la médecine et l'art dentaire
E	36	360	3600	Captage, traitement et fourniture d'eau
	37	370	3700	Assainissement
G	47	477	4772	Vente au détail de produits pharmaceutiques et médicaux, de cosmétiques et d'articles de toilette en magasin spécialisé
K	65	651	6512	Activités d'assurances autres que sur la vie (y compris assurance maladie)
M	71	712	7120	Essais et analyses techniques (y compris les essais dans le domaine de l'hygiène alimentaire, les essais et les mesures concernant la pollution de l'air et de l'eau)
O	84	841	8412	Réglementation des activités de fourniture de services culturels, d'éducation et de soins de santé, et d'autres services sociaux
			8430	Activités de sécurité sociale obligatoire (y compris le financement et l'administration des programmes de sécurité sociale prévus par les gouvernements en cas de maladie, d'accident du travail, d'incapacité de travail temporaire, etc.)
Q	87	871	8710	Services de soins infirmiers en établissement
		872	8720	Soins en établissement pour le retard mental, les problèmes de santé mentale et l'abus de substances
	88	881	8810	Activités d'action sociale pour les personnes âgées et les personnes handicapées (sans hébergement)

Source : Division de statistique de l'Organisation des Nations Unies (*15*).

pays et fondée sur le projet Integrated Public Use Microdata Series (*21*). Cette analyse est effectuée à partir des données professionnelles disponibles du cycle de recensements de 2000, mises en correspondance avec la CITP-88.

Même si elles sont en permanence améliorées et révisées, les classifications normalisées, de par leur nature, sont forcément générales et visent à simplifier à des fins statistiques un système très complexe. Il se peut qu'elles n'appréhendent pas toujours parfaitement la complexité et la dynamique du marché du travail de la santé. L'Organisation mondiale de la Santé, l'Organisation internationale du travail et d'autres partenaires prennent continuellement part à des initiatives visant à améliorer les classifications internationales pertinentes pour l'analyse du personnel de santé et à promouvoir leur utilisation. Parmi ces initiatives, on peut citer le recensement permanent des différentes sources de données et des divers types de classifications utilisés pour le suivi des agents de santé (*7*). Cette démarche peut faciliter l'harmonisation des définitions du personnel de santé au sein des pays et entre les pays, et servir à l'établissement d'une feuille de route sur les moyens d'améliorer les classifications des personnels de santé aux niveaux national et international. Les activités de ce type continuent de bénéficier des échanges et des interactions entre les acteurs qui produisent et utilisent ces informations dans diverses perspectives, notamment les pouvoirs publics (ministères de la santé, du travail et de l'éducation, et bureaux nationaux de statistiques), les associations de professionnels de la santé, les bureaux de l'OMS dans les régions et les pays, d'autres organes internationaux concernés par les questions de santé et de statistiques, les organisations non gouvernementales et privées travaillant dans le domaine de la santé et des statistiques, et les instituts de formation et de recherche.

Bibliographie

1. *Everybody's business : strengthening health systems to improve health outcomes - WHO's framework for action*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007. (http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybidzs_business.pdf, consulté le 10 janvier 2009).
2. A. Anell, M. Willis. International comparison of health care systems using resource profiles (Comparaison internationale des systèmes de soins de santé fondée sur les profils des ressources). *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2000, volume 78, numéro 6, pages 770–778. (http://www.who.int/bulletin/archives/78(6)770.pdf (article en anglais, résumé en français), consulté le 10 janvier 2009).
3. M.R. Dal Poz, T.C. Varella, P. Galin, M. Novick. *Relaciones laborales en el sector salud : fuentes de informacion y metodos de analisis, v.1*. Quito, Organisation panaméricaine de la santé, 2000.
4. *Rapport sur la santé dans le monde 2006 – Travailler ensemble pour la santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006 (http://www.who.int/whr/2006/fr/index.html, consulté le 10 janvier 2009).
5. K. Diallo, P. Zurn, N. Gupta, M. Dal Poz. Monitoring and evaluation of human resources for health : an international perspective. *Human Resources for Health*, 2003, 1 :3 (http://www.human-resources-health.com/content/1/1/3, consulté le 10 janvier 2009).
6. E. Hoffmann. *International statistical comparisons of occupational and social structures : problems, possibilities and the role of ISCO-88*. In : J.H.P. Hoffmeyer-Zlotnik, C. Wolf (éd.). *Advances in cross-national comparison*. New York, Kluwer Plenum Publishers, 2003.
7. M.R. Dal Poz, Y. Kinfu, S. Dräger, T. Kunjumen. *Counting health workers : definitions, data, methods and global results*. Document de travail établi pour le *Rapport sur la santé dans le monde 2006*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006. (http://www.who.int/hrh/documents/counting_health_workers.pdf, consulté le 10 janvier 2009).
8. *Classification internationale type de l'éducation : CITE 1997*. Paris, Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, 1997. (http://www.uis.unesco.org/TEMPLATE/pdf/isced/ISCED_F.pdf, consulté le 10 janvier 2009).
9. *Domaines de formation - Manuel*. Thessalonique, Centre européen pour le développement de la formation professionnelle et Eurostat, 1999. (http://www.cedefop.europa.eu/etv/Information_resources/Bookshop/publication_details.asp?pub_id=191, consulté le 10 janvier 2009).
10 *Classification internationale type des professions (CITP)*. Organisation internationale du travail (http://www.ilo.org/public/french/bureau/stat/isco/index.htm, consulté le 11 janvier 2009).
11. *Options for the classification of health occupations in the updated International Standard Classification of Occupations (ISCO-88)*. Document de travail pour la mise à jour de la CITP-88. Genève, Organisation internationale du Travail, 2006.
12. U. Lehmann, D. Sanders. *Community health workers : what do we know about them?* Document complémentaire du *Rapport sur la santé dans le monde 2006*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007. (http://www.who.int/hrh/documents/community_health_workers.pdf, consulté le 11 janvier 2009).
13. *Aspects méthodologiques concernant le développement, l'utilisation, la gestion et la révision de classifications statistiques*. Genève, Organisation internationale du travail, 2004. (http://www.ilo.org/public/french/bureau/stat/isco/docs/intro5.htm, consulté le 11 janvier 2009).
14. B. Embury. *Constructing a map of the world of work : how to develop the structure and contents of a national standard classification of occupations*. STAT Document de travail n° 95–2. Genève, Bureau international du travail, 1997. (http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/download/papers/map.pdf, consulté le 11 janvier 2009).
15. *Classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité économique (CITI), quatrième révision*. Études statistiques, série M, n° 4/rév. 4. New-York, Division de statistique de l'Organisation des Nations Unies, 2008. (http://unstats.un.org/unsd/cr/registry/isic-4.asp (en anglais), consulté le 11 janvier 2009).
16. *Ensemble des classifications internationales : classifications disponibles*. Division de statistique de l'Organisation des Nations Unies (http://unstats.un.org/unsd/cr/registry/regct.asp?Lg=2, consulté le 11 janvier 2009).
17. *Handbooks, guidelines and training manuals*. Division de statistique de l'Organisation des Nations Unies. (http://unstats.un.org/unsd/demographic/standmeth/handbooks/, consulté le 11 janvier 2009).
18. R. Hussmanns, F. Mehran, V. Verma. *Enquêtes sur la population économiquement active, emploi, chômage et sous-emploi : manuel de l'OIT sur les concepts et la méthodologie*. Genève, Bureau international du travail, 1990.
19. *Handbook on measuring the economically active population and related characteristics in population censuses*. Études de méthodologies, série F, n° 102. New York, Organisation des Nations Unies et Organisation internationale du travail, 2009 (http://unstats.un.org/unsd/demographic/sources/census/Entire%20Handbook.pdf, consulté le 19 mai 2009).
20. Division de statistique de l'Organisation des Nations Unies. *Principes et recommandations concernant les recensements de la population et de l'habitat, révision 2*. Études statistiques, série M, n° 67/rév. 2. New York, Organisation des Nations Unies, 2008 (http://unstats.un.org/unsd/demographic/sources/census/docs/P&R_Rev2.pdf (en anglais), consulté le 11 janvier 2009).
21. *Integrated Public Use Microdata Series*. Minnesota Population Center (http://www.ipums.umn.edu/, consulté le 11 janvier 2009).
22. *African Census Analysis Project*. Université de Pennsylvanie (http://www.acap.upenn.edu, consulté le 20 janvier 2009).
23. *Luxembourg Income Study* (http://www.lisproject.org/, consulté le 11 janvier 2009).

Partie II :
SUIVI DE LA VIE PROFESSIONNELLE

3 Suivi du personnel de santé en activité : indicateurs, sources de données et analyse illustrée

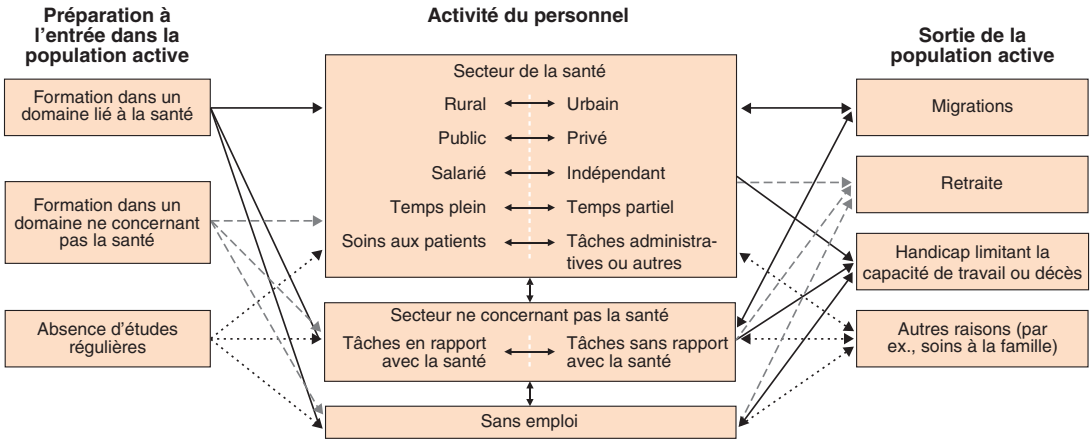
FELIX RIGOLI, BOB POND, NEERU GUPTA, CHRISTOPHER H HERBST

3.1 Introduction

Les ressources humaines pour la santé (RHS) apparaissent depuis longtemps comme « la pierre angulaire du secteur [de la santé] pour ce qui est de produire, de fournir et de gérer les services » (*1*). Des évaluations des RHS sont nécessaires à diverses fins, notamment pour la planification, la mise en oeuvre, le suivi et l'évaluation des stratégies, des programmes et des interventions dans le secteur de la santé. On reconnaît souvent l'importance de disposer de données empiriques fiables pour faire des choix d'orientation en connaissance de cause et suivre les progrès en matière de renforcement et de gestion du personnel de santé. Établir une description précise du personnel de santé peut aider à repérer les possibilités et les contraintes s'agissant de développer les interventions de santé.

L'effectif et la répartition du personnel de santé est le résultat des entrées, des sorties et de la circulation des travailleurs entre, par exemple, différents secteurs (public ou privé), branches d'activité (services de santé ou autres), régions (rurales ou urbaines), pays et statuts (employé, sans emploi ou inactif) (Figure 3.1). Différentes permutations et combinaisons au sein de ce qui constitue le personnel de santé sont possibles en fonction de la situation de chaque pays et des moyens de suivi. Au chapitre 2 du présent Manuel, il est présenté un cadre pour l'harmonisation des frontières et de la composition du personnel de santé dans les divers contextes. Pour faciliter la collecte et l'analyse des données, il est important de privilégier un nombre limité d'indicateurs essentiels qui peuvent être comparés et mesurés régulièrement en utilisant les sources de données ordinaires (*2*). Les sources de ce type comprennent les sources fondées sur la population (recensements et enquêtes), les évaluations dans les établissements de santé et les documents administratifs. Pour les évaluations spécialisées ou détaillées des RHS, des informations supplémentaires peuvent être obtenues, par exemple dans les registres professionnels, les comptes nationaux de la santé, les fichiers des instituts d'éducation et de formation dans le domaine de la santé, et les études qualitatives.

Figure 3.1 Effectifs et circulation du personnel de santé



La mise en place d'une base d'informations de portée générale nécessite généralement de combiner des informations de différents types, fréquemment dispersées dans plusieurs sources. Le présent chapitre porte sur la description des outils et des moyens permettant d'assurer le suivi du personnel de santé en activité, c'est-à-dire de toutes les personnes qui agissent actuellement sur le marché du travail de la santé. Dans un premier temps, les auteurs définissent des indicateurs de base aux fins de la description des RHS, en mettant l'accent sur l'optimisation de la comparabilité entre les pays et dans le temps. Puis ils passent en revue les principales sources potentielles de données ; ils examinent les sources premières et les sources statistiques courantes, et considèrent les possibilités qu'elles offrent et les difficultés qu'elles présentent pour l'analyse du personnel de santé. Des exemples sont fournis à titre d'illustration, sous la forme d'études de cas provenant de pays et de sources variés. Enfin, il est analysé certains enseignements tirés dans les pays, ainsi que des recommandations pour le renforcement des systèmes d'information et de suivi concernant les RHS. Le présent chapitre porte essentiellement sur le suivi de l'activité du personnel de santé actuel ; la mesure des entrées (notamment l'éducation et la formation préalables) et des sorties (départs naturels dus à divers facteurs, y compris les migrations, les départs à la retraite et les décès) font respectivement l'objet des deux prochains chapitres du présent Manuel.

3.2 Indicateurs de base pour l'analyse des RHS : que faut-il observer ?

Pour un suivi et une évaluation efficaces des RHS dans les pays, il est nécessaire de s'entendre sur un ensemble d'indicateurs de base aux niveaux international, national et local afin d'éclairer la prise de décisions par les autorités nationales et les autres partenaires. Idéalement, les indicateurs retenus devraient se caractériser par des propriétés « SMART » et être donc : stratégiques (pour une mesure exacte du résultat), mesurables (afin que l'on puisse suivre l'évolution des résultats), réalisables (de sorte que le résultat puisse être comparé à un objectif réaliste), réalistes (par rapport au résultat visé) et limités dans le temps (c'est-à-dire renseigner sur une période spécifique). La mesure permanente et systématique de ces indicateurs permet de suivre comment les programmes et les politiques concernant les RHS sont mis en oeuvre. Une fois les données de référence produites, il est possible d'établir un cadre d'évaluation comportant des cibles périodiques pour l'analyse en termes de changements et de progrès dans le temps, et ainsi de déterminer si les activités ont été mises en oeuvre selon l'orientation appropriée conformément aux plans et objectifs stratégiques d'origine.

Au Tableau 3.1, il est présenté une série d'indicateurs qui, lorsqu'ils sont mesurés systématiquement, peuvent être utilisés pour suivre l'évolution du personnel de santé en activité (*2, 3*). Au minimum, il importe de savoir combien de personnes travaillent dans le domaine de la santé, leurs caractéristiques et leur répartition. Lorsque l'on considère l'effectif du personnel de santé d'un pays à un moment donné ou que l'on dénombre les agents de santé, il est indispensable d'établir si le personnel en question comprend les agents employés dans les établissements de soins (en faisant la distinction entre les personnes inscrites sur la liste du personnel des établissements et celles qui ont été physiquement comptabilisées le jour de l'évaluation), les personnes ayant été formées dans un domaine lié à la santé quel que soit leur lieu d'emploi ou les personnes ayant été formées dans un domaine lié à la santé quel que soit leur situation actuelle au regard de l'activité.

Mesurer le dosage des compétences du personnel de la santé est un moyen d'évaluer la combinaison des catégories de personnel à un moment donné et de repérer des déséquilibres éventuels liés à une disparité entre les effectifs des diverses professions de santé. Les statistiques sur le dosage des compétences peuvent servir de base aux stratégies visant à définir la combinaison de rôles et de personnels la plus appropriée et la plus rentable. Dans la mesure où le comptage des personnels dans le secteur privé, quand il est fondé sur des sources de données administratives, est susceptible d'être moins précis que le comptage des personnels du secteur public, et parce que les prestataires privés travaillant dans un but lucratif sont souvent moins accessibles aux populations à revenu faible, il est également recommandé d'utiliser des indicateurs pour observer les secteurs d'emploi (public, privé à but lucratif ou privé à but non lucratif).

Comme il est expliqué en détail dans le chapitre précédent, il faut pour établir des évaluations globales disposer d'informations précises sur la profession, le secteur et la formation. Combiner ces informations peut permettre de distinguer, par exemple, la situation des personnes ayant une formation en rapport avec la santé qui sont employées pour exercer une activité ne concernant pas la santé, et celles des personnes exerçant une activité dans le domaine de la santé qui ne nécessite pas de compétences cliniques (chapitre 2). Des indicateurs supplémentaires sur la productivité au travail, le chômage et le sous-emploi, et l'émigration par exemple, permettront de contrôler le gaspillage de personnel ou toute perte importante de fonctionnalité en raison de départs naturels ou d'une mauvaise

productivité qu'il aurait été possible de prévenir ou de gérer (*4*). Les mesures concernant le personnel de santé, qui visent à évaluer en termes de résultats ou d'efficacité les caractéristiques particulières des stratégies de développement des RHS, peuvent encore être prises au moyen d'indicateurs sur le renouvellement et les migrations des RHS (*2*).

La comparabilité des statistiques sur les RHS entre les pays et dans le temps peut être améliorée par l'établissement et l'utilisation de définitions et de classifications communes pour le suivi du marché du travail. Cette démarche comprend la collecte, le traitement et la diffusion de données conformément à des classifications normalisées à l'échelle internationale, telles la Classification internationale type des professions (CITP), la Classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité économique (CITI), la Classification internationale type de l'éducation (CITE) et la Classification internationale d'après la situation professionnelle (CISP).

En fonction de la source de données utilisée, il est possible de ventiler les indicateurs sur les RHS selon des caractéristiques sélectionnées en vue d'une analyse plus poussée. La ventilation des indicateurs considérés permet de suivre les progrès concernant la formation, le recrutement et les politiques de gestion des agents de santé parmi les communautés mal desservies ou d'autres groupes de la population auxquels il est donné un degré de priorité élevé au niveau national. Il peut être utile de ventiler, par exemple par sexe, les informations sur les revenus perçus parmi les agents de santé afin d'observer les différences de revenus professionnels entre hommes et femmes. La stratification par district, province ou région des statistiques relatives au personnel est particulièrement importante pour contrôler l'équité dans l'accès géographique aux services de santé. On peut évaluer indirectement le renouvellement des RHS par l'examen de la répartition par âge du personnel de santé en activité, notamment en s'intéressant au rapport des travailleurs les plus jeunes (moins de 30 trente ans) à ceux qui approchent de l'âge de la retraite.

Selon le type d'indicateur et la source de données, une évaluation des programmes et des politiques de RHS est réalisable à court, moyen ou long terme. Par exemple, certains aspects de la dynamique des RHS ne sont susceptibles de changer de façon significative qu'à long terme, comme la formation des médecins sur au moins dix ans ou presque, une formation longue étant requise pour cette catégorie d'agents de santé avant l'entrée en fonction.

3.3 Aperçu des sources de données potentielles

Les politiques et les programmes dans le secteur de la santé devraient être fondés sur des données justes, fiables et disponibles en temps utile. Malgré l'opinion courante selon laquelle les statistiques sur le personnel de santé sont rares, il existe, même dans les pays à faible revenu, diverses sources potentielles d'informations pertinentes, notamment les recensements et les enquêtes en population, les évaluations dans les établissements de santé et les documents administratifs courants. Chaque source a ses atouts et ses limites qu'il convient d'évaluer (Tableau 3.2) (*2, 5*). En s'appuyant sur une combinaison de ces outils complémentaires, il est possible d'obtenir des informations nombreuses et utiles pour le suivi et l'évaluation du personnel de santé et de son influence sur les systèmes de santé.

Tous les pays rassemblent au moins certaines données sur leur population, principalement au moyen de recensements démographiques périodiques et d'enquêtes par sondage auprès des ménages, qui procurent des informations statistiques sur les personnes, leur logement, leurs caractéristiques socio-économiques et autres. La majorité des recensements et des enquêtes sur la population active renseignent sur la profession de la personne interrogée (ou des autres membres adultes du ménage), ainsi que sur d'autres caractéristiques démographiques, y compris l'âge, le sexe et le niveau d'études. En général, les enquêtes sur la population active visent à recueillir des détails plus précis, par exemple, le lieu de travail, le secteur d'activité, la rémunération, le temps de travail et le cumul d'emplois (*6*). Il est possible de produire de nombreux résultats significatifs pertinents pour l'analyse des RHS grâce à une présentation tabulaire des données sur l'activité professionnelle de la population. D'autres sortes d'enquête nationale auprès des ménages peuvent aussi fournir des informations intéressantes ; par exemple, des enquêtes incluant des questions sur le comportement lors de la quête de soins ont été utilisées pour mieux comprendre comment des facteurs tels la démographie, la couverture de l'assurance maladie et la distance à laquelle se trouvent les établissements de soins influencent non seulement la décision des patients de recourir ou non aux services d'un prestataire de soins de santé mais aussi le choix de celui-ci (par exemple, secteur public ou privé, prestataire officiel ou non).

Les évaluations dans les établissements de santé peuvent être effectuées en utilisant différentes approches d'échantillonnage (recensement dans les établissements ou enquête par sondage) et méthodologies (questionnaire auto-administré envoyé par la poste ou

Tableau 3.1 Indicateurs clefs sélectionnés pour le suivi et l'évaluation des ressources humaines pour la santé

Indicateur	Description	Numérateur	Dénominateur	Questions de mesure/comparabilité
Indicateurs de base renseignant sur les effectifs et la répartition des RHS				
Effectifs (et densité) des RHS	Effectif total des ressources humaines pour la santé (par rapport à la population)	Nombre total d'agents de santé dans un pays donné	(Population totale de ce pays)	Définition et frontières des RHS, d'après la profession (par ex., médecins, infirmières, etc.), le secteur ou la formation, une distinction étant faite entre les effectifs et les emplois
Dosage des compétences	Répartition des RHS par profession, spécialisation ou autre caractéristique liée aux compétences	Nombre de médecins, d'infirmières et de sages-femmes (ou d'autres prestataires de services de santé)	Nombre total d'agents de santé	Classification des professions, avec établissement d'une distinction entre les effectifs et les emplois (ces derniers étant évalués en équivalent plein-temps sur la base des heures de travail)
Répartition géographique	Répartition des RHS par zone géographique	Nombre d'agents de santé dans les zones rurales (ou toute autre région épidémiologique, administrative ou économique)	Nombre total d'agents de santé	Définition des zones rurales (ou de toute autre délimitation géographique)
Répartition par âge	Répartition des RHS par groupe d'âge	Nombre d'agents de santé dans un groupe d'âge donné	Nombre total d'agents de santé	
Répartition par sexe	Répartition des RHS par sexe	Nombre d'agents de santé de sexe féminin (ou masculin)	Nombre total d'agents de santé	
Indicateurs renseignant sur l'activité professionnelle des RHS				
Taux d'activité au sein de la population active	Proportion des RHS actuellement en activité au sein de la population active	Nombre de personnes ayant des compétences relatives à la santé en activité au sein de la population active	Nombre total de personnes en âge de travailler ayant des compétences relatives à la santé	Classification des professions/formations et fourchette des âges auxquels il est possible de faire partie de la population active
Taux d'emploi/de chômage	Proportion des RHS occupant actuellement un emploi (ou au chômage)	Nombre de personnes ayant des compétences relatives à la santé occupant actuellement un emploi (ou au chômage)	Nombre total de personnes ayant des compétences relatives à la santé en activité au sein de la population active	Définitions de la participation à la population active et de la situation au regard de l'emploi
Secteur d'activité	Répartition des actifs par secteur d'activité	Nombre de personnes employées dans le secteur des services de santé	Nombre total de personnes occupant actuellement un emploi	Classification des secteurs
Secteur institutionnel	Répartition des agents de santé par secteur institutionnel	Nombre d'agents de santé employés dans le secteur public (par opposition au secteur privé ou non-gouvernemental)	Nombre total d'agents de santé	Définition de l'autorité chargée de l'exploitation du lieu de travail
Cumul d'emplois	Proportion des RHS occupant actuellement un emploi sur plus d'un site	Nombre d'agents de santé occupant actuellement un emploi sur plus d'un site	Nombre total d'agents de santé	

Suite…

Suite du tableau

Indicateur	Description	Numérateur	Dénominateur	Questions de mesure/comparabilité
Rémunération et revenus	Rémunération et revenus professionnels moyens des agents de santé	Revenu total du travail (provenant de salaires, d'honoraires ou d'activités commerciales) sur une période donnée parmi les agents de santé	Nombre total d'agents de santé	Distinction entre le revenu net/brut, les sources de revenus et les bénéfices non monétaires, et définition de la période de référence pour la notification des revenus
Indicateurs renseignant sur la productivité des RHS				
Absentéisme	Jours d'absence parmi les agents de santé	Nombre de jours d'absence des employés sur leur lieu de travail sanitaire pendant une période donnée	Nombre total de jours de travail prévus pour les employés sur ce lieu de travail pendant cette période	Détermination et notification des causes de l'absentéisme (par ex., absence pour raison professionnelle, congé maladie ou lié à un autre cas de nécessité, congé maternité ou parental, absence non autorisée)
Productivité des prestataires	Nombre relatif de tâches spécifiques exécutées par les agents de santé	Tâches spécifiques exécutées sur une période donnée (par ex. visites ambulatoires, vaccinations, interventions chirurgicales) par un prestataire de services de santé donné	Nombre total de tâches spécifiques exécutées sur cette période par tous les prestataires de services de santé	Délimitation des tâches en termes de quantité/ qualité
Indicateurs renseignant sur le renouvellement des RHS et la perte de ces ressources				
Coefficient de production de personnel	Pourcentage des entrées au sein du personnel de santé	Nombre de diplômés issus l'année passée des établissements de formation des professionnels de la santé	Nombre total d'agents de santé	Classification des formations et procédures d'accréditation/ affectation professionnelles des nouveaux diplômés
Autosuffisance nationale en RHS	Proportion d'agents de santé formés à l'échelle nationale	Nombre d'agents de santé ayant suivi leur formation professionnelle dans le pays de référence	Nombre total d'agents de santé de ce pays ayant reçu une formation	Classifications des professions/formations dans le pays d'origine accueillant aussi des agents de santé formés à l'étranger
Coefficient de perte de personnel	Pourcentage des départs parmi le personnel de santé	Nombre d'agents de santé ayant quitté l'année passée le personnel en activité	Nombre total d'agents de santé	Détermination et notification des raisons du départ (par ex., retraite, décès, émigration, interruption ou changement de carrière)

Sources : D'après Diallo *et al.* (*2*) et l'OMS et l'Université de technologie de Sydney (*3*).

par fax ou affiché sur internet ; entretien face à face ou par téléphone). Selon le type de procédure et d'instrument de collecte de données, il est possible d'obtenir des informations détaillées sur les mesures relatives au personnel de santé, par exemple, en ce qui concerne la formation en milieu de travail et la productivité des prestataires. Par ailleurs, la nature des évaluations dans les établissements facilite la collecte de données pour de nombreux autres indicateurs pertinents pour l'évaluation des performances des systèmes de santé, comme l'infrastructure, la disponibilité des fournitures et les coûts (*7*).

Dans de nombreux pays, l'informatisation des documents administratifs, y compris les documents sur les dépenses publiques, les effectifs et la masse salariale, les permis de travail, les adhésions aux syndicats et les affiliations à la sécurité sociale, facilite grandement les possibilités d'analyse des RHS. Beaucoup de prestataires de soins de santé qualifiés doivent avoir suivi des études régulières, être enregistrés et avoir reçu une autorisation pour pratiquer leur activité ; en tant que tels, les documents administratifs des établissements de formation aux professions de la santé et des organes chargés de délivrer l'autorisation d'exercer ces professions constituent des sources pouvant être utiles pour le suivi du personnel de santé. Ces sources présentent l'avantage de fournir des statistiques constamment actualisées. En outre, selon les caractéristiques des registres, en particulier s'il est attribué aux individus un identifiant unique, il peut être possible de suivre l'entrée des personnes dans la vie active, l'évolution de leur carrière et leur départ.

Les principales difficultés en matière de rassemblement, d'analyse et d'utilisation de données comprennent le repérage des sources appropriées et l'accès aux données en temps opportun (*2*). Se pose également la question de décider s'il faut compléter les sources existantes par le biais d'activités de collecte de nouvelles données, comme des études spécialisées (quantitatives ou qualitatives) des ressources humaines pour la santé. En particulier, les enquêtes périodiques portant précisément sur le personnel du secteur de la santé peuvent fournir des informations plus approfondies, qu'il est souvent possible de ventiler en fonction des catégories d'agents de santé, que les enquêtes générales sur la population active. Si la mobilisation des ressources (humaines, techniques et financières) requises pour les activités spécialisées de collecte de données sur les RHS est souvent une tâche difficile, en particulier dans les pays à faible revenu, les instruments peuvent être adaptés à la collecte d'informations détaillées sur presque toutes les variables considérées. Il est possible de mettre en œuvre une stratégie globale d'examen croisé ou triangulation des différentes sources de données et méthodologies utilisées afin de contrôler la cohérence et la validité des

Tableau 3.2 Sources de données potentielles pour le suivi du personnel de santé

Source	Atouts	Limites
Recensements de la population	• Fournissent des données représentatives à l'échelle nationale sur les effectifs des RHS pour toutes les professions (en prenant en compte le secteur privé, le personnel d'appui et de gestion, les professions de la santé dans les secteurs ne concernant pas la santé) • Les données peuvent être ventilées pour des sous-groupes spécifiques (par ex., par âge, par sexe) et au niveau géographique le plus bas • Des procédures de collecte et de traitement rigoureuses contribuent à garantir la qualité des données	• Périodicité : en général seulement une fois tous les 10 ans • La gestion de la base de données peut être lourde sur un plan informatique • Les données diffusées sont souvent trop peu précises pour une analyse des RHS et les microdonnées qui permettraient d'effectuer une analyse approfondie sont rarement divulguées • Transversale : ne permet pas de suivre les entrées au sein du personnel ni les départs • En général, absence d'informations sur la productivité ou les revenus du personnel
Enquêtes sur la population active	• Fournissent des données représentatives à l'échelle nationale sur toutes les professions • Fournissent des informations détaillées sur l'activité de la population active (y compris sur le lieu de travail, le chômage et le sous-emploi, les revenus) • Des procédures de collecte et de traitement rigoureuses contribuent à garantir la qualité des données • Nécessitent moins de ressources que les recensements	• Périodicité variable d'un pays à l'autre : de mensuelle à une fois tous les 5 ans ou plus • Les données diffusées sont souvent trop peu précises pour une analyse des RHS • Taille des échantillons généralement trop réduite pour permettre la ventilation des données • Transversale : ne permet pas de suivre les entrées au sein du personnel ni les départs

Suite…

Suite du tableau

Source	Atouts	Limites
Évaluations dans les établissements de santé	• Fournissent des informations sur le personnel des établissements de santé, y compris le personnel d'appui et de gestion (effectifs et équivalents plein-temps) • Les données peuvent être ventilées par type d'établissement, caractéristiques démographiques (âge, sexe) et zone géographique • Peuvent être utilisées pour contrôler les salaires et rémunérations, la formation en milieu de travail, la productivité des prestataires, l'absentéisme, la supervision, les compétences disponibles pour des interventions spécifiques • Nécessitent généralement moins de ressources que les évaluations fondées sur les ménages • Peuvent être complétées par des rapports réguliers (par ex., mensuels) émis par les établissements et comportant des statistiques sur le personnel (ces statistiques sont fréquemment citées dans les publications officielles)	• Généralement peu fréquentes et organisées de façon ponctuelle • Les établissements et les cabinets privés sont souvent omis de l'échantillon • Les agents de santé communautaires peuvent être omis • Le personnel travaillant dans plusieurs établissements peut être compté deux fois • Transversale : ne permet pas de suivre les entrées au sein du personnel ni les départs • Absence d'informations sur le chômage ou sur les professions de la santé dans le secteur des services ne concernant pas la santé (par ex., enseignement, recherche) • Qualité variable des données d'un pays à l'autre et dans le temps
Livres de paie de la fonction publique	• Fournissent des informations sur les employés du secteur public (effectifs et équivalents plein-temps) • Les données sont en général actualisées régulièrement et avec précision (étant donné les importantes mesures d'incitation financière du gouvernement aux fins de la qualité des informations, qui peut aussi être atteinte au moyen de contrôles périodiques du personnel) • Les données peuvent quelquefois être ventilées par âge, sexe, lieu de travail, titre de poste et échelon de rémunération	• Sont exclus ceux qui travaillent exclusivement dans le secteur privé (à moins qu'ils ne perçoivent une rémunération du gouvernement) • Selon le type de livre de paie, il est possible que le personnel cumulant les emplois soit compté deux fois ou que le personnel engagé localement ne figure pas sur le registre central • Beaucoup de pays ont des difficultés persistantes à supprimer le problème de l'existence de travailleurs fantômes[a] et du versement de rémunérations à des personnes qui ne sont plus en activité
Registres des organes de réglementation professionnelle	• Renseignent sur les effectifs de tous les spécialistes de la santé enregistrés • Les données sont régulièrement actualisées en ce qui concerne les entrées sur le marché national du travail dans le domaine de la santé • Les données peuvent généralement être ventilées par âge, sexe et parfois lieu de travail • En fonction des caractéristiques du registre, il peut être possible de suivre l'évolution de la carrière et le départ des agents de santé	• Portée et qualité des données variables d'un pays à l'autre et dans le temps, en fonction des caractéristiques et des capacités des autorités de réglementation • En général limités aux professionnels de la santé hautement qualifiés

a. Les travailleurs fantômes font officiellement partie du personnel mais ne fournissent aucun service (il s'agit notamment d'une stratégie mise en place au sein du personnel de santé en réponse à une rémunération et à des conditions de travail peu satisfaisantes).

Sources : D'après Diallo *et al.* (*2*) et Pond et Kinfu (*5*).

résultats, d'améliorer autant que possible l'extraction des informations et des données, et en dernier ressort, d'affiner les mesures des caractéristiques du personnel de santé (voir également chapitre 11). Compte tenu de la diversité des sources d'information, il est particulièrement important que la diffusion des données comporte des métadonnées, c'est-à-dire des précisions sur la définition, la construction et la portée de chaque élément d'information (littéralement : données sur les données), pour faciliter la compréhension du contexte des informations et juger de la pertinence de ces dernières au regard de la décision à prendre (*8*).

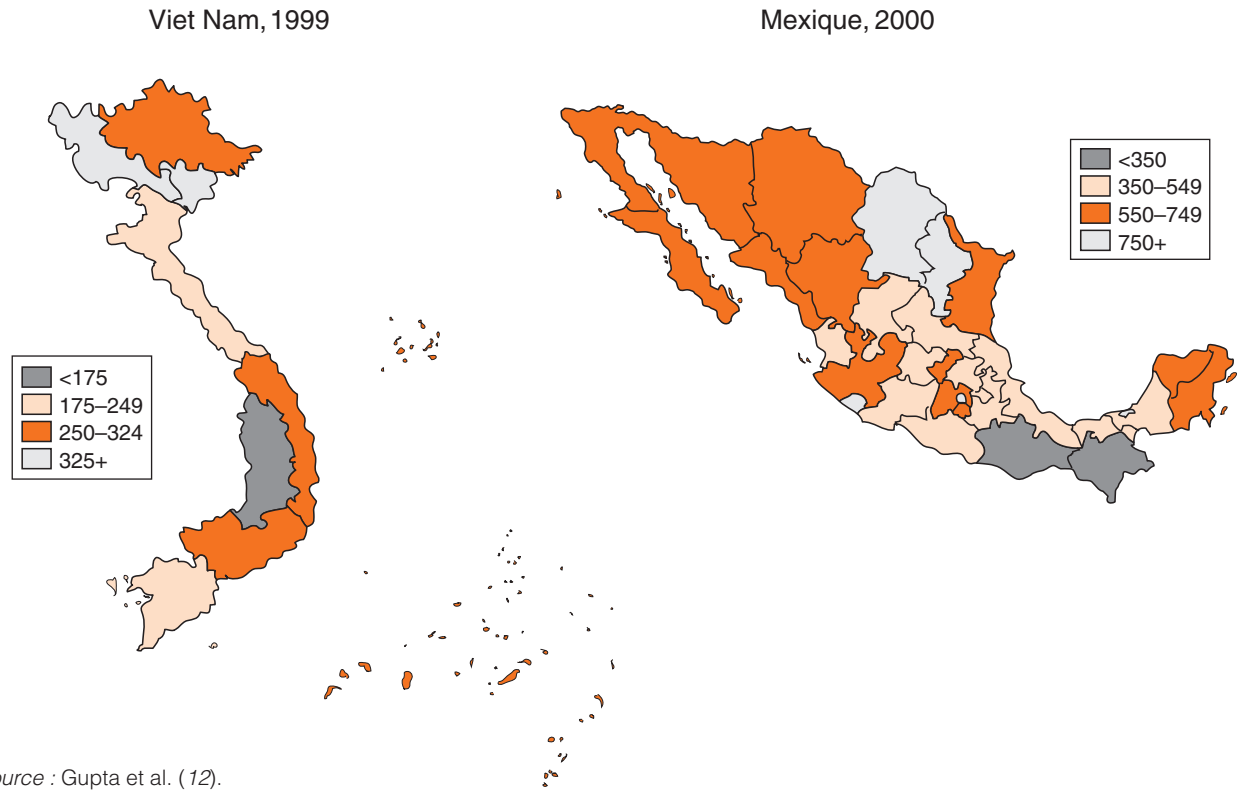
3.4 Analyse illustrative

La manière dont un problème sanitaire est perçu a une incidence sur la façon dont les données le concernant sont organisées et présentées pour appuyer la prise de décisions. Même les conclusions de la recherche les plus solides peuvent manquer d'atteindre les décideurs et les responsables politiques si elles ne sont pas présentées d'une manière qui les rende compréhensibles et exploitables. Un aspect essentiel de l'évaluation des RHS est le repérage et l'examen critique des données provenant de la (des) source(s) la (les) plus appropriée(s), et leur synthèse et présentation à partir de la construction de quelques indicateurs pertinents. La présentation finale des données varie en fonction des besoins des utilisateurs en ce qui concerne le niveau de précision et de spécificité technique requis. Il a été suggéré que les graphiques et les cartes permettent d'afficher les informations sous une forme qui facilite leur compréhension parmi les publics de non-spécialistes (*9, 10*).

Par exemple, si le déséquilibre dans la répartition géographique du personnel de santé est considéré comme une contrainte pour le renforcement des systèmes de santé, comme c'est le cas dans presque tous les pays (*11*), les informations devraient être présentées de façon à montrer les nuances de cette répartition, par exemple, en faisant ressortir les régions du pays où la densité des agents de santé est plus forte par rapport à celles où elle est plus faible. Outre qu'ils constituent une source de données représentatives à l'échelle nationale, les recensements de la population offrent l'avantage que la taille des échantillons permet la ventilation des données au niveau local. Les données sur les professions provenant des recensements peuvent être utilisées pour cartographier la mauvaise répartition du personnel de santé, comme le montre la Figure 3.2 pour deux pays. Il est aussi possible d'utiliser ces données pour calculer un ensemble de mesures qui rendent compte de façon synthétique du déséquilibre dans la répartition du personnel, comme le coefficient de Gini ou d'autres indices d'inégalité relative (*12, 13*).

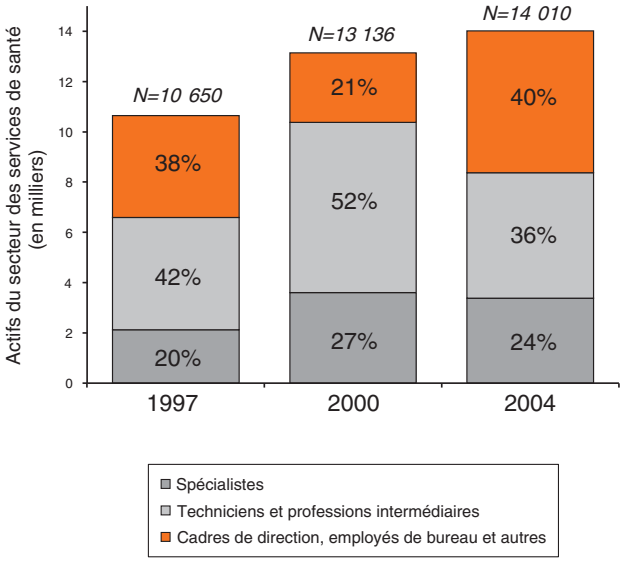
Compte tenu de la périodicité relativement longue des recensements (en général une fois tous les 10 ans), les données issues des enquêtes constituent peut-être une base plus fiable pour un examen de la dynamique de la population active aux fins du suivi des politiques et de la planification en matière de RHS à plus court terme. À la Figure 3.3, il est présenté l'évolution des tendances en ce qui concerne la composition des services de santé namibiens, les actifs étant répartis par grands groupes de professions, sur la base des résultats de plusieurs enquêtes sur la population active (*14*). Les enquêtes sur la population active et l'emploi offrent l'avantage de mettre en évidence le personnel de direction et d'appui des services de santé, groupe souvent

Figure 3.2 Répartition géographique des effectifs d'agents de santé (pour 100 000 habitants), recensements du Viet Nam et du Mexique



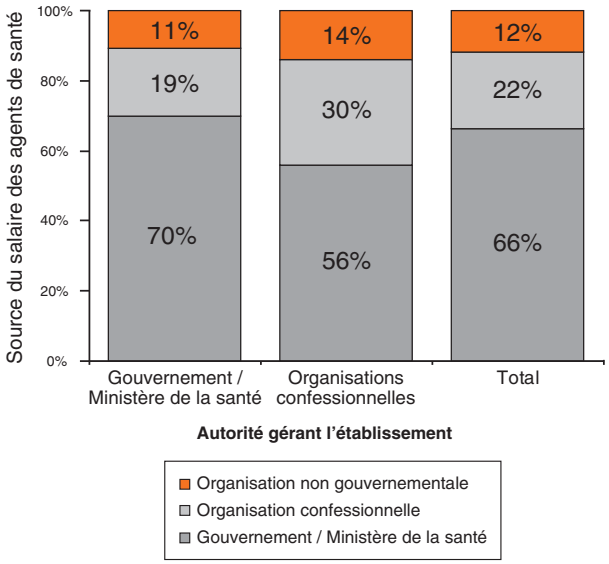
Source : Gupta et al. (*12*).

Figure 3.3 Tendances dans la répartition des actifs par grands groupes de professions au sein des services de santé, enquêtes sur la population active de la Namibie, 1997–2004



Source : Institute for Public Policy Research (*14*).

Figure 3.4 Répartition des salaires des agents de santé par source, en fonction de l'autorité propriétaire de l'établissement, évaluation dans les établissements de santé du Rwanda, 2006



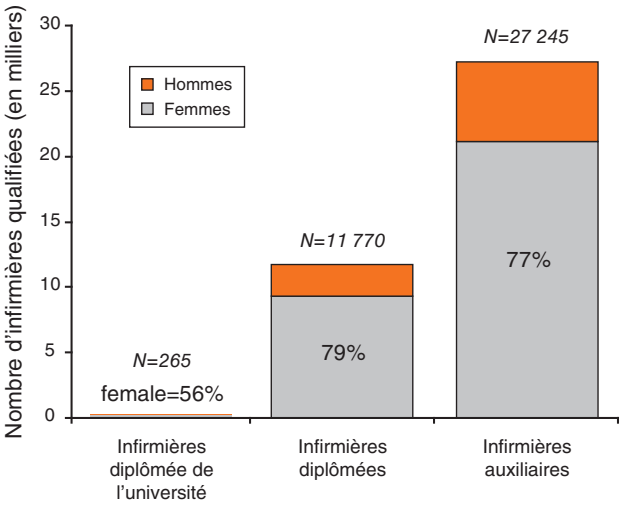
Source : Herbst et Gijsbrechts (*16*).

négligé dans les analyses des RHS mais essentiel au fonctionnement des systèmes de santé. En revanche, la ventilation pour des sous-groupes spécifiques peut être difficile à cause de la taille limitée des échantillons, en particulier dans beaucoup de pays à faible revenu confrontés aux pénuries les plus graves en matière d'agents de santé. D'après les statistiques figurant dans l'Atlas mondial du personnel de santé de l'OMS (*Global atlas of the health workforce* (*15*)), même une enquête à plus grande échelle (par exemple, sur la base d'un échantillon d'environ 0,6% de la population totale) ne permettrait de recenser qu'un nombre limité de spécialistes de la santé dans la plupart des 50 pays où la densité du personnel médical est la plus faible : moins de 20 médecins dans les trois quarts de ces pays et moins de 20 infirmières dans la moitié d'entre eux.

Là où les données existantes demeurent inadéquates (notamment quand elles proviennent de sources ne relevant pas du secteur de la santé), une évaluation bien conçue menée dans les établissements de santé peut fournir des informations plus détaillées pour une analyse de la situation des RHS. Les évaluations permettant de rassembler des données à la fois au niveau de l'établissement et du personnel offrent une occasion unique de mesurer certains indicateurs du marché du travail. Dans l'exemple donné (Figure 3.4), une évaluation dans les établissements de santé rwandais a permis la collecte de données sur l'autorité propriétaire des établissements et la source du salaire des employés, ce qui renseigne sur la proportion du personnel des établissements rémunéré par un secteur différent de celui auquel il appartient. Cette distinction est rarement faite, pourtant elle est essentielle à la justesse des observations sur les mesures concernant le personnel de santé, par exemple, les personnes travaillant dans le secteur public sont souvent toutes (abusivement) comptées comme des employés du secteur public (*16*).

Enfin, à la Figure 3.5, il est présenté une synthèse des informations recueillies sur la capacité et les caractéristiques démographiques concernant le personnel infirmier, à partir d'une base de données électronique sur le personnel infirmier du Kenya. Cette base comprend quelque 40 000 données administratives couvrant une période de 45 ans, enregistrées par l'organe national de réglementation de la profession (*17*). L'analyse des données révèle la prédominance des infirmières auxiliaires par rapport à leurs collègues agréés qui possèdent une formation plus spécialisée, ainsi que la féminisation de la profession, sauf au niveau du personnel le plus qualifié, c'est-à-dire diplômés de l'université en science des soins infirmiers. Cependant, la qualité des informations provenant de cette source doit être mise en doute ; si le renouvellement du personnel infirmier et l'obtention d'une autorisation pour exercer la profession sont obligatoires au Kenya dans les secteurs public et privé, la cause des départs - décès, migration ou retraite - n'est pas consignée dans la base de données. La nécessité d'améliorer l'exhaustivité et l'actualité des données disponibles, notamment

Figure 3.5 Répartition par sexe et compétences du personnel infirmier du Kenya, base de données du Conseil kenyan du personnel infirmier, 1960–2005



Source : Riley et al. (*17*).

pour le suivi des effectifs et des flux d'agents de santé, se retrouve dans presque tous les systèmes d'information sur les RHS et peut s'avérer encore plus pressante dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire étant donné la situation de leur personnel.

3.5 Regrouper la gestion et l'utilisation des sources d'information sur les RHS

Aux niveaux national et international, on accorde une attention croissante à la nécessité de disposer d'informations nouvelles et de qualité accrue pour planifier et suivre le développement des RHS en tant que paramètre clef du renforcement des systèmes de santé. Toutefois, dans beaucoup de pays, les informations sont fragmentées, inadéquates et non disponibles en temps utile. Les statistiques produites par diverses sources sont diffusées au public de manière limitée et ne sont généralement pas assez utilisées. Par ailleurs, même dans les pays où il existe des données fiables et de qualité, les informations ne sont pas toujours utilisées aux fins de la prise de décisions.

Souvent, le manque de ressources humaines, techniques et financières est en partie à l'origine de la mauvaise qualité des informations et des données sur la situation du personnel de santé. Dans la majorité des pays à revenu faible ou intermédiaire, les technologies de l'information et de la communication (par exemple, matériel informatique et logiciels pour le traitement et la communication des informations) nécessaires à la mise en œuvre d'un système d'information global sur les RHS font cruellement défaut. Par ailleurs, renforcer les systèmes d'information sur les RHS implique de prendre en considération chacune de leurs composantes, non seulement l'infrastructure et la technologie, mais aussi les personnes nécessaires pour rassembler et utiliser les données. Il faut du personnel spécialisé en information sanitaire aux niveaux national et local (et même dans les établissements de santé plus grands) pour la collecte, le traitement, la notification et l'analyse des données. Il se peut qu'une formation soit requise afin de renforcer leurs compétences d'analyse et de présentation parmi les personnes qui communiquent les informations aux décideurs. De même, former les responsables politiques et leurs collaborateurs pourrait aider ces derniers à mieux recenser et utiliser les travaux de recherche de qualité.

Entre autres moyens, une unité chargée de l'appui à une base de données nationale centralisée sur les RHS (par exemple, au Ministère de la santé) peut être utile pour améliorer le suivi et l'évaluation au niveau national (*18*). Le mécanisme de coordination de cette unité fonctionnera idéalement pour les capacités suivantes : évaluation continue de la disponibilité et de la qualité des données ; gestion, analyse et synthèse des données ; production d'estimations à partir d'indicateurs nationaux ; diffusion des informations et des travaux de la recherche ; promotion et communication des efforts en matière de suivi et d'évaluation des RHS ; coordination, supervision à des fins d'appui et renforcement des capacités des bureaux de suivi et d'évaluation au niveau des états ou des provinces et des districts ; et coordination avec les partenaires internationaux et autres. L'unité peut participer à l'élaboration et l'établissement du coût de la stratégie nationale de suivi et d'évaluation des RHS, et à la définition du mandat des consultants techniques. Les activités des personnes chargées du suivi et de l'évaluation au niveau décentralisé des régions et des districts peuvent comprendre la tenue d'un registre actualisé de l'ensemble des établissements de santé et des prestataires de services de santé ; la collecte de données courantes sur les agents de santé issues de diverses sources en rapport ou non avec le domaine de la santé ; l'analyse des données de base ; et la notification des données et la facilitation de leur utilisation aux fins de la prise de décisions.

S'il n'existe pas de modèle idéal de système d'information et de suivi concernant le personnel de santé, les principales raisons de la mise en place d'un tel système

sont déterminantes. Un aspect important est la planification et le contrôle du système de suivi lui-même (*19*), ce qui suppose de déterminer, dans le cadre du processus d'établissement et d'utilisation du système, non seulement le contenu de ce dernier mais aussi à qui il appartient et qui y a accès, ainsi que les mécanismes visant à garantir la sécurité et la mise à jour régulière des données. Un enjeu essentiel est de faire en sorte que les besoins de tous les partenaires en matière d'information soient assurés, du niveau international jusqu'à celui des districts, tout en étant réaliste quant aux capacités de faire fonctionner le système. L'ensemble d'indicateurs proposé plus haut au tableau 3.1 n'est ni exhaustif ni définitif. Il s'agit plutôt d'une tentative de construire un cadre pour le suivi et l'évaluation des RHS, centré sur les domaines de préoccupation mis en évidence à l'échelle mondiale s'agissant de renforcer le personnel. La collecte et le partage de données issues d'indicateurs normalisés de ce type peuvent être utiles pour des analyses transnationales, qui permettent aux ministères de la santé de se référer aux performances régionales et mondiales et d'établir une comparaison avec, par exemple, les niveaux de service et les résultats sanitaires que les autres pays sont capables d'obtenir avec des ressources humaines similaires. Il sera impératif de réexaminer cette sélection aux niveaux national et local, particulièrement en ce qui concerne la faisabilité et le coût des mesures, et dans l'objectif d'établir des bases de départ et des cibles appropriées à chaque pays.

Il a été dégagé plusieurs conditions essentielles au développement et au maintien d'un système d'information global sur le personnel de santé, notamment :

- la décision politique de faire du suivi de la situation des RHS l'une des priorités nationales ;
- la définition d'un ensemble de références et de cibles claires au sein du plan stratégique national, chacune reliée à des indicateurs appropriés et à une série de données minimale, établie pour leur mesure ;
- la préparation d'un environnement de travail de base pour le renforcement du système d'information sur le personnel de santé ;
- le recrutement et la formation d'un nombre suffisant de personnes pour le développement, l'application et la gestion du système d'information ;
- la participation de tous les partenaires clefs au processus, depuis les étapes de planification initiales.

Au Tableau 3.3, il est présenté des indicateurs pouvant être utilisés pour le contrôle de l'application du système d'information et de suivi concernant les RHS, ainsi que des moyens de vérification possibles (*10, 20–22*). Ces indicateurs ne fournissent pas toujours de résultat numérique spécifique mais ils sont au centre du contrôle de l'utilité du système d'information s'agissant d'appuyer, en se fondant sur des données probantes, l'élaboration de politiques, les décisions budgétaires, la gestion et l'obligation de rendre compte dans le domaine des RHS, et ce de façon ouverte, transparente et en renforçant autant que possible la participation des partenaires. L'utilisation systématique du système d'information pour la prise de décisions, la majorité des partenaires nationaux et internationaux en acceptant le contenu comme fiable et valable, serait le meilleur moyen d'évaluer ses résultats.

3.6 Résumé et conclusions

La disponibilité actuelle et future d'agents de santé pour le maintien de systèmes de santé efficaces suscite dans le monde une préoccupation grandissante (*23*). Le manque de données fiables, actualisées, sur de nombreux aspects de la situation des RHS, notamment le dosage des compétences, les sources et les niveaux de rémunération, la féminisation du personnel et même les effectifs de base, limite beaucoup la capacité d'élaborer des stratégies reposant sur des données probantes aux niveaux national et international pour faire face à la crise du personnel de santé.

Des informations et des données probantes sont nécessaires pour servir de base à la discussion, à la définition de priorités et à la prise de décisions parmi les pays et les autres partenaires. Même dans de nombreux pays à faible revenu, il existe plusieurs sources d'information potentielles mais celles-ci demeurent sous-utilisées dans les travaux de recherche sur la santé. Le point de départ de toute étude de la situation des RHS devrait être un examen rigoureux des sources statistiques types existantes, y compris celles qui ne relèvent pas du secteur de la santé : statistiques sur la population produites par les bureaux de recensement et les bureaux nationaux de statistique ; permis de travail délivrés par les départements du travail ; fichiers sur les revenus tenus par les services des impôts ; et autres sources rarement utilisées par les planificateurs et les directeurs des systèmes de santé. La prise de décisions devrait s'appuyer sur une méta-analyse ou examen des résultats de plusieurs sources d'information. Idéalement, il faudrait intégrer toutes les sources de données sur les RHS dans un système d'information global, dans lequel les renseignements administratifs courants sont complétés au moyen d'enquêtes et de recensements réguliers concernant la population et les établissements.

Tableau 3.3 Indicateurs et moyens de vérification sélectionnés pour le contrôle de l'application et de l'utilisation du système national d'information et de suivi concernant les RHS aux fins d'un appui à la prise de décisions

Indicateur	Description	Durée	Moyens de vérification possibles
Indicateurs de la bonne gestion du système d'information sur les RHS			
Existence d'une stratégie nationale opérationnelle comportant des indicateurs, des cibles et des objectifs clairs en vue de la planification et de la gestion des RHS	Mise en place d'une stratégie nationale en matière de RHS, qui comprend un ensemble d'indicateurs et de cibles SMART[a], ainsi qu'un plan de travail chiffré (budgétisé) pour l'application et le suivi aux niveaux national et local	Depuis les étapes de planification initiales de la stratégie nationale en matière de RHS	Stratégie nationale en matière de RHS, rapports de situation, rapports/procès-verbaux des réunions de l'organe consultatif, informateurs essentiels (par ex., ministères, agences, établissements, associations, ONG, initiatives privées)
Existence d'un organe consultatif chargé de contrôler que l'application du système d'information et de suivi concernant les RHS est conforme à la stratégie nationale	Réunions et consultations régulières entre les partenaires nationaux et internationaux dans les domaines de la santé, du développement et de la gestion des informations pour guider et contrôler l'application du système d'information et de suivi concernant les RHS	Depuis les étapes de planification initiales de la stratégie nationale en matière de RHS	Stratégie nationale en matière de RHS, rapports de situation, rapports/procès-verbaux des réunions de l'organe consultatif, informateurs essentiels (par ex., ministères, agences, établissements, associations, ONG, initiatives privées)
Existence d'un mécanisme de coordination national fonctionnel relatif au le système d'information et de suivi concernant les RHS	Existence d'un mécanisme de coordination national doté d'une unité aux ressources (humaines, financières et techniques) suffisantes, spécialisée dans le développement, l'application et le contrôle du système d'information	Depuis les étapes de planification initiales du système d'information et de suivi concernant les RHS	Stratégie nationale en matière de RHS, rapports de situation, procès-verbaux des réunions du mécanisme de coordination, informateurs essentiels
Mise en place et utilisation du système d'information et de suivi concernant les RHS pour la prise de décisions relatives aux RHS à tous les niveaux	Utilisation des contenus du système d'information sur les RHS pour éclairer la prise de décisions par les autorités sanitaires aux niveaux national et local sur une base régulière (par ex., examen annuel de la planification et de la gestion)	Tout le temps de l'application du système d'information et de suivi concernant les RHS	Stratégie nationale en matière de RHS, rapports de situation, informateurs essentiels
Indicateurs du renforcement du système d'information sur les RHS			
Actualité du système d'information et de suivi concernant les RHS	Système national d'information et de suivi concernant les RHS alimenté aux niveaux local et national sur une base régulière (par ex., tous les trimestres/ans)	Tout le temps de l'application du système d'information et de suivi concernant les RHS	Rapports de diffusion, informateurs essentiels (par ex., Ministère de la santé, responsables sanitaires de district, associations/organes professionnels, prestataires privés)
Validation du système d'information et de suivi concernant les RHS	Examen approfondi de toutes les sources disponibles de données sur les RHS dans le but d'actualiser et de calibrer le système national d'information et de suivi concernant les RHS sur une base régulière (par ex., tous les deux/cinq ans)	Tout le temps de l'application	Rapports de diffusion, informateurs essentiels (par ex., Ministère de la santé, Ministère du travail, Ministère de l'éducation, bureau national de statistique)

Suite…

Suite du tableau

Indicateur	Description	Durée	Moyens de vérification possibles
Cohérence du système d'information et de suivi concernant les RHS	La totalité des indicateurs et des données du système d'information et de suivi concernant les RHS reposent sur un ensemble commun de définitions et de classifications permettant des comparaisons cohérentes dans le temps, entre les sources et au niveau international	Tout le temps de l'application	Rapports de diffusion, classifications internationales types (CITP, CITE, etc.)
Ventilation des données du système d'information et de suivi concernant les RHS	Les indicateurs et les données présentant un intérêt dans le système d'information et de suivi concernant les RHS peuvent tous être ventilés par cadre, sexe, zone géographique, secteur ou d'autres caractéristiques	Tout le temps de l'application	Rapports de diffusion

a. SMART = stratégique, mesurable, réalisable, réaliste et limité dans le temps.

Sources : D'après le Réseau de métrologie sanitaire (*10*), l'Organisation mondiale de la Santé (*20*), Capacity Project (*21*) et Islam (*22*).

Toutefois, l'opposition qui existe fréquemment entre les fournisseurs de données et les utilisateurs potentiels peut être un frein à l'utilisation optimale de ces sources. En particulier, si les variables sur la profession et le lieu de travail font généralement partie intégrante des recensements de la population et des questionnaires d'enquête sur la population active, souvent, lors de la diffusion des résultats finals, il n'est pas fait usage de catégories permettant de distinguer les personnes qui exercent une profession en rapport avec la santé ou qui travaillent dans le secteur des services de santé. Et même quand ces catégories sont employées, les résultats peuvent rarement être comparés entre les pays et dans le temps, en raison de différences dans les classifications des professions, des formations et des secteurs utilisées.

En tant que tel, le suivi et l'évaluation des RHS exige une bonne collaboration entre le Ministère de la santé et d'autres organes qui peuvent être des sources d'information fiables, notamment le bureau national de statistique, le Ministère de l'éducation, le Ministère du travail, les organes de certification ou chargés de la délivrance d'autorisations professionnelles, les établissements de soins de santé individuels et les établissements de formation aux professions de la santé. Il faudrait dans l'idéal un engagement préalable d'étudier les moyens permettant d'exploiter les données. Des discussions entre des représentants du Ministère de la santé, du bureau national de statistique et d'autres partenaires, tels les associations professionnelles et les partenaires du développement, sont recommandées dès le début en vue de l'établissement d'un programme pour l'harmonisation, la publication et l'utilisation des données, qui prenne en compte le calendrier de collecte et de traitement des données ainsi que les besoins en matière d'information aux fins de la politique et de la planification concernant les RHS.

Bibliographie

1. S. Chankova, G. Kombe, S Muchiri et al. *Rising to the challenges of human resources for health in Kenya : developing empirical evidence for policy making*. Bethesda, MD, Partners for Health Reform*plus* Project, Abt Associates Inc., 2006. (http://healthsystems2020.org/content/resource/detail/1654, consulté le 11 janvier 2009).
2. K. Diallo, P. Zurn, N. Gupta, M. Dal Poz. *Monitoring and evaluation of human resources for health : an international perspective*. *Human Resources for Health*, 2003, 1 :3. (http://www.human-resources-health.com/content/1/1/3, consulté le 10 janvier 2009).
3. Organisation mondiale de la Santé et Université de technologie de Sydney. *WHO human resources for health minimum data set*. Manille, Bureau régionaux OMS du Pacifique occidental et de l'Asie du Sud-Est, 2008 (http://www.who.int/hrh/documents/hrh_minimum_data_set.pdf, consulté le 11 janvier 2009).
4. D. Dovlo. *Wastage in the health workforce : some perspectives from African countries*. *Human Resources for Health*, 2005, 3 :6 (http://www.human-resources-health.com/content/3/1/6, consulté le 11 janvier 2009).
5. B. Pond, Y. Kinfu. *Health workforce statistics : summary on data sources*. Présenté à la réunion du groupe de travail technique Réseau de métrologie sanitaire/Organisation mondiale de la Santé, sur les statistiques concernant le personnel de santé, Genève, 11–13 juillet 2006.
6. R. Hussmanns, F. Mehran, V. Verma. *Enquêtes sur la population économiquement active, emploi, chômage et sous-emploi : manuel de l'OIT sur les concepts et la méthodologie*. Genève, Organisation internationale du Travail, 1990.
7. M. Lindelow, A. Wagstaff. *Assessment of health facility performance : an introduction to data and measurement issues*. Dans : S. Amin, J. Das, M. Goldstein (éd.). *Are you being served? New tools for measuring service delivery*. Washington, D.C., Banque mondiale, 2008. (http://go.worldbank.org/F6KIIC0700, consulté le 11 janvier 2009).
8. D. Pencheon. *The good indicators guide : understanding how to use and choose indicators*. Coventry, NHS Institute for Innovation and Improvement, 2008. (http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=44584, consulté le 11 janvier 2009).
9. MEASURE Program Dissemination Working Group. *Connecting people to useful information : guidelines for effective data presentations*. Calverton, MD, ORC Macro, 2004. (http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/OD41/OD41LG.pdf, consulté le 11 janvier 2009).
10. *Strengthening country health information systems : assessment and monitoring tool (version 2.00)*. Genève, Réseau de métrologie sanitaire, 2007 (http://www.who.int/healthmetrics/support/tools, consulté le 11 janvier 2009).
11. G. Dussault, M.C. Franceschini. *Not enough there, too many here : understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce*. *Human Resources for Health*, 2006, 4 :12. (http://www.human-resources-health.com/content/4/1/12, consulté le 11 janvier 2009).
12. N. Gupta, P. Zurn, K. Diallo, M.R. Dal Poz. *Uses of population census data for monitoring geographical imbalance in the health workforce : snapshots from three developing countries*. *International Journal for Equity in Health*, 2003, 2 :11. (http://www.equityhealthj.com/content/2/1/11, consulté le 11 janvier 2009).
13. S. Anand, V.Y. Fan, J. Zhang et al. *China's human resources for health : quantity, quality and distribution*. *The Lancet*, 2008, volume 372, pages 1774–1781.
14. *Economic Database*. Windhoek, Institute for Public Policy Research, 2007 (http://www.ippr.org.na/database.php, consulté le 11 janvier 2009).
15. *Global Atlas of the Health Workforce : August 2007 revision*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007 (http://www.who.int/globalatlas/autologin/hrh_login.asp, consulté le 11 janvier 2009).
16. C.H. Herbst, D. Gijsbrechts. *Information on stock, profiles and distribution of health workers in Rwanda : analysis of the 2005–06 health worker census data*. Document établi pour le programme de la Banque mondiale sur les ressources humaines pour la santé. Washington, D.C., Banque mondiale, 2007.
17. P.L. Riley, S.M. Vindigni, J. Arudo et al. *Developing a nursing database system in Kenya*. *Health Services Research*, 2007, 42(3), pages 1389–1405.
18. Centers for Disease Control and Prevention. *Monitoring and evaluation capacity building for program improvement : field guide*. Atlanta, GA. United States Centers for Disease Control and Prevention, Programme mondial de lutte contre le sida, 2003.
19. K. Mackay. *How to build M&E systems to support better government*. Washington, D.C., Banque mondiale, 2007 (http://www.worldbank.org/oed/ecd/better_government.html, consulté le 11 janvier 2009).
20. *Establishing and monitoring benchmarks for scaling up health workforce education and training*. Rapport établi pour l'Alliance mondiale pour les personnels de santé/Équipe spéciale sur le renforcement de l'éducation et de la formation du personnel de santé, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.
21. *Cadre d'action RHS*. Capacity Project (http://www.capacityproject.org/framework, consulté le 10 janvier 2009).
22. M. Islam (éd.). *Health systems assessment approach : a how-to manual*. Arlington, VA, Management Sciences for Health, 2007 (http://healthsystems2020.org/content/resource/detail/528/, consulté le 11 janvier 2009).
23. *Rapport sur la santé dans le monde 2006 – Travailler ensemble pour la santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006 (http://www.who.int/whr/2006, consulté le 10 janvier 2009).

4 Cadre pour le suivi de l'entrée de personnels de santé et méthodes de mesures relatives

KATE TULENKO, GILLES DUSSAULT, HUGO MERCER

4.1 Introduction

La pénurie et la mauvaise répartition des effectifs de personnel de santé dans un pays sont généralement dues au nombre insuffisant de personnels de santé qualifiés qui entrent sur le marché du travail. Malheureusement, dans la plupart des pays, les maigres données disponibles sur les arrivées de personnels de santé, sur lesquelles le secteur de l'éducation ou le ministère de la santé peuvent s'appuyer, expliquent l'incapacité du système de santé à s'adapter aux tendances du marché du travail ou à élaborer des stratégies efficaces. Le fait de mesurer les entrées de personnels de santé et de suivre l'évolution de leur activité professionnelle facilite grandement la planification, la gestion et le contrôle de la qualité des ressources humaines pour la santé dans un pays (*1*). Il est indispensable de recueillir des données précises, détaillées et actualisées sur les entrées de personnels de santé pour pouvoir planifier la fourniture de services de santé et procéder aux réformes nécessaires de la politique sanitaire. Au-delà du simple indicateur bien connu que constitue le nombre de diplômés des professions de la santé (voir aussi le chapitre 3 du présent manuel), il convient de prendre aussi en considération les motivations des personnels de santé qui entrent dans un pays. S'ils disposent de données de départ et de données actualisées, les décideurs peuvent suivre les progrès et les interventions et adapter régulièrement leurs stratégies. Ceci est d'autant plus important que la mise en oeuvre de ces adaptations s'étend souvent sur plusieurs années et que leurs effets peuvent se prolonger sur des décennies, nécessitant la réaffectation de crédits budgétaires ou des apports financiers considérables. De plus, puisque la planification des ressources humaines pour la santé (RHS) concerne d'autres secteurs que le ministère de la santé, notamment les ministères de l'éducation, du travail et des finances, la fonction publique et les associations professionnelles, ainsi que le secteur privé, le renforcement des systèmes d'information et de surveillance permet de suivre l'évolution de la situation dans les secteurs de la formation et de l'emploi des professionnels de la santé et les tendances du marché du travail du secteur de la santé, d'aider les administrateurs et les pouvoirs publics à prendre des décisions et de créer une base de données utile pour favoriser le dialogue avec les associations professionnelles et les partenaires de développement.

Le présent chapitre propose un certain nombre de méthodes utilisables pour le suivi et l'évaluation des entrées sur le marché du travail du secteur de la santé et indique comment les données obtenues peuvent faciliter la formulation et l'évaluation de politiques et de programmes visant à remédier à la pénurie et à la mauvaise répartition des personnels de santé. Il passe en revue une série d'indicateurs de base et les sources de données actuelles et potentielles pour leur mesure. L'objectif visé est d'aider les chercheurs, les administrateurs, les décideurs et d'autres parties à définir, recueillir et utiliser des données essentielles pour faciliter l'analyse et la planification des ressources humaines pour la santé, en partant de questions élémentaires : que faut-il mesurer et de quelle façon ?

Aux fins du présent chapitre, le terme « entrée » désigne l'inclusion dans la communauté de personnes susceptibles d'être employées dans le secteur de la santé d'un pays donné. Ce terme n'est pas nécessairement synonyme d'emploi mais seulement d'aptitude à l'emploi et de désir de travailler. Il concerne tous les prestataires de services de santé qui doivent attester d'un certain niveau de formation professionnelle dans un domaine lié à la santé pour pouvoir être embauchés, c'est-à-dire aussi bien les personnels cliniques que les agents de santé publique, les agents de santé communautaires ou le personnel de laboratoire. Ne sont pas pris en considération les guérisseurs traditionnels, les vendeurs de produits pharmaceutiques et autres personnels n'ayant pas suivi une formation officielle, qui travaillent dans le secteur informel de la santé ou dans l'illégalité, de même que les personnes qui travaillent dans d'autres secteurs que celui de la santé et les prestataires de services de santé qualifiés qui avaient cessé de travailler et entrent à nouveau sur le marché du travail de la santé. Certains de ces aspects seront abordés au chapitre 5.

Il importe de garder à l'esprit que les répercussions des décisions relatives à l'entrée de professionnels de la santé ne concernent pas uniquement les effectifs. L'inégale répartition géographique des personnels de santé (les zones urbaines et les communautés riches étant généralement privilégiées par rapport aux zones rurales et aux communautés pauvres) peut être attribuée en partie à certains facteurs associés à l'éducation et à la formation, à savoir que l'on ne recrute pas suffisamment d'étudiants préparés à travailler dans les communautés mal desservies, que l'on forme des professionnels dont les compétences ne sont pas adaptées aux besoins des communautés mal desservies, que la formation n'accorde pas suffisamment de place au travail dans des contextes ou des populations mal desservies et que l'on ne se soucie pas d'inculquer aux étudiants une obligation déontologique envers les populations mal desservies et de combattre les idées reçues selon lesquelles le travail auprès de ces populations est moins prestigieux et moins bien rémunéré (*2–5*). Le choix de l'emplacement des institutions de formation semble aussi lié à des considérations pratiques pour le confort des étudiants (*6–8*). En outre, les décisions relatives à l'entrée de professionnels de la santé peuvent avoir des répercussions sur les salaires de l'ensemble de la profession : par exemple, le fait de former davantage de professionnels de la santé spécialisés dans les soins de santé primaires et le travail communautaire que de spécialistes permet de limiter la part du coût de l'unité de services de santé associée au salaire.

Après cette introduction, le chapitre proprement dit s'articule autour de trois parties : le cadre pour le suivi de l'entrée sur le marché du travail, les questions de mesure et la partie regroupant le résumé et les conclusions.

4.2 Cadre pour le suivi de l'entrée sur le marché du travail

La présente section est consacrée à la description d'un cadre conceptuel qui divise le processus d'entrée en sept composantes distinctes mais reliées entre elles. Nous allons examiner chacune de ces composantes ainsi que leurs implications politiques. Le cadre s'inspire des stratégies relatives à la formation et à l'immigration qui ont été élaborées par l'Organisation mondiale de la Santé (*9*) dans le cadre d'une approche prenant en considération le déroulement de la vie professionnelle, présentée au chapitre 1 du présent Manuel (voir section 1.4). La production et la mise à disposition des personnels de santé peuvent être représentées comme une succession d'étapes se rapportant à la formation des professionnels de la santé et au développement d'établissements de formation, dont les résultats s'enchaînent les uns aux autres (Figure 4.1) (*9–11*). Nous examinerons ensuite de quelle façon la réalisation de ces différentes étapes peut être mesurée, suivie et évaluée.

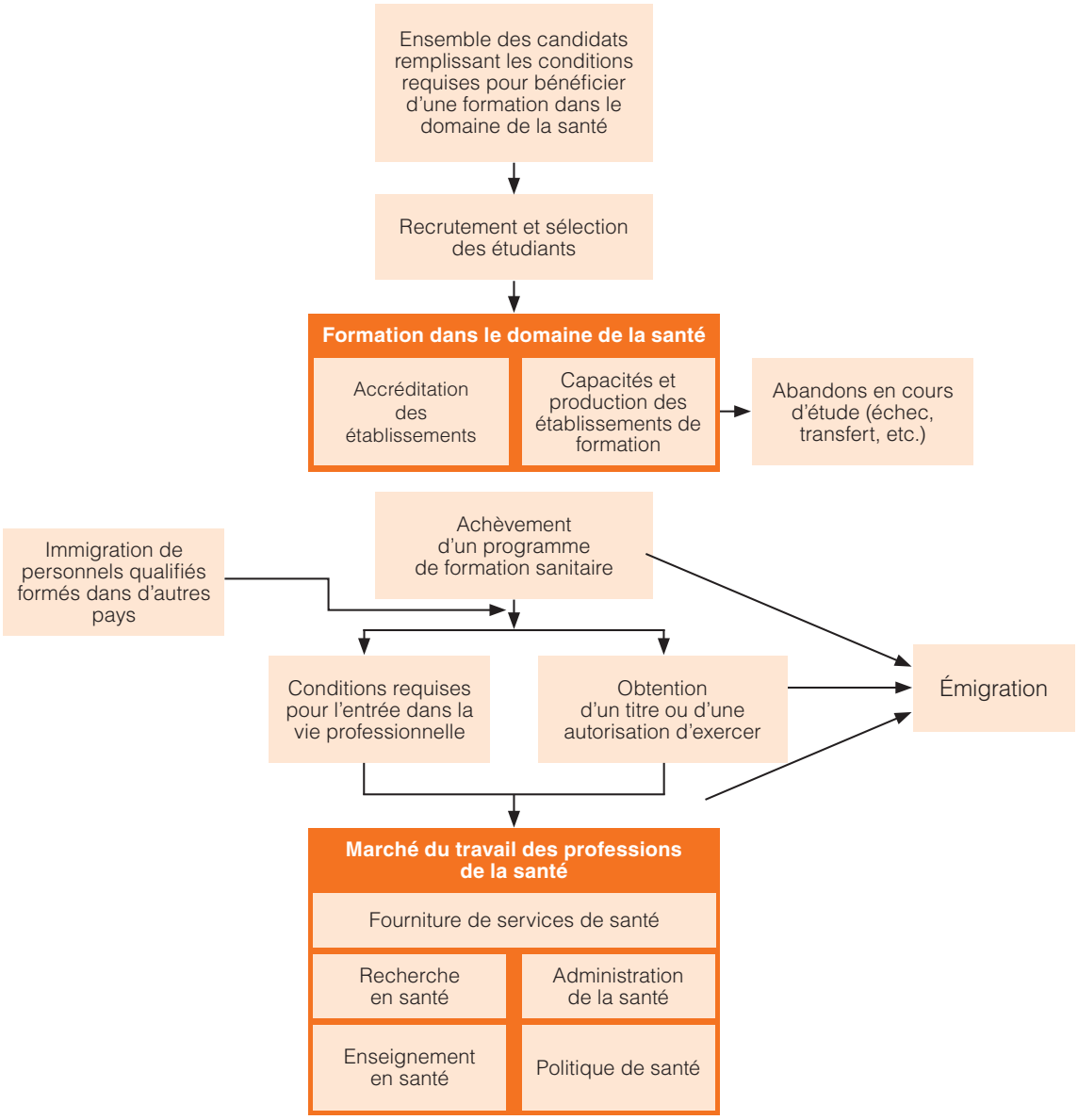
Les sept composantes sont les suivantes : i) l'ensemble des candidats potentiellement admissibles à une formation dans le domaine de la santé ; ii) le recrutement et la sélection des étudiants ; iii) l'agrément des établissements de formation aux professions de la santé ; iv) les capacités et la production des établissements de formation ; v) l'immigration de personnels de santé qualifiés dans le pays ; vi) l'octroi de titres et d'autorisations d'exercer aux prestataires de services de santé (formés dans le pays ou à l'étranger) ; et vii) le recrutement sur le marché du travail. Dans le contexte du présent chapitre, la formation des personnels de santé désigne la formation professionnelle avant emploi dans le domaine de la santé par opposition à la formation en cours d'emploi qui vise à perfectionner les compétences des travailleurs déjà employés dans l'industrie de soins de santé. On trouvera au chapitre 7 un exemple de suivi de la formation en cours d'emploi.

4.2.1 Ensemble des candidats remplissant les conditions requises pour bénéficier d'une formation dans le domaine de la santé

Dans chaque pays, le nombre de candidats admissibles à une formation dans le domaine de la santé est plus ou moins important selon que les différentes formations proposées imposent des critères plus ou moins sévères et selon la performance du système d'enseignement primaire et secondaire. La liste des candidats à une formation du niveau tertiaire, qui produit les personnels de santé les plus qualifiés, se compose traditionnellement d'étudiants diplômés de l'enseignement secondaire – ce qui équivaut au niveau 3 de la Classification internationale type de l'Éducation (*12*) – et dotés de solides connaissances scientifiques.

L'accent étant mis de plus en plus sur la nécessité de recruter des cadres locaux pour dispenser des soins préventifs et curatifs de base et des services spécialisés, en particulier parmi les communautés mal desservies, certains pays ont reconnu que le niveau d'exigence demandé pour l'admission à certaines formations dans le domaine de la santé était inutilement élevé et ils ont adopté des critères plus adaptés aux responsabilités que ces cadres sont appelés à assumer. L'accès à ces formations a été élargi aux personnes qui n'ont pas achevé leurs études secondaires ou ne possèdent pas de solides connaissances scientifiques. Ainsi, pour augmenter les effectifs d'infirmières dans

Figure 4.1 Cadre pour le suivi de l'entrée sur le marché du travail des professions de la santé



Source : D'après OMS (*9*), Allen et al. (*10*) et Dussault et al. (*11*).

les régions rurales du Pakistan, l'Aga Khan School of Nursing a élaboré un programme destiné à de jeunes femmes ayant accompli leur scolarité en zone rurale, qui étaient seulement titulaires d'un diplôme du premier cycle de l'enseignement secondaire, vu que ces établissements scolaires ne disposent pas des moyens financiers nécessaires pour dispenser un niveau d'éducation plus élevé. Ce programme a permis à ces jeunes femmes de relever rapidement le niveau de leurs connaissances pour leur permettre de s'inscrire au concours d'entrée de l'école d'infirmières, et elles ont ainsi pu suivre cette formation au côté de leurs concitoyens qui avaient achevé leurs études secondaires dans des établissements situés en zone urbaine (*13*).

La nécessité de disposer d'un vivier de candidats admissibles à une formation est l'un des aspects les plus négligés dans la gestion des RHS et rares sont les ministères de la santé qui disposent de données précises ou qui ont élaboré une politique efficace à ce sujet. Si l'on dispose des données et des analyses nécessaires, il est possible de formuler des politiques relatives aux critères d'admission des étudiants ou de modifier les politiques actuelles en fonction du contexte national, de déployer des campagnes d'information en vue d'inciter les élèves qui achèvent leurs études secondaires à devenir agents de santé et de dispenser une formation dans les établissements d'enseignement secondaire. Une analyse du contexte national peut aussi révéler que des changements radicaux doivent être apportés aux programmes d'étude de l'enseignement primaire et secondaire afin de préparer les étudiants aux carrières de la santé.

4.2.2 Recrutement et sélection des étudiants

Dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire, dans lesquels, bien souvent, l'enseignement est exclusivement public, la procédure de recrutement des étudiants n'est pas très dynamique. Les établissements signalent parfois l'ouverture des inscriptions sur leur tableau d'affichage mais ils ne font guère de publicité pour inciter les élèves remplissant les conditions requises à s'inscrire. D'un point de vue politique, il convient d'envisager la possibilité d'introduire une procédure de recrutement plus dynamique, afin de corriger les inégalités entre les zones urbaines et rurales et entre les régions ainsi que du point de vue de la représentation des deux sexes, des différentes classes sociales et des différentes ethnies. Il convient en outre d'envisager d'aider les étudiants candidats, et en particulier ceux qui appartiennent à des groupes socio-économiques défavorisés ou à des communautés mal desservies, et qui sont peut-être les premiers dans leur famille à s'orienter vers des études supérieures, à choisir un établissement de formation et à remplir le formulaire d'inscription.

Le fait de recruter des étudiants déterminés à embrasser une carrière dans le domaine de la santé peut avoir une influence déterminante sur la rétention de personnel. Une étude d'observation réalisée en Éthiopie auprès d'infirmières et de médecins a révélé que les étudiants signalés comme particulièrement altruistes (c'est-à-dire désireux d'aider les pauvres) ne demandaient qu'une faible compensation pour aller travailler dans les zones rurales et étaient généralement encore en place deux ans plus tard (*4*). Selon les conclusions d'une étude réalisée sur l'émigration de personnels de santé ghanéens vers le Royaume-Uni et les États-Unis, nombreux sont ceux parmi les infirmières et les médecins qui ont choisi cette profession dans l'intention d'émigrer, et les professions de la santé sont souvent considérées comme un « passeport » pour quitter le pays (*14*).

4.2.3 Agrément des établissements de formation aux professions de la santé

Tous les établissements de formation de professionnels de la santé, publics et privés, doivent être agréés afin de garantir l'adéquation du nombre et des qualifications des personnels de santé avec les besoins du pays en matière de soins de santé. La procédure d'agrément doit être adaptée à la politique nationale de la santé et tenir compte des intérêts de la collectivité, tout en respectant l'indépendance de l'organisme d'agrément (*15, 16*). Cette procédure consiste en une reconnaissance officielle des établissements de formation par un organe représentatif (habituellement au niveau national, voire sous-régional), qui s'assure que certains critères bien définis en matière d'éducation sont remplis – qualifications des enseignants, programmes d'étude et rotations cliniques – suivie d'évaluations périodiques pour s'assurer que les normes sont bien respectées. Les éléments constitutifs de la procédure d'agrément et de vérification de la qualité des établissements de formation sont : le mandat officiel et la décision de l'organisme d'agrément ; la prise en compte des intérêts de la collectivité ; l'indépendance par rapport au gouvernement et aux établissements ; la transparence ; des critères généraux et spécifiques bien définis applicables à la qualité de l'enseignement ; des procédures combinant des auto-évaluations par les établissements et des inspections sur place par des experts indépendants ; et la publication des rapports et des décisions (*17*).

Les données recueillies dans le cadre de la procédure d'agrément peuvent être utilisées pour la prise de décision, notamment pour recenser les pratiques des établissements de formation très performants qui pourraient être appliquées dans d'autres établissements et rechercher les établissements en difficulté qui ont besoin d'une attention accrue. Un grand nombre d'établissements qui ne satisfont pas aux normes requises pour obtenir l'agrément ou le réagrément pourraient indiquer qu'ils souhaitent apporter des améliorations à la gestion, que les normes sont beaucoup trop élevées ou qu'ils manquent de moyens financiers.

Ces données ne sont pas toujours utilisées de façon efficace. Au Ghana, on a constaté que les établissements de formation scientifique ne recevaient pas toujours une copie de leur rapport d'agrément et que ces rapports n'étaient d'ailleurs pas rendus publics (*18*). Bon nombre de pays ne disposent pas d'organisme d'agrément ou celui qui existe manque de ressources. Il faut promouvoir des politiques nationales et régionales qui encouragent l'agrément des établissements de formation de professionnels de la santé afin de garantir la qualité de la prestation de services de santé.

4.2.4 Capacités et la production des établissements de formation

Les capacités de formation professionnelle avant emploi englobent des infrastructures physiques (salles de classe, laboratoires, bibliothèques, cliniques pour l'internat, résidences universitaires), des ressources humaines (quantité et qualité des formateurs et du personnel auxiliaire), des ressources financières, des moyens organisationnels et opérationnels (structures et processus de gestion) et d'autres intrants physiques (ouvrages pédagogiques, livres de référence et revues, équipement informatique) (*11*). Il existe une

grande diversité du point de vue des capacités entre les établissements de formation des professionnels de la santé, agréés ou non, qui, bien souvent, ne sont même pas conscients de leurs capacités réelles ou potentielles.

Les diverses composantes de la capacité déterminent la capacité globale de production : le nombre, le type et la qualité des cadres formés par l'établissement. En rapportant les données relatives à la production à celles relatives au financement, on peut calculer le coût de la formation de chaque catégorie de professionnels de la santé ainsi que le coût estimatif de la formation de personnels supplémentaires avec les mêmes capacités.

Il est essentiel de suivre chaque composante de la capacité et de la production. Selon que les évaluations concluent à une offre excédentaire ou insuffisante des divers personnels d'encadrement dans la population active, il est possible de réduire ou d'augmenter la capacité des établissements de formation afin de produire de nouveaux agents de santé ou d'élaborer des programmes de formation de nouveaux cadres. Ces informations peuvent servir à repérer les engorgements de manière à pouvoir augmenter les capacités dans les plus brefs délais, si nécessaire.

4.2.5 Immigration de personnels de santé qualifiés

Les pays les mieux lotis du point de vue des conditions de rémunération, des conditions de travail et de la qualité de la vie attirent généralement des personnels de santé d'autres pays. Afin d'exercer légalement leur profession dans le pays de destination, les immigrants doivent être en possession d'un permis de travail et, pour certains prestataires de services de santé qualifiés, d'une autorisation d'exercer ou d'un titre délivrés par l'organisme de réglementation compétent.

Les pays de destination ou d'accueil peuvent influer sur les migrations en adaptant les quotas de visas attribués à des agents de santé, les facilités et les délais de traitement de ces demandes de visa et la délivrance d'autorisations pour le recrutement d'étrangers par le secteur public ou le secteur privé (*19*). Le gouvernement peut par exemple publier des annonces ou envoyer des recruteurs dans d'autres pays, ou encore négocier des arrangements bilatéraux avec d'autres pays. À l'inverse, il peut considérer que les personnels de santé sont des travailleurs comme les autres, qui postulent de leur propre chef.

Les pays d'origine peuvent, de leur côté, augmenter les fonds consacrés à la production de personnels de santé, pour répondre aux besoins des autres pays, ou développer des politiques visant à inciter leurs ressortissants à regagner leur pays (*20*). Il convient de mentionner la politique appliquée par les Philippines en vue d'encourager l'émigration du personnel infirmier dans un grand nombre de pays d'accueil. La stratégie mise en place par le Gouvernement philippin pour gérer les migrations de personnels consiste à négocier avec chaque pays de destination le nombre de travailleurs qui seront envoyés et les conditions de leur recrutement – c'est le cas des accords conclus avec le Royaume-Uni en 2003 et avec le Japon en 2006. Cette formule peut sembler intéressante pour les deux parties car cela leur permet de procéder à des activités de planification de leur personnel infirmier à long terme et d'éviter ainsi les crises de recrutement (21). Cependant, cette stratégie comporte aussi des effets secondaires inattendus (et indésirables), à savoir qu'elle encourage l'émigration du personnel infirmier et des formateurs, qu'elle conduit les médecins et d'autres professionnels de la santé à entreprendre des études de soins infirmiers de manière à améliorer leurs chances d'émigrer (22) et qu'elle affaiblit le système de santé, notamment dans les zones rurales.

Une attention accrue est portée au respect des principes éthiques dans la pratique nationale (20). Les options politiques envisagées par un pays doivent reconnaître le droit des travailleurs d'émigrer et dénoncer les pratiques de recrutement contraires à l'éthique dans lesquelles les personnels de santé sont exploités ou incités à accepter des responsabilités professionnelles et des conditions de travail qui sont incompatibles avec leurs qualifications, leurs compétences et leur expérience (*23, 24*). Les pays d'accueil, quant à eux, devraient reconnaître que le flux des migrations internationales de professionnels de la santé qualifiés se fait généralement des pays pauvres vers les pays riches pour lesquels ces personnes représentent une précieuse ressource dont ils n'ont pas eu à financer l'éducation et la formation.

4.2.6 Octroi de titres et d'autorisations d'exercer aux prestataires de services de santé

La délivrance de titres et d'autorisations d'exercer représente pour les pays un moyen de contrôler la qualité des soins dispensés par les agents de santé ainsi que la taille du marché du travail des professions de la santé. Cela permet d'éliminer les travailleurs non qualifiés, étant donné que les personnes n'ayant pas les connaissances et les compétences minimums requises pour exercer les responsabilités qui leur sont confiées peuvent nuire à la santé de leurs patients au lieu de les guérir et peuvent saper la confiance du public à l'égard du système de santé et en particulier des services publics. Les autorités qui délivrent

les titres et les autorisations d'exercer ne sont pas les mêmes pour toutes les professions et dans tous les pays, ce qui complique la collecte des données. Pour certaines professions, le contrôle de la qualité de chaque individu se fait au moment de la délivrance du diplôme par un établissement de formation agréé tandis que, pour d'autres, les candidats doivent passer un examen national de qualification professionnelle. Les efforts potentiels de suivi et d'évaluation peuvent aussi être entravés par le fait que le titre délivré à un professionnel de la santé n'a généralement pas besoin d'être renouvelé, contrairement à l'autorisation d'exercer, qui est renouvelée périodiquement sur la base de certains critères, dont la réussite d'un examen attestant du fait que le titulaire a suivi une formation permanente, qu'il est toujours employé dans le même secteur ou tout simplement qu'il paie une redevance (*25*).

Le fait de suivre l'évolution du nombre de titres et d'autorisations d'exercer délivrés ainsi que les taux de succès peut aider à repérer un certain nombre de problèmes susceptibles de survenir au moment de l'entrée sur le marché du travail. Par exemple, une augmentation du taux d'échec à l'examen requis pour l'octroi de l'autorisation d'exercer peut révéler des insuffisances des programmes de formation ou des examens qui ne sont plus adaptés aux changements et aux innovations intervenus dans la pratique clinique. Il convient peut-être aussi de se demander si les critères de contrôle de la qualité appliqués par le gouvernement correspondent à ceux des établissements de formation et des associations professionnelles. Dans certains cas, des diplômés ayant réussi des tests d'aptitude dans leur établissement de formation échouent à l'examen imposé par l'association professionnelle pour la délivrance du titre, ce qui révèle une inadéquation entre les niveaux d'aptitude requis par l'établissement de formation et par l'association. Ceci illustre la nécessité de définir et d'utiliser des normes communes dans un pays et d'adapter les programmes de formation aux besoins de connaissances et de compétences professionnelles.

Compte tenu de l'augmentation attendue à l'échelle mondiale de la production de personnels de première ligne, qui sont plus souvent au bénéfice d'un titre que d'une autorisation d'exercer, comme par exemple les agents de santé communautaires et les infirmières auxiliaires, il est indispensable d'améliorer le suivi de la procédure de délivrance des titres. Cette augmentation sera due au fait que de nombreux pays confrontés à une pénurie extrême et une mauvaise répartition des prestataires de services de santé hautement qualifiés, en particulier du personnel médical et infirmier, envisagent ou choisissent de produire rapidement des quantités importantes de personnels moins qualifiés pour répondre aux besoins immédiats de services de santé de base des communautés mal desservies, c'est-à-dire principalement des communautés rurales. Puisque ces travailleurs sont souvent le premier point de contact avec le système officiel de soins de santé et qu'ils représentent par conséquent ce dernier à l'échelon de la communauté, il est extrêmement important de garantir la qualité de ces personnels par une procédure d'agrément fiable.

Pour les immigrants, les exigences habituellement requises pour l'octroi de l'agrément ou de la licence dans les pays d'accueil sont très variables. La plupart des pays exigent des diplômes délivrés par un établissement de formation reconnu par le pays d'accueil (par exemple un établissement dont le pays reconnaît qu'il satisfait aux normes d'assurance de la qualité de la Fédération mondiale d'Enseignement médical) et un agrément ou une licence professionnels délivrés par le pays d'enseignement. Il existe dans la plupart des pays des personnes spécialisées dans la délivrance des titres ou des autorisations d'exercer au sein de commissions médicales ou du ministère de la santé, qui peuvent fournir des données au sujet des travailleurs et de leurs antécédents professionnels. Certains pays ont rationalisé cette procédure et mis au point des procédures de reconnaissance réciproque des diplômes avec d'autres pays. L'une des caractéristiques propres aux personnels de santé immigrants est le problème des compétences linguistiques et culturelles. Certains pays exigent que les candidats à l'immigration passent un test d'aptitude dans la langue la plus utilisée pour les communications professionnelles au niveau national. Ils n'imposent en revanche que très peu ou pas d'exigences pour la connaissance des langues et de la culture locales, ce qui risque de dissuader les personnels de santé immigrés de demeurer dans les régions rurales. En outre, si un prestataire de services de santé ne parle pas la même langue que les patients, cela peut nuire à l'acceptabilité culturelle du système de santé et dissuader la population locale de se faire soigner et de suivre un traitement (*26*).

En tout état de cause, si le titre ou l'autorisation d'exercer peuvent attester de la qualité des agents de santé qui entrent, ils ne fournissent aucune garantie quant à la qualité des soins dispensés par ces derniers. La qualité de la prestation de services est en effet influencée par de nombreux facteurs tels que la charge de travail, la motivation, la supervision, les ressources disponibles (équipements, matériels, personnels d'appui) et la formation permanente.

4.2.7 Le recrutement sur le marché du travail

Il est indispensable de suivre le recrutement des professionnels de la santé récemment formés qui arrivent sur le marché national du travail afin de pouvoir remédier aux insuffisances du système d'embauche, recenser les lacunes éventuelles entre l'offre et la demande de professionnels de la santé et suivre les résultats de la planification des personnels de santé. Les politiques et les stratégies relatives à l'affectation des personnels de santé varient selon le contexte et la dynamique des systèmes de santé, des systèmes éducatifs et du marché du travail nationaux. Dans les pays où il n'existe que des établissements de formation gérés par le gouvernement et où le secteur privé offre peu d'emplois dans le domaine de la santé, le marché du travail de la santé est relativement simple ; le recrutement actif de travailleurs pour occuper des emplois liés à la santé n'est pas nécessaire du fait que tous les diplômés sont directement employés par l'État ou ne travaillent pas s'il n'y a pas de poste disponible. En revanche, lorsqu'il existe des établissements de formation et des établissements sanitaires privés, le marché du travail est plus complexe et nécessite un recrutement actif pour pourvoir les postes vacants.

Le rôle des pouvoirs publics consiste notamment à s'assurer que les procédures d'appel de candidatures et de recrutement soient aussi transparentes que possible et qu'elles soient mises en route au moment voulu. Les agents de santé devraient pouvoir se porter candidats pour certains postes bien précis et les critères de sélection devraient être clairs. Les gouvernements peuvent améliorer l'efficacité du marché du travail de la santé en installant des panneaux d'affichage aisément accessibles sur lesquels tous les employeurs et tous les demandeurs d'emploi puissent mettre une annonce. Dans certains contextes, les incitations (monétaires ou non) peuvent être utiles pour encourager les travailleurs à postuler dans les régions mal desservies. La mise en relations des établissements de formation et des employeurs potentiels est aussi une option qui permet aux étudiants de se faire une idée plus précise de leurs perspectives de carrière.

Pour les pays qui importent ou exportent des professionnels de la santé, les questions pertinentes sont : quelles sont les règles à suivre en matière de recrutement ? Quel est le nombre de professionnels de la santé qui émigrent chaque année ? L'État d'accueil doit-il rembourser à l'État d'origine une partie du coût de la formation de ces agents de santé qui a été financée par les deniers publics ? Comment ce recrutement doit-il se faire ? Par exemple, dans certains pays d'Afrique, des recruteurs pour les systèmes de santé étrangers ont été autorisés à tenir des stands lors des cérémonies de remise des diplômes en soins infirmiers et à recruter directement des infirmières (*27*).

4.3 Méthodes de mesure

À chacune des sections du cadre pour le suivi de l'entrée des professionnels de la santé dans la vie active correspond une série d'indicateurs de mesure. Le Tableau 4.1 présente une série d'indicateurs applicables à l'entrée des personnels de santé dans la vie professionnelle et des moyens de vérification possibles. Cette liste n'est aucunement exhaustive et des indicateurs supplémentaires peuvent s'avérer nécessaires. La question d'un ensemble minimum d'indicateurs essentiels est complexe et il peut y avoir des conflits de priorités entre le type de données nécessaires aux niveaux national et international. Tous les pays et toutes les régions ont une situation des RHS qui leur est propre et ils devront recueillir et analyser les informations nécessaires qui correspondent le mieux aux besoins, aux objectifs et aux cibles de leur système de santé (Encadré 4.1) (*28*). Tout au long de cette étude, il importe de garder à l'esprit la nécessité, dans la mesure du possible, de rassembler systématiquement, d'analyser et de mettre à profit les données recueillies par les procédures administratives nationales existantes (Encadré 4.2) (*12, 29*). Ce travail de compilation systématique peut ensuite être complété et validé par des études périodiques et spéciales et d'autres sources de statistiques habituelles (comme les recensements de population ou les études de main-d'oeuvre).

La section de ce cadre portant sur les capacités et la production des établissements de formation est celle pour laquelle sont proposés le plus grand nombre d'indicateurs. C'est aussi celle qui est le plus susceptible de changements à court terme suite aux mesures politiques ou programmatiques prévues. Un indicateur d'entrée que chaque pays devrait systématiquement mesurer, analyser et diffuser, est la production annuelle (ou le nombre de diplômés) des établissements de formation aux professions de la santé (voir Encadré 4.3) (*11*). Cet indicateur regroupe de multiples données, en fonction du nombre de professions représentées dans le système de santé. Le nombre et le type d'agents de santé récemment formés est important à la fois pour les pays qui ont besoin d'une production accrue de personnels de santé dans toutes les professions, pour ceux qui ont besoin d'une formation accrue de personnels aptes à travailler dans les zones rurales et mal desservies et pour les pays d'accueil qui souhaitent l'autosuffisance nationale en matière du renouvellement des RHS.

Encadré 4.1 Exemple de définition de buts et de cibles pour la formation des ressources humaines en santé dans la Région des Amériques, 2007–2015

Un plan stratégique des RHS pour la Région des Amériques propose une série d'objectifs, de cibles et d'indicateurs que pourraient se fixer les pays de la Région dans plusieurs formations. S'agissant de l'objectif qui consiste à « adapter l'éducation des agents de santé en vertu d'un modèle universel et équitable de prestation de soins de qualité pour répondre aux besoins de santé de la population entière », des critères spécifiques ont été définis pour 2015 :

- 80 % des écoles de sciences sanitaires cliniques auront réorienté leur éducation vers les soins de santé primaires et les besoins en santé communautaire et auront adopté des stratégies de formation interprofessionnelle ;
- 80 % des écoles de sciences sanitaires cliniques auront adopté des programmes spécifiques pour recruter et former des étudiants de groupes peu desservis en insistant, le cas échéant, sur les communautés autochtones ou de Premières Nations ;
- les taux d'abandon dans les écoles d'infirmiers et facultés de médecine ne dépasseront pas 20 % ;
- 70 % des écoles de sciences sanitaires cliniques et de santé publique seront homologuées par des organismes reconnus d'homologation.

Source : Organisation panaméricaine de la Santé (*28*).

Encadré 4.2 Quelques notes sur la collecte, le traitement et l'utilisation des données

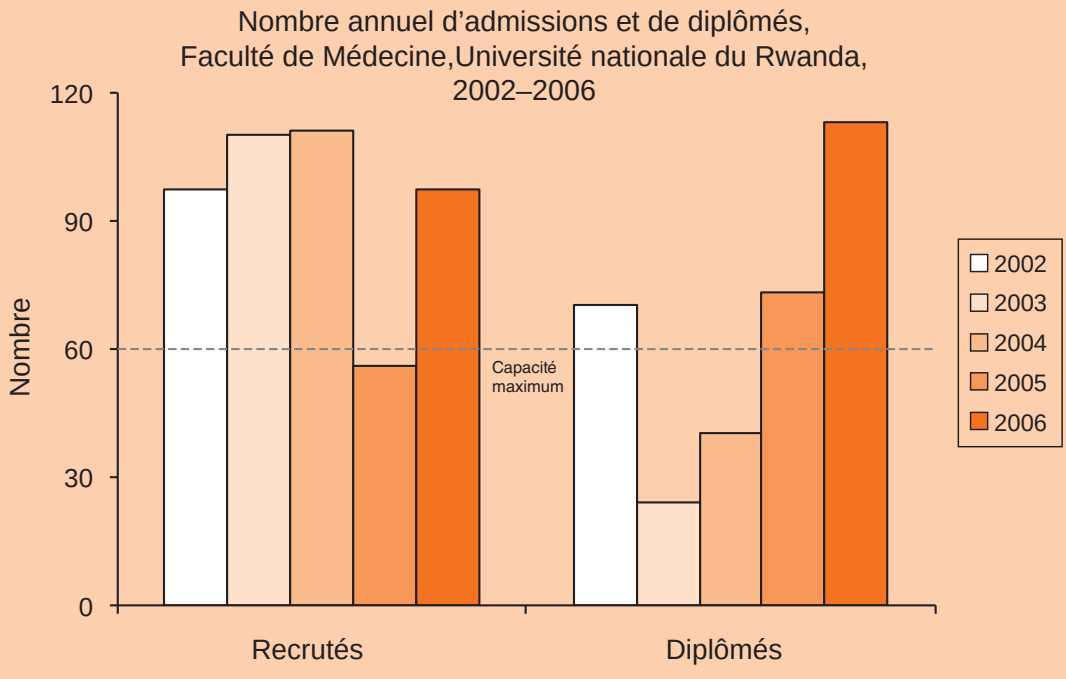
- En vue d'améliorer la collecte, le traitement, l'analyse et l'utilisation des données relatives à la production de RHS, il est recommandé de remplacer les dossiers administratifs et les registres sur papier par des systèmes de traitement électronique de l'information. Il faut pour cela mettre à disposition les ressources humaines, financières et techniques nécessaires pour l'élaboration et le renforcement du système d'information, afin de pouvoir recueillir des données à différents niveaux (éducation de base, formation professionnelle dispensée par les établissements et formation à caractère communautaire) pour suivre régulièrement les progrès enregistrés. Toutefois, dans certains cas, lorsque l'approvisionnement en électricité n'est pas continuellement assuré, qu'il y a beaucoup de poussière ambiante ou que l'accès à des services de dépannage informatique est impossible, un système d'archivage classique sur papier peut s'avérer préférable à un système informatique peu fiable.
- La comparabilité des données relatives à l'éducation des RHS à l'intérieur des pays et entre les pays, et sur la durée, peut être améliorée par la mise en place et l'utilisation de définitions et de classifications communes. Cela suppose que l'on s'inspire de la Classification internationale type de l'Éducation (*12*) (ou d'une autre classification équivalente au niveau national) pour la collecte, le traitement et la diffusion de données.
- Une autorisation spéciale peut s'avérer nécessaire pour accéder à certains types de données à des fins de recherche et de politique, comme les notes obtenues par les étudiants aux examens de qualification professionnelle ou par les établissements ayant obtenu un agrément. Seules les personnes qui en ont vraiment besoin devraient avoir accès aux dossiers individuels, et tous les identifiants (nom et numéro d'identification individuelle) devraient être effacés avant que ces dossiers ne soient distribués et utilisés à des fins d'analyse. Dans certains cas, il peut être recommandé de modifier le niveau de précision de certaines variables qui ne sont peut-être pas communes à plusieurs individus (par exemple l'âge, le lieu de résidence ou la spécialisation clinique) pour éviter que les individus puissent être reconnus de façon indirecte. On peut faire appel à diverses techniques pour rendre anonymes des microdonnées provenant de l'administration ou du sondage (comme celles qui ont été élaborées par le Réseau international d'enquêtes auprès des ménages (*29*).

Il importe que les définitions, les indicateurs et les mesures utilisés aux niveaux international et régional soient normalisés à des fins de comparaison entre plusieurs pays, pour faciliter le suivi des effectifs mondiaux des personnels de santé. Les mesures les plus courantes pour les entrées de personnels de santé dans la vie professionnelle sont la production de médecins, d'infirmières et de sages-femmes (*9*). Cela dit, des informations supplémentaires portant sur d'autres catégories de personnels de santé devraient être prises en considération pour refléter l'importance cruciale de toutes les ressources humaines dans les systèmes de santé : pharmaciens, agents de santé publique, agents de santé communautaires, entre autres. Comme on l'a vu au chapitre 2, en raison des différences qui existent entre les pays du point de vue des titres, des exigences de formation et des responsabilités, les données devraient être traitées et diffusées de manière à améliorer leur comparabilité entre les pays et dans la durée, notamment en s'inspirant de la Classification internationale type de l'Éducation.

Il convient de souligner aussi l'importance des informations relatives au budget et aux fonds consacrés par l'État à la formation professionnelle des personnels de santé. Ces données peuvent être utilisées pour évaluer le coût actuel de la production des agents de santé, et elles sont nécessaires pour planifier l'évolution de ce coût. Le fait d'associer des informations relatives aux dépenses avec des données relatives aux abandons en cours d'étude ou au taux de réussite des examens professionnels permet de repérer des systèmes de formation plus efficaces et d'améliorer ou d'éliminer les programmes dispendieux.

Les pays disposent déjà d'un grand nombre de données concernant la production de personnels de santé, mais elles sont souvent difficiles à consulter et à analyser. Elles sont généralement fragmentées, ne sont pas mises en commun et sont stockées sous une forme qui ne facilite pas les comparaisons avec les données provenant d'autres sources. Dans certains cas, les dossiers administratifs ne sont pas informatisés ou archivés, et les statistiques relatives aux diverses composantes de la production des RHS et de leur entrée sur le marché du travail ne sont pas systématiquement recueillies, mises à jour ou analysées. On peut aussi déplorer le fait que nombre de systèmes d'information ne contiennent que des données relatives au secteur public. Dans ces conditions, ces données ne peuvent être utiles aux politiciens et aux chercheurs que si le système d'information et de suivi est exhaustif, fiable, rapide, ce qui dépend du niveau de collaboration entre les principaux partenaires, et notamment les

Encadré 4.3 Exemple de données sur l'évolution des capacités, du recrutement et de la production des écoles de médecine : Rwanda, 2002–2006



Source : Dussault et al. (*11*).

Tableau 4.1 Principaux indicateurs et moyens de vérification pour mesurer l'entrée des professionnels de la santé dans la vie active

Indicateurs	Sources de données potentielles	Dimensions complémentaires
Ensemble des candidats admissibles à une formation dans le domaine de la santé		
• Nombre d'élèves ayant achevé leur scolarité primaire, par exemple exprimé en pourcentage du nombre total d'enfants du groupe d'âge correspondant à l'enseignement primaire • Nombre d'élèves qui ont obtenu un diplôme de fin d'études secondaires, par exemple exprimé en pourcentage du nombre total d'enfants du groupe d'âge correspondant à l'enseignement secondaire • Nombre et pourcentage d'élèves qui ont obtenu un diplôme de fin d'études secondaires en ayant choisi des options scientifiques (ou satisfait à d'autres exigences requises pour accéder à une formation dans le domaine de la santé)	Ce nombre devra être évalué de préférence en consultant les dossiers administratifs des établissements primaires et secondaires (ministère de l'éducation) ou en interrogeant les informateurs clés (par exemple les directeurs d'établissements de district). Les informations relatives au nombre total d'enfants du groupe d'âge qui correspond officiellement à l'enseignement primaire et à l'enseignement secondaire doivent être périodiquement validées par rapport à des données provenant d'une enquête de population ou autre source représentative à l'échelon national (bureau central de statistiques).	Données relatives aux candidats aptes à suivre une formation, si possible ventilées par âge, par sexe, par origine urbaine/rurale ou autres caractéristiques qui les disposeraient à travailler dans des communautés mal desservies. Des informations qualitatives supplémentaires peuvent être nécessaires concernant la qualité et la pertinence du programme d'enseignement des matières scientifiques dans le secondaire. D'autres informations seront peut-être aussi nécessaires concernant les critères requis pour suivre une formation de niveau inférieur (par exemple agents de santé communautaires).
Recrutement et sélection des étudiants		
• Nombre de candidats par établissement de formation et par profession • Nombre et pourcentage de candidats remplissant les conditions requises pour suivre une formation, par établissement et par profession • Nombre et pourcentage de candidats admis à suivre une formation, par profession • Nombre et pourcentage de candidats admis à suivre une formation qui s'inscrivent effectivement, par établissement et par profession	Ce nombre devra être évalué de préférence en consultant les dossiers administratifs des établissements de formation professionnelle (ministère de la santé, ministère de l'éducation), mais pourra aussi l'être par le biais d'une étude quantitative des établissements de formation ou en interrogeant les informateurs clés (par exemple directeurs de programmes de formation).	Données relatives aux candidats, si possible ventilées par âge, par sexe, par origine urbaine/rurale ou autres caractéristiques qui les disposeraient à travailler dans des communautés mal desservies. Des informations qualitatives supplémentaires peuvent être utiles concernant les stratégies de recrutement (en particulier ciblées sur certains groupes de population), raisons pour lesquelles des candidats n'ont pas été admis à suivre une formation et raisons pour lesquelles des candidats admis ne se sont pas inscrits.
Agrément des établissements de formation aux professions de la santé		
• Existence d'un organisme d'agrément des établissements de formation des professionnels de la santé • Nombre et pourcentage d'établissements de formation qui satisfont aux normes requises pour l'agrément et le réagrément	Peut être évalué par l'étude de documents (rapports d'évaluation) ou en interrogeant des informateurs clés (ministère de la santé ou de l'éducation, experts nationaux ou sous-régionaux des procédures d'agrément ou des normes applicables à l'enseignement).	Données sur les résultats d'agrément, de préférence ventilées par catégorie d'établissement (public/privé) et par Région. Des informations qualitatives supplémentaires peuvent être nécessaires concernant l'habilitation de l'organisme d'agrément et les ressources dont il dispose ainsi que sur les principaux obstacles à l'octroi de l'agrément (raisons pour lesquelles l'agrément n'a pas été accordé, critères non satisfaits les plus fréquents).

Suite...

Suite du tableau

Indicateurs	Sources de données potentielles	Dimensions complémentaires
Capacités et production des établissements de formation		
• Nombre de places de formation pour chaque profession • Nombre de places en laboratoire ou en internat par profession • Nombre d'étudiants par formateur qualifié, par profession • Nombre d'étudiants par ordinateur, par profession • Nombre d'ouvrages de bibliothèque et de revues par étudiant, par profession • Taux d'abandon par cohorte d'étudiants, par profession • Taux de rotation des formateurs, par profession • Nombre d'étudiants diplômés chaque année, par profession • Dépenses administratives pour la formation professionnelle, par profession • Dépenses privées pour la formation professionnelle, par profession • Coût total de la formation professionnelle, par diplômé et par profession	Les indicateurs relatifs aux capacités et à la production en matière de formation devront de préférence être évalués en consultant les dossiers administratifs des établissements de formation de professionnels de la santé (ministère de la santé ou de l'éducation) mais pourront aussi l'être par le biais d'une étude quantitative des établissements de formation. Les données relatives aux dépenses publiques devront être obtenues de préférence du ministère des finances. Des données supplémentaires relatives au coût de la formation seront nécessaires pour tenir compte des dépenses privées (par exemple frais de scolarité, budget des établissements privés, enquêtes sur les dépenses des ménages).	Données sur la capacité de formation, les taux d'abandon, la production, les dépenses et les coûts, ventilées par catégorie d'établissement (public/privé) et par Région. Les données relatives aux diplômés devraient être ventilées par âge, par sexe et par origine urbaine/rurale ou autres caractéristiques sociodémographiques. Des données qualitatives supplémentaires seront peut-être nécessaires sur les principales entraves à la capacité de formation (au niveau du recrutement, des qualifications ou de la fidélisation des formateurs), sur les avis concernant l'accès aux environnements cliniques et à d'autres ressources, les perspectives de carrière escomptées (tant par les formateurs que par les étudiants), les programmes d'encadrement et d'orientation professionnelle pour les étudiants et les raisons des abandons (échec, changement d'orientation professionnelle, migration).
Immigration de personnels de santé qualifiés		
• Nombre d'agents de santé étrangers qui demandent un visa d'entrée, par profession • Nombre de visas d'entrée accordés à des agents de santé étrangers, par profession	Ce nombre devra être évalué de préférence en consultant les dossiers administratifs des établissements primaires et secondaires (ministère des affaires étrangères).	Les données relatives aux immigrants devraient être de préférence ventilées par âge, par sexe et par pays d'origine. Des données supplémentaires de suivi pourraient être utiles, notamment en ce qui concerne le type d'emploi pour lequel ils ont postulé (zone urbaine/rurale) et la durée prévue du séjour dans le pays de destination. Des informations qualitatives seront peut-être aussi nécessaires sur les programmes spéciaux de visas pour les agents de santé qualifiés et sur les accords bilatéraux de migration contrôlée.
Octroi de titres ou d'autorisations d'exercer aux prestataires de services de santé		
• Nombre et pourcentage d'étudiants qui viennent d'achever leur formation d'agents de santé dans le pays, ayant obtenu un titre/une autorisation d'exercer, par profession • Nombre et pourcentage d'étudiants qui viennent d'achever leur formation d'agents de santé à l'étranger, ayant obtenu un titre/une autorisation d'exercer, par profession	Ce nombre devra être évalué de préférence en consultant les dossiers administratifs (associations professionnelles)	Des informations qualitatives supplémentaires seront peut-être nécessaires concernant les principales raisons de l'échec de la procédure d'octroi d'un titre/d'une autorisation d'exercer.
Recrutement sur le marché du travail		
• Existence de panneaux d'affichage pour faciliter le recrutement d'étudiants qui viennent d'achever leur formation d'agents de santé • Nombre de jeunes diplômés qui trouvent un emploi dans le secteur de la santé dans les trois mois (ou dans un autre délai), par profession • Nombre de jeunes diplômés ou de professionnels de la santé titulaires d'une autorisation d'exercer qui quittent le marché du travail de la santé (chômage, migration, choix de cesser de travailler ou de travailler dans un autre secteur que la santé), par profession	Ce nombre devra être évalué de préférence en consultant les dossiers administratifs (ministère de la santé, du travail ou des affaires étrangères, associations professionnelles, associations de prestataires privés). Les informations relatives à l'activité professionnelle des agents de santé devraient être périodiquement validées au regard des données provenant d'une enquête nationale sur la population active.	Les données sur les nouveaux arrivants sur le marché du travail de la santé devront être de préférence ventilées par âge, par sexe et par lieu de travail : zone urbaine/rurale, et secteur public/privé. Des informations qualitatives supplémentaires seront peut-être nécessaires concernant la réglementation et les pratiques en vigueur pour le recrutement interne et externe, notamment sur la transparence des décisions des pouvoirs publics, les avantages pour inciter les gens à travailler dans les zones rurales et le respect des principes d'éthique dans le recrutement de travailleurs étrangers.

ministères de la santé, de l'éducation et des finances, les divers établissements de formation, les associations professionnelles et le secteur privé (par exemple les associations de prestataires privés et les organisations non gouvernementales ou confessionnelles qui dispensent des services de santé). Idéalement, le système d'information devrait être caractérisé par l'utilisation de numéros personnels d'identification qui permettent de suivre la trace de chaque professionnel de la santé depuis le début de sa formation professionnelle et tout au long de sa carrière. Nous reviendrons sur cette question au chapitre 9.

L'entrée des personnels de santé dans la vie professionnelle peut revêtir une grande importance pour les décideurs. Par le biais des critères d'admission aux programmes de formation et des procédures d'agrément et de réglementation, les acteurs politiques négocient leurs intérêts respectifs. Dans un grand nombre de pays à revenu faible et intermédiaire, les professionnels de la santé, et en particulier les médecins et les infirmières, font partie des catégories de personnels les plus respectés, les mieux rémunérés et les plus recherchés. Un grand nombre de partenaires surveillent attentivement l'entrée sur le marché du travail des personnels de santé. Si les intérêts des partenaires ne sont pas compris et pris en compte, les efforts de réforme du marché du travail de la santé peuvent être mal acceptés. En outre, dans bien des pays, c'est la taille du vivier de candidats remplissant les conditions d'admission aux établissements de formation aux professions de la santé qui freine le recrutement des étudiants, et la recherche de solutions provisoires conduit à l'adoption d'expédients pour développer les effectifs de professionnels de la santé, comme le recrutement de bénévoles ou l'importation d'agents de santé étrangers. Une autre question sensible est la répartition des tâches entre les différentes professions au sein d'une équipe de soignants – par exemple pour décider qui peut prescrire des médicaments ou pratiquer une césarienne – ou la création de nouvelles professions comme les praticiens paramédicaux (qu'on appelle aussi médecins assistants ou techniciens de chirurgie) ou les agents de santé communautaires, qui sont généralement mal acceptés par les professions bien établies. Dans certains contextes, les nouveaux arrivants sur le marché du travail de la santé peuvent aussi être à l'origine de changements culturels et sociaux, comme une augmentation de la proportion de femmes ou d'étudiants issus de communautés rurales ou mal desservies qui suivent une formation professionnelle dans le secteur de la santé.

4.4 Résumé et conclusions

Ainsi que nous l'avons expliqué dans le présent chapitre, des données précises relatives à l'entrée sur le marché du travail de la santé doivent être disponibles en temps opportun pour que la planification et la gestion des systèmes de santé puissent reposer sur des bases factuelles. Pendant la phase de mise en oeuvre des plans et des stratégies nationaux relatifs aux RHS, il convient de contrôler, de gérer et d'ajuster au besoin les politiques et les interventions. L'évolution de la situation économique peut engendrer des changements rapides sur les marchés du travail et de la formation, qui auront des répercussions positives ou négatives sur la qualité des candidats à un emploi dans le secteur de la santé. La taille et la structure de la population, les courants d'immigration et la charge de morbidité peuvent aussi varier, nécessitant une adaptation des programmes de formation ou des effectifs ou encore de l'éventail des qualifications du personnel de santé. Tous ces changements doivent être pris en considération dans l'élaboration des politiques. Les acteurs du secteur de la santé doivent suivre activement la situation afin de pouvoir s'adapter à tous les changements et d'être à même d'évaluer le succès des interventions.

Il convient de recueillir des données sur les sept composantes du processus de production de personnel de santé, qui sont : i) l'ensemble des candidats admissibles à une formation dans le domaine de la santé ; ii) le recrutement et la sélection des étudiants ; iii) l'agrément des établissements de formation aux professions de la santé ; iv) les capacités et la production des établissements de formation ; v) l'immigration de personnels de santé qualifiés dans le pays ; vi) l'octroi de titres et d'autorisations d'exercer aux prestataires de services de santé (formés dans le pays ou à l'étranger) ; et vii) le recrutement sur le marché du travail. Ainsi, pour mesurer et suivre le processus d'entrée, il faut disposer d'informations détaillées sur l'éducation et la formation à différents niveaux, y compris à celui de l'enseignement élémentaire.

Il appartient aux décideurs d'analyser les données pertinentes et de formuler des politiques relatives à chacune de ces composantes. La collecte, l'analyse et la prise en compte de ces données sont des activités qui incombent en permanence au ministère de la santé (ou à un autre organisme mandaté par le gouvernement à cet effet). À certaines étapes décisives de la planification et du suivi des RHS, il peut s'avérer nécessaire de réaliser des enquêtes ou des études spéciales pour valider ou rassembler des données supplémentaires qu'il n'est pas possible de recueillir par les méthodes habituelles. Il importe que le ministère de la santé collabore avec d'autres ministres responsables, des établissements d'enseignement et de formation et d'autres partenaires pour faire en sorte que le pays puisse compter avec les effectifs nécessaires de personnel de santé dûment formé.

Bibliographie

1. Pan American Health Organization. *Public health in the Americas: conceptual renewal, performance assessment and bases for action.* Washington, DC, Organisation panaméricaine de la Santé/ Organisation mondiale de la Santé, 2002.
2. Dunbabin J, Levitt L. Rural origin and rural medical exposure : their impact on the rural and remote medical workforce in Australia. *Rural and Remote Health,* 2003, 3:212 (http://www.rrh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=212, consulté le 12 janvier 2009).
3. Dussault G, Franceschini MC. Not enough there, too many here : understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Human Resources for Health,* 2006, 4:12 (http://www.human-resources-health.com/content/4/1/12, consulté le 11 janvier 2009).
4. Serneels P, Lindelow M, Montalvo JG, Barr A. For public service or money : understanding geographical imbalances in the health workforce. *Health Policy and Planning,* 2007, 22(3):128-138.
5. Wibulpolprasert S. Inequitable distribution of doctors : can it be solved? *Human Resources Development Journal,* 1999, 3:1 (http://www.who.int/hrh/en/HRDJ_3_1_02.pdf, consulté le 12 janvier 2009).
6. Wang L. A comparison of metropolitan and rural medical schools in China: which schools provide rural physicians? *Australian Journal of Rural Health,* 2002, 10:94-98.
7. Salafsky B, Glasser M, Ha J. Addressing issues of maldistribution of health care workers. *Annals of the Academy of Medicine Singapore,* 2005, 34(8):520-525 (http://www.annals.edu.sg/pdf/34VolNo8200509/V34N8p520.pdf, consulté le 12 janvier 2009).
8. Smucny J, Beatty P, Grant W et al. An evaluation of the rural medical education program of the State University of New York Upstate Medical University, 1990-2003. *Academic Medicine,* 2005, 80(8):733-738.
9. *Rapport sur la santé dans le monde, 2006 – Travailler ensemble pour la santé.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006 (http://www.who.int/whr/2006/fr/index.html, consulté le 10 janvier 2009).
10. Allen MK, Ceolin R, Ouellette S et al. *Éducation des travailleurs de la santé : un portrait statistique, 2000 à 2004.* Ottawa, Statistics Canada, 2007 (http://www.statcan.gc.ca/pub/81–595-m/81–595-m2007049-fra.pdf, consulté le 13 janvier 2009).
11. Dussault G, Codjia L, Kantengwga K, Tulenko K. Assessing the capacity to produce health personnel in Rwanda. *Leadership in Health Services*, 2008, 21(4):290-306 (http://www.emeraldinsight.com/10.1108/17511870810910092, consulté le 13 janvier 2009).
12. *Classification internationale type de l'Éducation : CITE 1997.* Paris, Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture (http://www.uis.unesco.org/TEMPLATE/pdf/isced/ISCED_F.pdf, consulté le 10 janvier 2009).
13. Bryant NH, ed. *Women in nursing in Islamic countries.* Oxford, Oxford University Press, 2003.
14. Ozden C. *Migration of nurses and physicians from Ghana.* World Bank Working Paper. Washington, DC, World Bank, 2008.
15. Hennen, B. L'imputabilité sociale en éducation médicale. *Canadian Medical Association Journal*, 1997, 156(3):365-367 (http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1226958&blobtype=pdf, consulté le 13 janvier 2009). Voir résumé en français : http://ecmaj.ca/cgi/reprint/156/3/365.pdf.
16. Boelen C. Building a socially accountable health professions school: towards unity for health. *Education for Health*, 2004, 17(2):223–231.
17. Karle H and World Federation for Medical Education Executive Council. International recognition of basic medical education programmes. *Medical Education*, 2008, 42(1):12–17.
18. Beciu H, personal communication. Washington, DC, Banque mondiale, 2008.
19. Aluwihare APR. Physician migration : donor country impact. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2005, 25(1):15–21.
20. Bach S. *International migration of health workers: labour and social issues.* Sectoral Activities Programme Working Paper No. 29. Genève, Bureau international du Travail, 2001 (http://www.ilo.ch/public/english/dialogue/sector/papers/health/wp209.pdf, consulté le 13 janvier 2009).
21. Lorenzo FME, Galvez-Tan J, Icamina K, Javier L. Nurse migration from a source country perspective : Philippine country case study. *Health Services Research*, 2007, 42(3p2):1406–1418.
22. Brush B, Sochalski J. International nurse migration: lessons from the Philippines. *Policy, Politics, and Nursing Practice*, 2007, 8(1):37–46.
23. *Le recrutement déontologique des infirmières.* Genève, Conseil international des Infirmières, 2001 (http://www.icn.ch/psrecruit01f.htm).
24. *Prise de position de l'Association médicale mondiale sur les directives éthiques pour le recrutement des médecins au niveau international.* Ferney-Voltaire, Association médicale mondiale, 2003 (http://www.wma.net/e/policy/e14.htm).
25. Schuwirth L. The need for national licensing examinations. *Medical Education*, 2007, 41(11):1022-1023.

26. Shengelia B, Tandon A, Adams OB, Murray CJL. Access, utilization, quality, and effective coverage: an integrated conceptual framework and measurement strategy. *Social Science and Medicine*, 2005, 61(1):97-109.

27. Xu Y, Zhang J. One size doesn't fit all: ethics of international nurse recruitment from the conceptual framework of stakeholder interests. *Nursing Ethics*, 2005, 12(6):571-581.

28. Organisation panaméricaine de la Santé. *Cibles régionales en matière de ressources humaines en santé 2007-2015*. Washington, DC, Organisation panaméricaine de la Santé et Organisation mondiale de la Santé, 2007 (http://www.paho.org/french/gov/csp/csp27–10-f.pdf, consulté le 12 janvier 2009).

29. International Household Survey Network (http://www.internationalsurveynetwork.org/home/, consulté le 13 janvier 2009).

5 Suivi des mouvements internes et des départs des personnels

PASCAL ZURN, KHASSOUM DIALLO, YOHANNES KINFU

5.1 Introduction

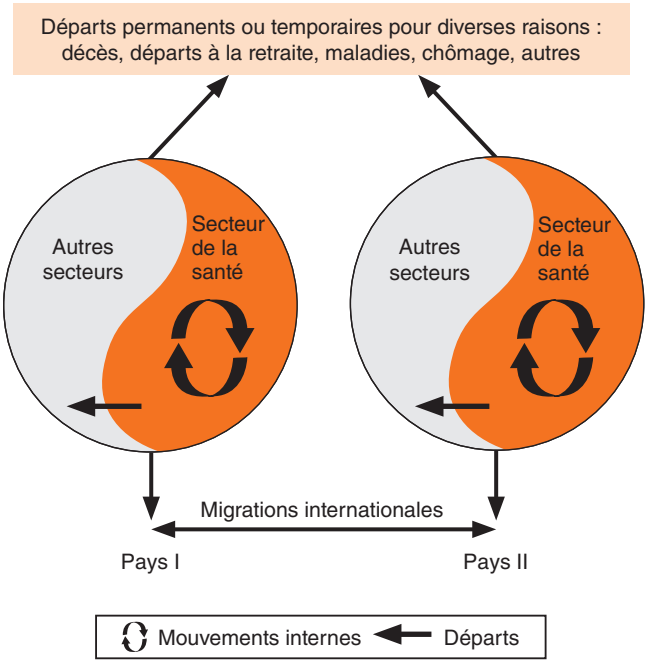
Dans son *Rapport sur la santé dans le monde, 2006*, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a appelé l'attention de la communauté mondiale sur la crise que traversent actuellement les ressources humaines pour la santé (RHS), qui se manifeste par une pénurie d'effectifs et un déséquilibre dans la répartition des personnels de santé et sur les répercussions négatives de cette crise sur la performance des systèmes de santé et sur la capacité des pays à promouvoir et renforcer la santé de leur population (*1*). La crise des RHS a plusieurs causes et plusieurs conséquences. Dans bon nombre de pays à revenu faible ou intermédiaire, outre le fait que les investissements dans la formation et le perfectionnement professionnels ont été et sont encore insuffisants, les principaux facteurs à l'origine de la crise sont les migrations internationales d'agents de santé qualifiés et le départ prématuré des personnels de santé qui changent d'orientation professionnelle, prennent une retraite anticipée, sont atteints d'une maladie incapacitante ou meurent prématurément. Bien souvent, toutefois, par méconnaissance de la dynamique des mouvements internes et des départs de personnels de santé, les gouvernements et les partenaires ont des difficultés à concevoir et mettre en place des mesures efficaces, équitables et d'un bon rapport coût/efficacité pour éviter les départs de personnels. Ces difficultés s'expliquent en partie par l'absence de données précises et actualisées sur les entrées et les sorties de personnels de santé ainsi que l'absence d'indicateurs normalisés largement acceptés associés à la mesure des flux de personnels.

Les deux dimensions habituellement prises en compte pour la métrologie des personnels de santé sont : les effectifs actuels de personnels de santé (le nombre de personnes en activité sur le marché du travail dans le domaine de la santé à un moment donné) et le nombre de prestataires de services de santé récemment formés (nombre d'étudiants ayant achevé avec succès une formation professionnelle dans le domaine de la santé sur une période donnée). Ces deux aspects sont traités respectivement aux chapitres 3 et 4 du présent manuel. Cela dit, pour bien comprendre la dynamique des mouvements des personnels de santé, il faut s'intéresser non seulement aux personnels de santé récemment entrés dans la vie active et aux effectifs actuels de ces personnels, mais aussi aux mouvements internes et aux départs de ces derniers. Le présent chapitre définit un cadre pour le recensement et l'analyse des principaux mouvements internes des personnels de santé ainsi que des raisons qui les incitent à cesser leur activité, propose une série d'indicateurs susceptibles d'être mesurés à partir des sources statistiques habituelles et précise quelles sont les données nécessaires à cette fin. Il passe en outre en revue des exemples tirés de plusieurs contextes et analyse dans quelle mesure les caractéristiques observées influent sur la politique et la planification.

5.2 Cadre pour l'analyse des mouvements internes et des départs des personnels de santé

Afin de disposer d'une offre de personnel suffisante pour répondre aux besoins sanitaires de la population, il faut commencer par mettre l'accent sur la formation et l'affectation d'agents de santé qualifiés. Lorsqu'ils entrent en activité dans le secteur de la santé, ces derniers passent par différentes étapes tout au long de leur vie professionnelle. Un nombre croissant d'études constate que le taux de rotation des effectifs est directement influencé par le faible niveau de rémunération, les conditions de travail défavorables (équipement médical insuffisant et sécurité au travail) et l'insatisfaction au travail (pour diverses raisons dont le manque d'autonomie et de possibilités de développement professionnel, et des horaires de travail trop contraignants), ce à quoi s'ajoutent des perspectives de carrière plus intéressantes offertes ailleurs et d'autres facteurs exogènes du système de santé national (notamment en ce qui concerne les conditions de vie et les possibilités éducatives pour les enfants) (*2–4*). Il faut aussi prendre en

Figure 5.1 Cadre pour l'analyse des mouvements internes et des départs des personnels de santé



considération la mobilité géographique des personnels de santé à l'intérieur du même pays et d'un pays à l'autre, la mobilité professionnelle à l'intérieur du secteur de la santé ou vers les autres secteurs et d'autres types de mouvement. Aux fins du présent chapitre, on distingue entre les « mouvements » au sein du secteur national de la santé (mobilité intrasectorielle) et les « départs » des personnels de santé qui immigrent vers d'autres secteurs (mobilité intersectorielle) ou vers un autre pays (migrations internationales). Ces différents mouvements sont reproduits dans la Figure 5.1.

Les mouvements de main-d'oeuvre au sein du secteur national de la santé peuvent recouvrir des changements d'habitudes de travail, d'affectations ou de postes. L'exode de personnels de santé des régions rurales et éloignées vers les régions urbaines plus peuplées, que l'on qualifie de mobilité géographique, est sans doute la situation la plus courante. La mobilité intersectorielle (par exemple du secteur public au secteur privé) ou d'un type de lieu de travail à un autre (par exemple d'un centre de soins de santé primaires à un hôpital d'un niveau tertiaire) est aussi importante. Compte tenu de l'importance sociale et politique d'assurer un accès universel à des services de santé essentiels et abordables, et notamment de renforcer les soins de santé primaires, il est fondamental que les décideurs et les parties prenantes dans bon nombre de pays à revenu faible ou intermédiaire soient en mesure de suivre les mouvements de main-d'oeuvre.

Il convient de prendre aussi en considération les changements d'activité professionnelle : les personnels de santé se tournent parfois vers une autre profession de la santé, voire une toute autre activité professionnelle dans le secteur de la santé, bien souvent dans le cadre d'un plan de carrière, tels les prestataires de soins infirmiers promus administrateurs d'un service de soins infirmiers. Un exemple fort intéressant à cet égard, cité dans le chapitre 4, est le cas des médecins philippins qui suivent une formation en soins infirmiers pour avoir plus de chance de pouvoir immigrer dans un pays étranger. Dans certains contextes, l'exode de professionnels de la santé qui dispensaient des soins directs aux patients (et occupaient généralement des emplois faiblement rémunérés dans des établissements du secteur public) et qui préfèrent occuper des emplois d'administrateurs de projets dans le secteur non gouvernemental financé par des donateurs, qui est en pleine expansion (*5–6*), est un phénomène préoccupant. Certains professionnels de la santé peuvent être incités à modifier leur rythme de travail – passant par exemple d'un emploi à temps complet à un emploi à temps partiel – à la suite de changements intervenus dans leur vie privée ou dans la situation économique globale du pays. Il est indispensable de suivre ces tendances pour bien comprendre la dynamique des RHS dans chaque profession et d'une profession à l'autre, ainsi que les répercussions possibles de ces mouvements sur l'éventail des compétences de l'ensemble des personnels de santé et leur capacité à fournir des services de qualité.

Cela dit, il importe de garder à l'esprit que ces différents mouvements peuvent coexister et qu'un seul d'entre eux peut englober différents types de changement.

Par exemple le transfert d'une infirmière employée par un centre de santé du secteur public dans une zone rurale en tant qu'administrateur des services de soins infirmiers d'un établissement de santé privé dans la capitale recouvre à la fois à un changement professionnel, sectoriel, institutionnel et géographique.

En ce qui concerne les départs du système national de santé, il peut s'agir de départs volontaires ou involontaires, de nature permanente ou temporaire. Un départ est considéré comme temporaire lorsqu'un agent de santé est susceptible de réintégrer le système ultérieurement, en général dans un avenir proche. Les causes les plus fréquentes pour lesquelles des personnels de santé quittent la vie active à titre temporaire sont associées à une maternité ou des soins à un membre de la famille, une maladie ou autres raisons impérieuses, au chômage ou à la reprise d'études. La retraite, le décès, les incapacités chroniques et les migrations internationales sont des cas de départ « définitif » (même si un travailleur ayant pris une retraite prématurée ou ayant émigré peut toujours décider de revenir sur le marché national du travail de la santé).

5.3 Indicateurs et stratégies de mesures

Il est toujours difficile de mesurer et de suivre les mouvements internes et les départs de personnels de santé, et ce pour diverses raisons telles que : l'insuffisance des données nécessaires (des données fiables sur les migrations internationales ne sont disponibles dans pratiquement aucun pays, à une exception près) ; la sous-utilisation des données disponibles ; le fait que ces données ne sont pas désagrégées (du fait que les sources d'information ne font généralement aucune distinction entre les mouvements internes et les départs de personnels de santé, il est difficile de faire une estimation des indices pour chacun des indicateurs) ; et l'absence de normalisation des techniques de mesures (différentes méthodes peuvent être utilisées pour réaliser des estimations des divers indicateurs, ce qui complique ou empêche toute comparaison entre les sources d'information).

L'analyse des mouvements internes et des départs de personnels est notamment compliquée par le fait qu'il existe deux manières de mesurer les indicateurs les plus importants : en suivant tous les changements intervenus dans un groupe d'individus au cours d'une période donnée (analyse longitudinale) ou en observant la situation actuelle de tous les individus d'une population cible à un moment précis (analyse transversale). Ainsi, les mouvements de personnels à l'intérieur du service de la santé peuvent être évalués soit en comptant tous les départs de personnels cliniques qui sont passés du secteur public au secteur privé dans les cinq dernières années (ou le nombre de ceux qui sont restés à leur poste dans la section publique pendant la même période), soit en comparant les effectifs de personnels cliniques dans les secteurs public et privé à deux moments distincts à cinq années d'intervalle. En d'autres termes, pour mesurer les mouvements internes et les départs, il est possible d'utiliser des indicateurs portant sur les flux ou sur les effectifs. Les premiers sont habituellement exprimés en taux et les seconds en proportion ou ratios.[1]

C'est habituellement en fonction de la source d'information utilisée que l'on a recours à des indicateurs portant sur les flux ou sur les effectifs. Ainsi, pour bien comprendre la pleine complexité des divers types de départs et de mouvements internes, il faut analyser les données provenant de sources multiples. Le Tableau 5.1 présente un aperçu des sources de données potentielles qui peuvent être utilisées pour mesurer divers indicateurs des mouvements internes et des départs. Comme on le voit, aucune source ne permet d'obtenir toutes les informations nécessaires. En utilisant parallèlement plusieurs techniques de collecte de données, y compris des recensements démographiques, des enquêtes auprès de la population active et autres enquêtes auprès des ménages, des évaluations dans des établissements de santé, des registres administratifs et des études quantitatives ou qualitatives des RHS spécialisées, il est possible d'obtenir un tableau plus complet de la dynamique de ces mouvements de personnels. Un aperçu global des sources de statistiques courantes ainsi qu'une analyse des atouts et des limites de ces informations pour l'analyse des RHS sont présentés au chapitre 3.

Pour prendre un exemple, si l'on veut mesurer les changements d'activité professionnelle en se fondant sur les effectifs, il est possible d'utiliser des données provenant d'enquêtes réalisées auprès des personnels de santé pour calculer la proportion d'individus ayant suivi une formation dans une discipline du domaine de la santé dans un pays donné, qui travaillent actuellement dans un autre secteur (la date de ce changement d'activité n'ayant aucune importance). Ils est possible de mesurer la même dynamique à l'aide d'une stratégie

1 Le taux général de mouvements internes et de départs du personnel de santé peut être représenté à l'aide de la formule algébrique ci-après : $M_{ij}(t\,n)=\frac{T_{ij(t\,n)}}{W_i}$, où $M_{ij}(t\,n)$ représente la proportion de personnes ayant émigré de l'état d'origine i à l'état de destination j entre les périodes t et $t+n$; $T_{ij(t\,n)}$ représente le nombre observé de mouvements (départs ou mouvements internes) entre l'état i et l'état j entre les périodes t et $t+n$; et W_i l'effectif des personnels de santé dans l'état i au point médian.

Tableau 5.1 Sources potentielles de données relatives aux mouvements internes et aux départs des personnels de santé

Indicateurs	Sources de données potentielles	
	Mesures reposant sur les flux	Mesures reposant sur les effectifs
Indicateurs de mouvements internes		
• Changement de secteur (public/privé) • Changement d'affectation • Changement de régions/zone • Changement d'établissement • Changement d'horaire de travail (plein temps/temps partiel)	• Registres administratifs, y compris les registres du personnel et les registres de professionnels de la santé • Évaluations spéciales de RHS (étude longitudinale ou questions rétrospectives)	• Recensement démographique ou enquêtes sur la population active (comportant des questions relatives à l'activité professionnelle, le lieu de travail et les heures de travail) • Évaluation dans les établissements de santé (module relatif aux personnels)
Indicateurs relatifs aux départs		
• Chômage/perte d'emploi • Congés pour études ou formation complémentaire • Congés maternité ou pour soins à la famille • Congés maladie ou autre urgence • Émigration internationale • Retraite • Maladie chronique incapacitante • Décès	• Registres administratifs, tels que registres du personnel, registre des professionnels de la santé, registres de sécurité sociale • Évaluations spéciales de RHS (étude longitudinale ou questions rétrospectives) • Statistiques d'état civil	• Recensement démographique ou enquêtes sur la population active (comportant des questions relatives à la formation, à l'activité professionnelle, aux postes occupés, aux raisons de l'inactivité) • Évaluation dans les établissements de santé (module relatif aux personnels)

fondée sur les flux – par exemple pour calculer le taux annuel de changement d'activité professionnelle – en se fondant sur les registres de professionnels de la santé pour autant qu'ils soient continuellement mis à jour. On peut aussi calculer ces changements au moyen d'évaluations des RHS spécialement conçues pour recueillir des données concernant l'expérience professionnelle et de la trajectoire suivie par des professionnels de la santé, soit en interrogeant la même cohorte à intervalles réguliers pendant une certaine période, soit par des entretiens individuels approfondis portant sur l'activité professionnelle des personnes interrogées à un moment précis.

De même, le chômage parmi les professionnels de la santé qualifiés peut être exprimé de différentes manières selon la source d'information. Les données extraites du recensement ou des enquêtes de population relatives à la formation, à l'activité économique et aux raisons de l'inactivité des personnes interrogées peuvent être utilisées pour l'estimation des effectifs (par exemple le nombre de personnes actuellement en activité qui ont suivi une formation en vue d'exercer une profession dans le domaine de la santé par rapport au nombre total d'agents de santé qui exercent cette même profession). Les données régulièrement recueillies dans les registres des professionnels de la santé peuvent fournir des renseignements sur le nombre d'agents de santé qualifiés qui sont restés au chômage tout au long de l'année écoulée. Les évaluations dans les établissements de santé, qui comportent des modules sur la dotation en personnel, peuvent donner une idée de l'ampleur du problème d'après le nombre des prestataires des services de santé qui ont perdu leur emploi au cours de l'année écoulée. Ces résultats peuvent ensuite être analysés au moyen d'un cadre de surveillance et d'évaluation, par exemple pour évaluer l'évolution des tendances selon les régions ou par groupe professionnel.

Les déplacements à l'intérieur d'un même pays peuvent aussi être évalués de plusieurs manières. Une évaluation fondée sur les effectifs reposant sur des données provenant d'un recensement périodique peut par exemple s'attacher à comparer la densité du personnel de santé dans une région donnée au moment du recensement avec celle qui avait été relevée lors du recensement précédent. On peut aussi procéder à

une évaluation des flux en étudiant les registres administratifs destinés à faciliter la recherche des individus, de manière à calculer le nombre d'agents de santé qui ont quitté une région donnée pendant la période considérée. Une estimation des flux peut aussi être faite indirectement sur la base d'un recensement ou d'une enquête, à partir des indications fournies par les personnes interrogées sur le lieu de résidence dans lequel elles se trouvaient cinq à dix ans plus tôt (étant entendu qu'elles y occupaient le même emploi).

Il serait judicieux d'adopter la même méthode pour mesurer les flux migratoires d'un pays à l'autre. De fait, rares sont les pays qui disposent de données précises et actualisées sur le nombre de leurs ressortissants qui vivent ou émigrent à l'étranger. En raison des craintes exprimées à propos des conséquences néfastes des migrations de professionnels de la santé, en particulier des pays pauvres vers les pays riches, cette question figure désormais au centre des préoccupations politiques dans les domaines de la santé et du développement depuis quelques années (*1*). Cela dit, les éléments d'appréciation nécessaires pour suivre et évaluer ce phénomène font toujours défaut (*7, 8*). La plupart des analyses disponibles s'appuient principalement sur des chiffres obtenus indirectement, par extrapolation à partir de mesures réalisées et diffusées dans les pays de destination : i) estimations à partir des recensements du nombre de migrations définitives (par pays de naissance des professionnels de la santé qui travaillaient dans le pays de destination au moment du recensement, quel que soit l'endroit où ils ont été formés) ; ii) estimations à partir de registres du nombre de professionnels formés à l'étranger qui ont récemment obtenu le droit d'exercer leur profession (sans tenir compte des travailleurs qualifiés qui ne satisfont pas aux règles nationales de pratiques professionnelles) ; et iii) nombre de permis de séjour ou de travail délivrés à des étrangers sur la base de la profession qu'ils ont déclaré avoir occupée dans leur pays d'origine (sans tenir compte de la profession qu'ils exercent dans le pays de destination). Dans ce contexte, il est indispensable de pouvoir garantir la comparabilité de ces mesures – et notamment des définitions des activités professionnelles, des équivalences de formation et des règles de pratiques professionnelles entre les pays d'origine et les pays de destination.

Il est aussi très difficile de mesurer la mortalité des agents de santé, y compris dans les pays où la couverture des statistiques de l'état civil est très élevée ou totale. En effet, les chiffres de la mortalité par profession sont rarement présentés en tableaux ou ne sont pas communiqués. Là encore, la plupart des mesures disponibles sont obtenues par l'intermédiaire de techniques d'estimation indirectes comme la consultation des registres du personnel des établissements pour connaître le nombre de décès des personnes en activité ou en utilisant des tableaux types de mortalité prenant en considération les coefficients de survie par âge et par sexe, en les rapportant à la répartition démographique des personnels de santé en activité, pour estimer le nombre de décès prématurés.

Par contre, il est relativement aisé de mesurer les départs de professionnels de la santé pour cause de retraite. Ces chiffres peuvent bien souvent être relevés dans les registres du personnel ou de la sécurité sociale. En l'absence de données fiables émanant de sources administratives, il est toujours possible de se baser sur les recensements et enquêtes de population, pour autant qu'ils englobent des données relatives aux niveaux de formation atteints par domaine (ou à l'activité professionnelle précédemment occupée) et aux raisons de l'inactivité professionnelle. Dans bien des cas, l'âge légal de la retraite peut servir de mesure indirecte, si l'on part du principe que tous les agents de santé qui sont encore vivants, et dans le pays, prendront leur retraite à cet âge.

5.4 Analyses indicatives

Il est proposé dans la présente section d'analyser différents types de mouvements internes et de départs de personnels de santé dans divers contextes, en se fondant sur des méthodes et des sources de données différentes, ainsi qu'on l'a expliqué dans la section précédente.

5.4.1 Mouvements internes des personnels de santé

Comme on l'a déjà dit, il est possible de faire appel à différentes méthodes pour rassembler des informations sur les mouvements à l'intérieur du marché national du travail des personnels de santé selon la disponibilité des données, leur pertinence et leur qualité. Ainsi, une enquête spéciale sur les RHS réalisée à Sri Lanka auprès d'un échantillon d'agents de santé employés dans des établissements de santé de tout le pays a permis de recueillir des informations sur ces mouvements internes (*9*). Il ressort de leurs réponses aux questions rétrospectives, portant sur le lieu de leur précédent emploi, que la grande majorité (96 %) des agents de santé travaillant dans un hôpital du secteur public étaient déjà employés dans un établissement de ce type auparavant. S'agissant du personnel employé dans des hôpitaux privés, 62 % de ceux qui avaient travaillé ailleurs ont déclaré venir d'un hôpital public. Dans l'ensemble, moins de 0,5 % des répondants ont déclaré venir d'un secteur autre que celui de la santé.

Une autre enquête spéciale sur les RHS réalisée auLesotho a permis d'observer une plus grande mobilité professionnelle à l'intérieur du secteur de la santé chez le personnel médical que parmi le personnel infirmier. Le taux de changement de profession était particulièrement élevé chez les médecins spécialistes (16,7 %) et nettement plus faible pour les infirmières chef (4,4 %) (*10*).

Les registres professionnels et académiques représentent un autre moyen de mesurer et de suivre la mobilité professionnelle. Il est ainsi apparu qu'aux Philippines (probablement le principal exportateur de personnels infirmiers), plus de 4000 médecins figuraient parmi les étudiants ayant obtenu le diplôme national d'étude en soins infirmiers, soit environ 10 % de l'effectif du personnel médical dans le pays (*11*).

5.4.2 Migrations internationales

Il est rare que les départs de professionnels de la santé, qui partent à l'étranger, soient comptabilisés directement au niveau du pays. Certaines inférences peuvent être déduites des études qualitatives sur les intentions de migration. Selon les résultats d'enquêtes spéciales sur les RHS réalisées dans six pays d'Afrique, les professionnels de la santé sont particulièrement nombreux – de 26 % en Ouganda à 68 % au Zimbabwe – à se déclarer prêts à émigrer, en général vers les pays à revenu élevé d'Europe et d'Amérique du Nord, mais aussi vers d'autres pays d'Afrique (*12*). L'ampleur du phénomène peut aussi être évalué indirectement d'après le nombre d'autorisations d'exercer ayant fait l'objet d'une vérification par les autorités nationales de réglementation. En effet, les employeurs désireux de recruter des personnels infirmiers qui cherchent du travail à l'étranger peuvent exiger que leur autorisation d'exercer soit certifiée par le Conseil des Infirmières du pays d'origine. Au Kenya, les données communiquées par le Conseil national des Infirmières ont révélé que les États-Unis d'Amérique étaient le principal pays de destination pour les personnels infirmiers désireux de s'expatrier (*13*). Dans ces deux exemples, les données recueillies, qui peuvent être utiles pour mesurer les tendances générales, ne concernent que des intentions de migration et ne permettent pas de savoir avec certitude qu'un agent de santé a effectivement émigré (ou qu'il émigrera un jour).

Le moyen le plus répandu d'évaluer les taux de migration internationale consiste à examiner les données disponibles dans le pays de destination concernant les arrivées de travailleurs migrants par pays d'origine

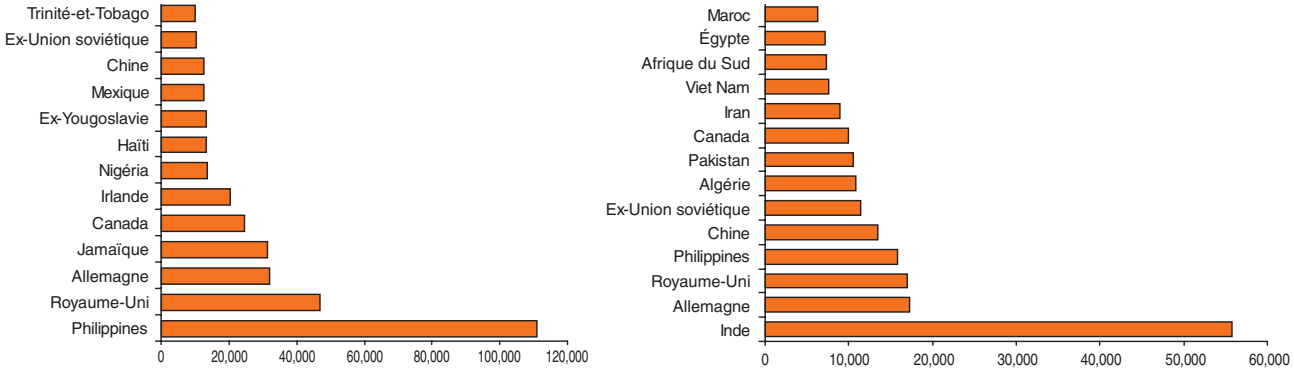
Tableau 5.2 Nombre annuel d'infirmières titulaires d'un diplôme étranger ayant obtenu l'autorisation d'exercer au Royaume-Uni, de 1998 à 2007 (principaux pays d'origine en dehors de l'Espace économique européen)

Pays de formation	Année de délivrance de l'autorisation d'exercer par le Royaume-Uni								
	1998/99	1999/00	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04	2004/05	2005/06	2006/07
Inde	30	96	289	994	1830	3073	3690	3551	2436
Philippines	52	1052	3396	7235	5593	4338	2521	1541	673
Australie	1335	1209	1046	1342	920	1326	981	751	299
Nigéria	179	208	347	432	509	511	466	381	258
Pakistan	3	13	44	207	172	140	205	200	154
Nepal	0	0	0	0	71	43	73	75	148
Zimbabwe	52	221	382	473	485	391	311	161	90
Chine	0	0	0	0	0	0	6	6	6
Nouvelle-Zélande	527	461	393	443	282	348	289	215	74
Ghana	40	74	140	195	254	354	272	154	66
Zambie	15	40	88	183	133	169	162	110	53
Afrique du Sud	599	1460	1086	2114	1368	1639	933	378	39
Kenya	19	29	50	155	152	146	99	41	37
Canada	196	130	89	79	52	89	88	75	31

Source : Nursing and Midwifery Council du Royaume-Uni (*14*).

0

Figure 5.2 Nombre d'infirmières et de médecins nés à l'étranger qui ont été recensés dans 24 pays de l'OCDE, classés par pays d'origine (données provenant de recensements de la population effectués autour de 2000)



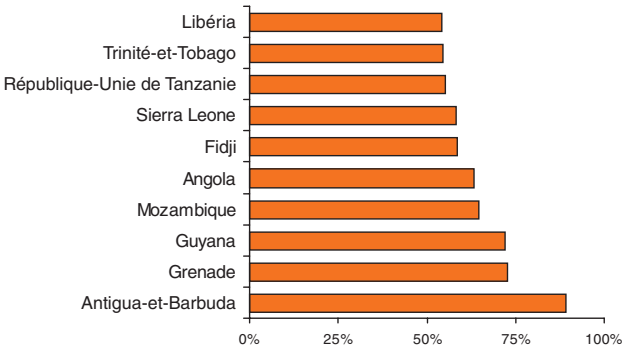
Source: Dumont et Zurn (*8*).

(données relatives à la naissance, à la citoyenneté ou à la formation professionnelle). Par exemple, les données consignées par le Nursing and Midwifery Council du Royaume-Uni (*14*) permettent une estimation de l'évolution des départs de personnels infirmiers depuis les pays d'origine (Tableau 5.2). Elles révèlent les changements importants intervenus entre 1998 et 2007 dans la distribution des personnels infirmiers au Royaume-Uni formés à l'étranger : alors qu'au début de la période d'observation ces derniers venaient principalement de pays à revenu élevé (Australie et Nouvelle-Zélande), on dénombre aujourd'hui de plus en plus d'infirmières venues de pays à revenu faible ou intermédiaire (comme l'Inde et les Philippines). Certains pays, comme le Népal et le Pakistan, qui n'exportaient quasiment pas de main-d'oeuvre vers le Royaume-Uni, sont devenus les principaux pays d'origine des travailleurs migrants. Les taux d'émigration dans certains pays d'Afrique ont atteint leur point culminant en 2002–2003, et en particulier en Afrique du Sud. Il convient en outre de noter que l'Afrique du Sud accueille aussi de nombreux professionnels de la santé étrangers qualifiés : selon des données provenant du Health Professions Council d'Afrique du Sud, un quart (24 %) des médecins agréés ont été formés dans un pays étranger (*15*).

Le fait de regrouper les données sur la migration pour les nombreux pays de destination permet d'avoir une idée plus générale de la situation. A cet égard, les données provenant de recensements de la population sont souvent fort utiles car les instruments utilisés pour ces recensements sont de plus en plus normalisés, ce qui permet des comparaisons internationales. La Figure 5.2 regroupe un certain nombre de résultats de divers recensements concernant des professionnels de la santé nés à l'étranger qui vivent dans 24 pays à revenu élevé de l'Organisation pour la Coopération et le Développement économiques (OCDE), notamment l'Australie, les États-Unis d'Amérique et le Royaume-Uni. Si les caractéristiques des migrations sont parfois très variables d'un pays à l'autre, une conclusion s'impose : les infirmières nées aux Philippines (environ 110 000 personnes) et les médecins nés en Inde (56 000) constituent la majeure partie des personnels de santé ayant immigré dans les pays de l'OCDE (dans lesquels ils représentent environ 15 % du total des effectifs) (*8*).

Si l'on élargit cette analyse en regroupant les données relatives aux immigrants dans les pays de destination et celles qui se rapportent aux personnels de santé en activité dans les pays d'origine, il est possible de se faire une idée plus précise de l'ampleur du phénomène des migrations internationales. Cette analyse est décrite à la Figure 5.3, dans laquelle les données

Figure 5.3 Estimation du taux d'émigration définitive des médecins nés dans certains pays non membres de l'OCDE, qui travaillaient dans des pays de l'OCDE au moment du recensement



Source: Dumont et Zurn (*8*).

provenant de recensements et concernant le nombre de médecins nés à l'étranger qui résidaient alors dans des pays de l'OCDE sont comparées aux statistiques officielles sur le personnel national pour les mêmes pays d'origine. Certains pays comme les petits états insulaires en développement de la région des Caraïbes et du Pacifique-Sud et certains pays d'Afrique subsaharienne, qui manquent cruellement de personnel médical, semblent particulièrement touchés par l'émigration. Ces pays connaissent des taux d'émigration définitive supérieurs à 50 % (ce qui signifie que le nombre de médecins nés dans ces pays qui travaillent dans la région de l'OCDE est égal à celui des médecins qui travaillent dans le pays) (*8*).

5.4.3 Départs de personnels de santé liés à la mortalité

Dans plusieurs pays d'Afrique australe, notamment lorsque la prévalence du VIH/sida est élevée, les décès deviennent la principale raison des départs de personnels de santé (*16*). Ces décès occasionnent non seulement la perte définitive de certains individus, mais aussi une augmentation temporaire de l'absentéisme des membres du personnel qui assistent aux enterrements. Cela dit, il n'existe pas de collecte systématique de données sur cette question. Rares sont les pays qui recueillent et diffusent des informations sur la mortalité par profession dans leurs statistiques d'état civil (lesquelles sont généralement la principale source d'information sur les décès et les naissances à l'échelon national).

Des instruments et des stratégies particuliers sont nécessaires pour mesurer et suivre l'importance et les effets des décès prématurés parmi les personnels de santé. Une étude pilote réalisée en Zambie dans deux hôpitaux s'est attachée à montrer l'évolution de la mortalité dans le temps à partir du nombre de décès d'infirmières enregistrés, rapporté au nombre d'années-personnes de service (*17*). D'après les résultats de cette étude, il semble que la mortalité ait plus que décuplé entre 1980 et 1991, passant de 2,0 à 26,7 pour 1000. Cette augmentation a été principalement attribuée au VIH.

L'estimation de la mortalité des personnels de santé ne peut bien souvent se faire que de façon indirecte à l'aide de tables types de mortalité et autres techniques de projection démographique et épidémiologique. Un exemple d'application de ces techniques dans le cas de 12 pays d'Afrique est présenté au Tableau 5.3. Les résultats ont été obtenus en divisant le nombre annuel projeté de décès prématurés parmi les personnels de santé en activité (en fonction des quotients de mortalité liés à l'âge et au sexe tirés des tables de mortalité nationales) par le nombre total d'agents de santé de référence (d'après les statistiques officielles de la main-d'oeuvre élaborées par l'OMS). Les décès prématurés ont été définis comme ceux qui surviennent avant l'âge de 60 ans. Globalement, l'on considère que chaque année ces pays perdent environ 2 % de leurs personnels médicaux, infirmiers et obstétricaux par suite de décès prématurés. Si l'on part de l'hypothèse que les caractéristiques de la mortalité parmi les personnels de santé sont les mêmes que parmi la population, on peut s'attendre que les taux estimatifs de mortalité soient moins élevés pour les personnels infirmiers et les sages-femmes que pour les personnels médicaux, du fait de la proportion plus élevée de femmes parmi ces premiers et pour lesquelles les taux de mortalité liés à l'âge sont généralement plus faibles que pour leurs homologues masculins.

Tableau 5.3 Estimations des pertes annuelles résultant de la mortalité avant l'âge de 60 ans parmi les agents de santé dans un certain nombre de pays de la Région OMS de l'Afrique, sur la base d'une analyse des tables de mortalité

Pays	Nombre de décès prématurés pour 1000 agents	
	Médecins	Personnels infirmiers et sages-femmes
Côte d'Ivoire	25	21
Éthiopie	23	19
Kenya	25	22
Libéria	23	20
Madagascar	23	23
Ouganda	24	20
République centrafricaine	21	20
République démocratique du Congo	25	19
République-Unie de Tanzanie	26	22
Rwanda	26	22
Sierra Leone	24	22
Zambie	28	22
Total	**24**	**21**

Source : Estimations réalisées par les auteurs.

5.4.4 Départs de personnels de santé pour cause de retraite ou d'autres raisons

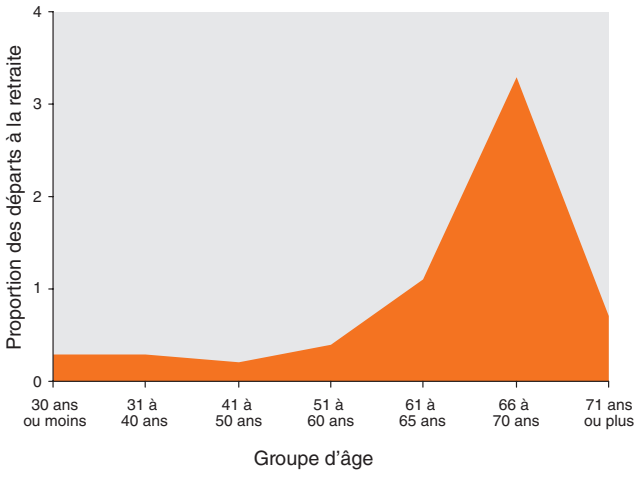
En règle générale, trois catégories de données permettent d'avoir une idée du nombre de personnels de santé qui prennent leur retraite : i) les départs à la retraite qui sont consignés dans les livres de paie, lesregistres de sécurité sociale ou les registres du personnel ; ii) le nombre de retraités parmi les personnesayant suivi une formation en vue d'exercer une profession de la santé, qui est comptabilisé dans un recensement ou une enquête de population ; et iii) à défaut de mesures directes, les données provenant d'études qualitatives portant sur les intentions de départs à la retraite des personnels de santé. Les données relatives aux départs à la retraite sont habituellement rapportées à la répartition par âge de la population active dans des modèles de projection de l'offre de personnels de santé.

Quelle que soit la source d'information, le principal obstacle rencontré si l'on veut suivre l'évolution des départs à la retraite des personnels de santé est l'absence de définition universelle du terme « retraite ». Dans certaines études, la retraite est considérée comme la période qui suit immédiatement l'exercice d'une activité rémunérée ou la période de la vie qui commence à partir d'un certain âge. Au Canada, par exemple, du fait qu'il n'existe pas d'âge légal de la retraite dans bien des endroits du pays, l'Association médicale canadienne considère comme « retraité » tout médecin qui quitte la profession médicale, quels que soient son âge et le motif de son départ (*18*). Ainsi, comme on peut le voir à la Figure 5.4, les professionnels de 30 ans peuvent être considérés comme des retraités.

Dans la plupart des bases de données sur les RHS aucune distinction n'est faite entre les décès, les départs à la retraite ou les départs temporaires ou définitifs motivés par d'autres raisons. S'agissant des départs temporaires, des études spéciales sur l'absentéisme comportant des inspections inopinées permettent parfois de recueillir des données sur la proportion de praticiens rattachés à un établissement de santé qui n'étaient pas à leur poste. Une étude de ce type réalisée au Bangladesh a permis de constater que plus d'un tiers (35 %) des agents de santé avaient quitté temporairement leur poste le jour de la visite (absences justifiées ou non). La proximité du domicile, le coût d'opportunité du temps de travail de l'agent de santé et d'autres indicateurs des conditions socio-économiques générales (accès au réseau routier, électrification rurale) ont été recensés comme les principaux facteurs d'absentéisme (*19*).

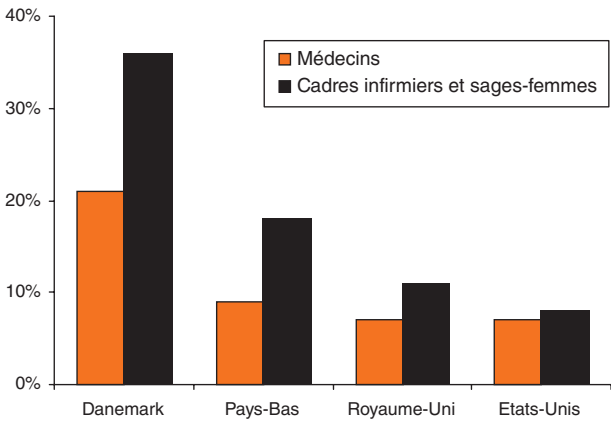
Certains départs à long terme peuvent être motivés par un changement d'activité professionnelle, en particulier pour occuper un emploi dans un autre secteur que celui de la santé. Les enquêtes sur la population active – qui portent sur tous les secteurs économiques d'un pays – peuvent fournir quelques éclaircissements à ce sujet, étant entendu que la comparabilité des données entre les pays et dans le temps dépend de la conception du questionnaire et de l'échantillonnage de la source originale. Par exemple, une analyse des données provenant d'enquêtes sur la population active conduites dans quatre pays a révélé d'importants écarts dans la proportion des personnes interrogées qui avaient déclaré occuper un emploi dans le domaine médical ou celui des soins infirmiers mais qui ne travaillaient pas dans un centre de santé (et par conséquent ne seraient

Figure 5.4 Proportion des médecins qui partent à la retraite par groupe d'âge selon le registre de l'Association médicale canadienne, Canada, 2005



Source: Pong, Lemire et Tepper (*18*).

Figure 5.5 Proportion de personnes interrogées ayant déclaré une profession liée à la santé mais qui ne travaillaient pas dans un établissement de santé au moment de l'enquête, dans quelques pays



Source: Gupta et al. (*20*).

probablement pas enregistrées dans les registres du personnel de santé ou les livres de paie des établissements) (Figure 5.5). La proportion la plus élevée a été relevée dans l'échantillon de l'étude danoise qui comprenait des personnes au chômage ou ayant repris des études au moment de l'enquête (*20*).

5.5 Conclusions : répercussions au niveau de la politique et de la planification

Nous avons passé en revue dans le présent chapitre l'état actuel des connaissances sur les moyens de mesurer et de suivre les mouvements internes et les départs de professionnels de la santé à des fins de politique et de planification. Une bonne compréhension de la dynamique de ces mouvements peut aider à repérer les déséquilibres dans la répartition des agents de santé, tant à l'intérieur des pays qu'entre ces derniers, et à mettre en place des mesures de fidélisation en vue de les inciter à rester ou à revenir là où leurs compétences et leurs services sont les plus nécessaires. On s'accorde aussi de plus en plus à reconnaître que pour conserver des effectifs suffisants afin de pouvoir atteindre les objectifs que s'est fixé le système de santé, il faut avant tout mettre l'accent sur la formation, le recrutement et la fidélisation de jeunes praticiens de la santé, tout en renforçant les investissements dans les personnels plus âgés. Dans ce contexte, il est indispensable de disposer des données nécessaires provenant des différentes sources et de s'en servir pour surveiller l'apparition des difficultés auxquelles peuvent être confrontés les RHS tout au long de leur vie professionnelle, et les résoudre.

Il importe de disposer d'informations sur les changements intervenus au sein des personnels de santé et d'anticiper les changements à venir de manière à faire des projections de l'évolution des effectifs, qui serviront de base à une planification des RHS fondée sur des bases factuelles et à l'adoption de décisions rationnelles. De par leur nature même, la plus grande partie des changements et des départs ne sont pas prévisibles (hormis peut-être la retraite) ; toutefois, ils doivent tous être pris en compte dans les stratégies nationales de développement des RHS. Bien que les mouvements internes des personnels de santé – qui optent pour un autre secteur d'activité professionnelle ou quittent les zones rurales pour des zones urbaines en demeurant dans le secteur de la santé – représentent souvent une importante dynamique dans la plupart des pays, on ne possède guère de données actualisées et fiables à ce sujet. Les pouvoirs publics et les décideurs ne peuvent bien souvent s'appuyer que sur des informations recueillies par le biais d'études spéciales sur les RHS (qui sont par nature peu fréquentes) ou d'évaluations périodiques à partir d'estimations de la situation actuelle fondées sur les observations à deux moments différents (et ils doivent ensuite procéder à des déductions concernant les flux qui sont intervenus entre ces deux estimations). En ce qui concerne les données relatives aux départs de personnels de santé qui quittent le marché du travail, c'est la plupart du temps en dehors du secteur de la santé, voire à l'extérieur du pays, qu'il faut se les procurer.

Bon nombre de pays ne disposent pas d'un véritable système de collectes de données relatives à la morbidité et à la mortalité parmi les personnels de santé, qui est indispensable pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles – et représente bien souvent l'un des principaux facteurs à l'origine de la réduction naturelle des effectifs dans le secteur de la santé. Il peut s'avérer utile par exemple de bien comprendre les causes de l'érosion des effectifs, de façon à améliorer les stratégies de prévention du VIH/sida et d'autres maladies parmi les personnels de santé, en vue de réduire la mortalité prématurée à long terme et d'assurer un traitement approprié aux agents de santé touchés par ces maladies pour leur permettre de travailler plus longtemps (*21*).

On peut déplorer aussi la pénurie de données sur le départ à la retraite des personnels de santé, qui devient un problème de plus en plus important en raison du vieillissement des effectifs à l'échelle mondiale. Il n'est pas judicieux de se fonder sur un âge donné (par exemple l'âge légal de la retraite) pour établir des projections du nombre de départs à la retraite du fait que l'on observe souvent des écarts importants en la matière dans la population active selon la profession et selon le sexe. Il est utile de bien connaître les taux de départs à la retraite pour pouvoir mieux planifier l'offre de personnels de santé à l'avenir et assouplir la réglementation du travail de façon à encourager les agents de santé à demeurer plus longtemps en activité. Au Royaume-Uni, par exemple, un projet de retraite flexible a été mis en place pour permettre aux médecins approchant de l'âge de la retraite de travailler à temps partiel tout en conservant leurs droits acquis en matière de pension (*22*).

Une solution intéressante pour accroître la capacité du système de santé serait de faire revenir les agents de santé qualifiés qui sont partis travailler dans d'autres secteurs ou n'occupent plus d'emploi. Il convient auparavant de déterminer la taille de ce réservoir potentiel de main-d'oeuvre afin d'évaluer l'opportunité et l'impact potentiel de cette initiative. Aux États-Unis d'Amérique, un sondage effectué en 2004 a révélé que près de 17 % des personnels infirmiers interrogés (environ 488 000

personnes), dont les noms figuraient dans les registres professionnels nationaux, n'exerçaient pas d'activité rémunérée dans le secteur des soins infirmiers (*23*). La plupart ayant dépassé l'âge de 50 ans n'étaient guère susceptibles de revenir sur le marché du travail, mais quelque 160 000 personnes âgées de moins de 50 ans pouvaient être amenées à reprendre une activité dans le domaine des soins infirmiers. Vu qu'il existe près de 116 000 postes vacants d'infirmières dans les hôpitaux des États-Unis (*24*), des mesures et des stratégies visant à inciter des infirmières qualifiées à reprendre une activité professionnelle pourraient s'avérer extrêmement rentables.

Les migrations internationales de professionnels de la santé des pays à revenu faible et intermédiaire vers des pays plus riches sont aussi un sujet de préoccupation croissante à l'échelon international. Les médecins et les infirmières représentent une faible proportion de l'ensemble des personnels qui émigrent, mais la perte de RHS pour les pays en développement peut compromettre la capacité de leur système de santé d'assurer l'équité dans la fourniture des services de santé (*25*). Bon nombre de pays développés qui recrutaient activement des agents de santé étrangers pour pallier la pénurie (réelle ou supposée) de personnels de santé admettent aujourd'hui la nécessité de prendre en compte les répercussions néfastes de cette émigration pour certains des principaux pays d'origine, notamment en Afrique subsaharienne (*26, 27*). L'une des solutions est que les pays d'accueil définissent des principes d'éthique pour le recrutement international de personnels de santé. Par exemple en 2001, le Département de la Santé du Royaume-Uni a adopté un code d'usage pour les employeurs du système national de santé en vue de prévenir le recrutement ciblé de personnels dans les pays en développement qui connaissent une grave pénurie de personnels de santé. S'il n'est pas possible d'évaluer avec précision les répercussions de cette initiative compte tenu des nombreux facteurs qui sont à l'origine des migrations de main-d'oeuvre, un certain ralentissement a toutefois été enregistré dans les flux migratoires des pays d'Afrique vers le Royaume-Uni depuis l'adoption de ce code (ainsi qu'on peut le constater plus haut, dans le Tableau 5.2).

Dans le même temps, il faut reconnaître que les mouvements et les migrations de personnels de santé sont bidirectionnels. Des agents de santé émigrent aussi des pays riches vers des pays pauvres, des zones urbaines vers des zones rurales, pour toutes sortes de raisons et par le truchement de plusieurs mécanismes, mais ces déplacements concernent des effectifs beaucoup plus restreints et se font dans une plus grande discrétion. Il arrive fréquemment que des agents de santé se rendent à l'étranger pour une courte période et retournent ensuite dans leur pays d'origine, riches d'une expérience, de compétences et de ressources personnelles accrues (*3*). C'est pourquoi les pays exportateurs de main-d'oeuvre devraient s'interroger sur la question de savoir s'il est préférable de soutenir ou d'encourager cette émigration de personnels de santé (par exemple pour stimuler les transferts de fonds ou lutter contre l'offre excédentaire de personnels de santé par rapport à la capacité d'absorption du marché national du travail), ou s'il vaut mieux la freiner ou la limiter (pour lutter contre l'exode des cerveaux) (*26*). En tout état de cause, il est indispensable de contrôler les flux internationaux pour pouvoir évaluer l'efficacité des mesures entreprises.

Les sources de données et les méthodes d'analyse existantes facilitent de plus en plus la surveillance des mouvements internes et des départs des personnels de santé et l'élaboration des politiques de RHS aux niveaux national et international ; elles pourraient aussi s'avérer utiles dans d'autres domaines. L'absence de données des agrégés concernant les diverses modalités des départs des personnels de santé est l'un des principaux obstacles à la réalisation d'une analyse approfondie, ce qui complique la tâche des décideurs dans la recherche des méthodes les plus judicieuses pour empêcher l'émigration des personnels de santé. Des efforts accrus pour mettre en place un système de collecte de données et améliorer la coordination entre les partenaires dans la collecte et l'utilisation de données dans différents secteurs et différents pays devraient permettre d'améliorer la disponibilité, la qualité et la comparabilité des données sur les RHS et de renforcer ainsi les arguments sur lesquels doivent pouvoir reposer les options politiques et la prise de décision.

Bibliographie

1. *Rapport sur la santé dans le monde, 2006 – Travailler ensemble pour la santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006 (http://www.who.int/whr/2006/fr/index.html, consulté le 10 janvier 2009).
2. Coomber B, Bariball L. Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital based nurses : a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 2003, 44(2) :297–314.
3. Padarath A, Chamberlain C, McCoy D et al. *Health personnel in southern Africa : confronting maldistribution and brain drain*. EQUINET Discussion Paper No. 3. Harare, Regional Network for Equity in Health in Southern Africa, Health Systems Trust and MEDACT, 2003 (http://www.equinetafrica.org/bibl/docs/DIS3hres.pdf, consulté le 15 janvier 2009).
4. Zurn P, Dolea C, Stilwell B. *Nurse retention and recruitment : developing a motivated workforce*. ICN Issue Paper No. 4. Genève, Conseil international des infirmières, 2005 (http://www.icn.ch/global/Issue4Retention.pdf, consulté le 15 janvier 2009).
5. Davey G, Fekade D, Parry E. Must aid hinder attempts to reach the Millennium Development Goals? *Lancet*, 2006, 367(9511) :629–631.
6. McCoy D, Bennett S, Witter S et al. Salaries and incomes of health workers in sub-Saharan Africa. *Lancet*, 2008, 371(9613) :675–681.
7. Diallo K. Données sur la migration des agents de santé : sources, utilisations et problèmes. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2004, 82(8) : p. 606 (http://www.who.int/bulletin/volumes/82/8/601.pdf, consulté le 15 Janvier 2009).
8. Dumont JC, Zurn P. Les personnels de santé immigrés dans les pays de l'OCDE dans le contexte général des migrations de travailleurs hautement qualifiés. En : *Perspectives des migrations internationales. SOPEMI – Édition 2007*. Paris, Organisation de cooperation et de développement économiques, 2007 (http://www.oecd.org/dataoecd/22/32/41515701.pdf, consulté le 15 janvier 2009).
9. *Assessment of human resources for health : country profile*. Genève, Ministère de la Santé de Sri Lanka et Organisation mondiale de la Santé, 2002.
10. Schwabe C, McGrath E, Lerotholi K. *Health sector human resources needs assessment*. Silver Spring, MD, Medical Care Development International, 2004.
11. Lorenzo FME, Galvez-Tan J, Icamina K, Javier L. Nurse migration from a source country perspective : Philippine country case study. *Health Services Research*, 2007, 42(3p2) :1406–1418.
12. Awases M, Gbary A, Nyoni J, Chatora R. *Migration de professionnels de la santé dans six pays: rapport de synthèse*. Brazzaville: Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique, 2004 (http://www.afro.who.int/hrh-observatory/hwinformation/migration_fr.pdf, consulté le 15 janvier 2009).
13. Riley PL, Vindigni SM, Arudo J et al. Developing a nursing database system in Kenya. *Health Services Research*, 2007, 42(3) :1389–1405.
14. *Statistical analysis of the register : 1 April 2006 to 31 March 2007*. London, Nursing and Midwifery Council, 2008 (http://www.nmc-uk.org/aArticle.aspx?ArticleID=36, consulté le 15 janvier 2009).
15. *South Africa yearbook 2002/03*. Pretoria, Government of South Africa Communication and Information System, 2003.
16. Cohen D. *Human capital and the HIV epidemic in sub-Saharan Africa*. ILO Programme on HIV/AIDS and the World of Work, Working Paper No. 2. Genève, Organisation mondiale du travail, 2002 (http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/publ/wp2_humancapital consulté le 15 janvier 2009).
17. Buve A, Foaster S, Mbwili C et al. Mortality among female nurses in the face of the AIDS epidemic : a pilot study in Zambia. *AIDS*, 1994, 8(3) :396.
18. Pong RW, Lemire F, Tepper J. *Physician retirement in Canada : what is known and what needs to be done*. Presented at the 10th International Medical Workforce Conference, Vancouver, Canada, 20–24 March 2007 (http://www.cranhr.ca/pdf/10_retCAN).
19. Chaudhury N, Hammer JS. Ghost doctors : absenteeism in rural Bangladeshi health facilities. *World Bank Economic Review*, 2004, 18(3) :423–441.
20. Gupta N, Diallo K, Zurn P, Dal Poz MR. Assessing human resources for health : what can be learned from labour force surveys? *Human Resources for Health*, 2003, 1 :5 (http://www.human-resources-health.com/content/1/1/5, consulté le 15 janvier 2009).
21. Simoens S, Hurst J. *The supply of physician services in OECD countries*. Health Working Papers, No. 21. Paris, Organisation de coopération et de développement économiques, Direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales, 2006 (http://www.oecd.org/dataoecd/27/22/35987490.pdf, consulté le 15 janvier 2009).
22. Kinfu Y, Dal Poz MR, Mercer H, Evans DB. Pénurie de personnel de santé en Afrique : forme-t-on assez de médecins et d'infirmières? *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2009, 87(3) :225–230 (http://www.who.int/bulletin/volumes/87/3/08–051599-ab/fr/index.html, consulté le 20 février 2009).
23. *The registered nurse population : national sample survey of registered nurses, March 2004 – preliminary findings*. Washington, DC, United States Department of Health and Human Services, 2005.
24. *Research and trends : health and hospital trends 2007 – AHA survey of hospital leaders*. Washington, DC, American Hospital Association, 2007 (http://www.aha.org/aha/research-and-trends/health-and-hospital-trends/2007.html, consulté le 15 janvier 2009).

25. Stilwell B, Diallo K, Zurn P et al. Developing evidence-based ethical policies on the migration of health workers : conceptual and practical challenges. *Human Resources for Health*, 2003, 1 :8 (http://www.human-resources-health.com/content/1/1/8, consulté le 15 janvier 2009).

26. Buchan J. *Synthèse. Comment maîtriser les migrations des professionnels de santé de façon à réduire leurs effets néfastes sur l'offre de services ?* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2008 (http://www.euro.who.int/document/hsm/7_hsc08_fpb_10.pdf, consulté le 19 janvier 2009).

27. Robinson M, Clark P. Forging solutions to health worker migration. *Lancet*, 2008, 371(9613) : 691–693.

Partie III :
MÉTHODES DE MESURE ET ÉTUDES DE CAS

6 Calcul des dépenses consacrées aux personnels de santé : concepts, sources des données et méthodes

PATRICIA HERNANDEZ, TESSA TAN-TORRES, DAVID B EVANS

6.1 Introduction

Les paiements en faveur du personnel constituent le principal poste de dépenses dans la comptabilité nationale et, là où le calcul a été effectué, dans la prestation des services de santé. Nombreux sont cependant les pays qui ne recueillent pas systématiquement des données sur l'ampleur et la nature des dépenses liées aux personnels de santé, et les informations sont souvent dispersées entre plusieurs sources. Là où des données sont recueillies, leur couverture peut être partielle, et il est rare qu'elles soient utilisées pour l'élaboration des politiques ou la planification. Pour que les décideurs et les acteurs concernés puissent accéder en temps voulu aux informations sur les dépenses consacrées aux personnels de santé, un travail systématique de synthèse et d'harmonisation sera nécessaire, et le mode d'enregistrement des données devra être modifié. La nature et l'intensité des activités requises varieront naturellement selon les pays.

Nonobstant le poids des ressources humaines pour la santé (RHS) dans les dépenses de santé générales, il n'existe pas de documentation exhaustive sur les méthodes des comptes de la santé qui traite spécifiquement des personnels de santé. D'autres méthodes de calcul décrivent comment mesurer les dépenses consacrées aux ressources humaines en général, notamment la fourniture de services de soins dans le système de comptabilité nationale – cadre conceptuel qui fixe la norme statistique internationale pour la mesure de l'économie de marché – et dans les méthodes utilisées pour aider à évaluer les dépenses consacrées aux services de santé financés par les pouvoirs publics.

La construction d'un système complet, fiable et intégré de mesure des dépenses liées aux RHS requiert un ensemble de données qui peuvent être provenir des dossiers administratifs courants et d'enquêtes périodiques. Certains pays commencent à centraliser l'archivage de toutes les enquêtes sur le personnel. Dans de nombreux cas, des enquêtes supplémentaires sont nécessaires pour compléter les sources existantes et couvrir correctement le champ étudié.

Le principal objet du présent chapitre est d'encourager un nombre accru de pays à suivre de près les dépenses consacrées aux ressources humaines dans les systèmes de santé pour étayer la prise des décisions. Le suivi des ressources financières consacrées aux RHS peut faciliter la surveillance des ressources pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, le plan stratégique national de réduction de la pauvreté et d'autres initiatives. Il sera utile, à cet effet, de faire la lumière sur les dépenses liées aux RHS à l'intérieur des cadres existants en focalisant l'attention sur l'utilisation des ressources. Mis en oeuvre régulièrement, les systèmes comptables permettent d'observer l'évolution des dépenses liées aux personnels de santé, élément essentiel du suivi et de l'évaluation des RHS.

Plusieurs voies d'action sont présentées ici, afin de guider les personnes effectivement chargées de surveiller ces dépenses. Après l'introduction, les raisons de cet exercice sont exposées brièvement et les principaux indicateurs sont proposés. Sont ensuite abordées les modalités de la construction et de la tenue d'une base de données minimum sur les dépenses liées aux RHS, puis les questions de la collecte et de l'utilisation des données dans les pays, avec des études de cas pour illustrer les diverses procédures et des recommandations pour améliorer la comparabilité entre les pays et dans la durée.

De nombreux pays ayant peu de chances de se doter de systèmes complexes intégrés de collecte et de rassemblement de données dans l'immédiat, le présent chapitre indique comment utiliser les différentes sources de données qu'il est généralement possible de trouver dans les pays pour déterminer l'ordre de grandeur des dépenses consacrées aux RHS. L'approche proposée ici ne présente pas les caractéristiques d'un véritable compte des RHS lié aux comptes de la santé officiels, couvrant rigoureusement le même territoire.

Elle est présentée comme une solution à court terme dans l'attente de l'actualisation et de l'affinement de certaines des méthodes d'estimation convenues au plan international – notamment les mises à jour, censées être achevées en 2012, des versions actuelles du Système de comptabilité nationale 1993 (ci-après désignés SNA93) (*1*), du Système de comptes de la santé (ou SHA1.0) et du *Guide pour l'élaboration des comptes nationaux de la santé* (*3*).

6.2 Ce qu'il convient de mesurer

Avant d'aborder les questions afférentes aux mesures et aux sources de données, il est important de savoir exactement ce qu'il convient de mesurer et pourquoi. Le choix des indicateurs des dépenses liées aux RHS doit être dicté par les besoins de la politique, même s'il est important également de tenir compte de la faisabilité et du coût de la collecte et du traitement des données.

6.2.1 Définir un ensemble d'indicateurs de base

Il convient en premier lieu de définir un ensemble minimum d'indicateurs. L'objectif est double : donner aux pays la possibilité de se doter d'un système de déclaration pratique aux fins de leur propre politique, et faciliter les comparaisons dans la durée et entre les sites. La normalisation et l'harmonisation des informations permettent aux pays de surveiller en permanence les effets des changements, et de retirer des enseignements d'autres pays et d'autres régions.

L'ensemble d'indicateurs de base proposé est décrit dans l'Encadré 6.1. Il contient six indicateurs essentiels, pour les dépenses totales, le montant relatif et la distribution des dépenses consacrées aux personnels de santé. Le total est proposé en chiffres absolus et par personne, la devise étant précisée aux fins de comparaisons internationales (*4, 5*).

Les pays qui ne disposent pas de données fiables sur le secteur privé peuvent utiliser comme point d'entrée les données publiques générales ou du secteur public. Les dépenses publiques générales sont les dépenses effectuées par les pouvoirs publics aux niveaux central et des états ou régions, par les autorités publiques locales, ainsi que par les systèmes de sécurité sociale et les établissements sans but lucratif qui relèvent de services publics ou sont principalement financés par ces services. Le suivi des dépenses publiques est lié au montant des fonds réunis pour le développement des RHS et il peut aussi témoigner de l'engagement des pouvoirs publics.

Encadré 6.1 Ensemble minimum d'indicateurs proposé pour le suivi des dépenses consacrées aux ressources humaines pour la santé

1. Dépenses liées aux RHS, totales et par personne (en devise nationale, en dollars EU et en dollars internationaux)[a]
2. Dépenses consacrées aux RHS, en proportion des dépenses de santé totales[b]
3. Dépenses consacrées aux RHS en proportion du produit intérieur brut ou du revenu national brut
4. Dépenses publiques consacrées aux RHS en proportion des dépenses de santé publiques générales
5. Dépenses publiques consacrées aux RHS en proportion des dépenses de santé publiques générales ordinaires
6. Ventilation des dépenses liées aux RHS par :
   a. lieu de travail : hôpitaux, centres de soins ambulatoires, bureaux de santé publique, etc.
   b. secteur : public, privé à but lucratif, privé sans but lucratif
   c. emploi : salariés réguliers, travailleurs indépendants
   d. fonction professionnelle : prestataires de services de santé (soins directs aux patients), administrateurs du système de santé et assistants.

a. Les valeurs pour les dépenses par personne reposent d'ordinaire sur les estimations démographiques à la mi-année. Les dollars internationaux sont obtenus en divisant la devise nationale par une estimation de sa parité de pouvoir d'achat comparée au dollar des EU, mesure qui réduit au maximum les conséquences des écarts de prix entre les pays. On trouvera les définitions de certains termes liés au financement de la santé dans la section *Comptes nationaux de la santé* du Système d'information statistique de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (*4*).
b. Aux fins de comparaison, les données par pays rassemblées par l'OMS sur les dépenses de santé totales, au moyen des chiffres des comptes de la santé, le cas échéant, sont accessibles dans les *Comptes nationaux de la santé* de l'OMS (*5*).

Le sixième indicateur proposé est censé fournir plus de détails en ventilant les données sur les dépenses en diverses composantes pouvant servir à l'élaboration de la politique, tels le lieu et le secteur d'activité, l'emploi ou la fonction professionnelle.

6.2.2 Ensemble élargi d'indicateurs

Certains gouvernements voudront peut-être observer attentivement un ensemble supplémentaire d'indicateurs, par exemple surveiller l'équité et l'efficacité économique des dépenses liées aux RHS et le détail des dépenses de personnel pour certains services ou programmes, ou trouver l'origine de la hausse des coûts. Au nombre des plus courantes, dans un large éventail de possibilités, souvent complétées par d'autres types de données sur les performances du système de santé, figurent les suivantes :

- dépenses liées aux RHS par niveau de compétence et spécialité des agents de santé – par exemple, médecins, personnels infirmiers, sages-femmes, pharmaciens, agents de santé communautaires, conducteurs d'ambulance ;
- dépenses liées aux RHS par domaine de services ou type d'interventions de santé – par exemple, personnel dispensant des services de santé mentale ou prodiguant des soins lors des accouchements ;
- revenu moyen des personnels de santé – revenu horaire, hebdomadaire ou mensuel lié à la rémunération, à la pratique ou à une activité commerciale.

Ce dernier indicateur peut être particulièrement utile pour suivre l'équité parmi les personnels de santé (notamment entre les sexes). Sa proposition ici est conforme à la recommandation de l'Organisation internationale du Travail relative à l'établissement, et à la mise à jour régulière, de statistiques sur le revenu moyen et sur les horaires de travail (utiles pour calculer les équivalents plein-temps des postes), et ce pour toutes les catégories importantes des employés salariés, notamment dans la branche santé de l'économie (*6*).

6.3 Méthodes de mesure des dépenses liées aux RHS

Les informations sur les dépenses totales liées aux RHS, principal élément de l'ensemble minimum d'indicateurs décrit dans l'Encadré 6.1, se trouvent en principe dans la comptabilité nationale et les comptes de la santé. Ces systèmes incluent un ensemble intégré de comptes macroéconomiques, comptes de patrimoine et tableaux bilantiels basés sur des concepts, définitions, classifications et règles comptables convenus au plan international, donnant conjointement un cadre comptable complet dans lequel les données peuvent être recueillies et présentées sous un format conçu aux fins de l'analyse, de la prise des décisions et de l'élaboration des politiques (*1*). La présente section décrit les principaux modèles et les moyens de réunir les données pour comprendre comment elles peuvent être utilisées et comparées d'un contexte à un autre et dans la durée.

6.3.1 Définir les dépenses consacrées aux personnels de santé

En termes généraux, les dépenses consacrées aux RHS sont le produit du nombre des personnels de santé par leur prix. Il est important, pour saisir l'hétérogénéité des personnels de santé, de prendre en considération de nombreux types de travailleurs : personnes qui dispensent directement des services de santé (et notamment des services préventifs, de promotion, curatifs et de réadaptation), administrateurs, fournisseurs et autres personnels d'appoint qui aident au fonctionnement du système de santé. Au nombre des personnels figurent les salariés et les travailleurs indépendants, à plein temps ou à temps partiel, en contrat à court terme ou à long terme, occupant un ou plusieurs postes. Pour rendre compte de cette diversité, les effectifs sont souvent mesurés en termes de nombre (personnes physiques) et d'équivalent plein-temps (mesure égale à un membre du personnel travaillant à plein temps sur une année) (voir également le chapitre 3 du présent manuel pour plus de détails sur le calcul des effectifs).

Les données particulières à un pays ou à un instrument étant souvent recueillies et classées différemment, il est utile d'adopter une méthode de classification normalisée au plan international pour améliorer la comparabilité. Les classifications pertinentes aux fins de l'harmonisation des données sur les ressources humaines dans les systèmes de santé incluent la Classification internationale type des professions (CITP), la Classification internationale type de l'éducation (CITE), la Classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité économique (CITI), la Classification centrale des produits (CPC), la Classification des fonctions des administrations publiques (COFOG) et la Nomenclature des dépenses des producteurs par fonction (COPP) (*7–12*).[1] Les données sur les dépenses de personnel par profession, par exemple, devraient en principe suivre la dernière révision de la CITP (la plupart des professions de santé figurant dans les sous-grands groupes 22, « spécialistes de la santé », et 32, « professions intermédiaires de la santé »). Les biens et les services de soins de

1 Voir au chapitre 2 de plus amples détails sur certaines de ces classifications.

santé sont classés dans la CPC dans le groupe 931, « services de santé humaine ». Les données pertinentes relatives aux activités ou dépenses publiques sont décrites dans la COFOG dans la division 07, « santé », et notamment les services fournis à des particuliers et les services fournis à titre collectif. La COPP peut être utilisée pour ventiler les dépenses de valorisation des ressources humaines, notamment dans la classe 5.1, « dépenses d'enseignement et de formation », qui inclut la formation professionnelle et la formation en cours d'emploi.

Des descriptions types des concepts et des méthodes applicables aux dépenses consacrées aux RHS sont données dans le Système de comptabilité nationale (pour les méthodes d'établissement de données originelles voir SNA93, paragraphes 7.21–47) et dans le Système européen des comptes (*13*, chapitre 8). Le Système de comptes de la santé est une autre ressource utile qui couvre trois dimensions essentielles : soins de santé par fonction ou domaine de services, prestataires de biens et de services liés aux soins de santé, et sources de financement (voir en particulier le Tableau 10 du Système de comptes de la santé, version 1.0, « emploi total des industries prestataires de soins de santé », exprimé en nombre de personnes employées et en nombre d'heures équivalent plein-temps). Les dépenses de personnel de santé sont traitées directement dans l'adaptation par l'OMS, la Banque mondiale et l'USAID (*3*) pour les pays au revenu faible ou intermédiaire – la classification économique dans ce guide inclut la rémunération des employés et des propriétaires, et distingue le coût en ressources des salaires (code 1.1.1), les cotisations sociales (code 1.1.2) et les gains non salariaux des personnels (code 1.1.3) – puis détaillées davantage dans un instrument de collecte de données du SHA conçu par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), Eurostat et l'OMS (*14*). Ces matériels complémentaires devraient aider les pays et les acteurs concernés qui s'emploient à établir un ensemble de données consacré aux dépenses liées aux personnels de santé.

Les frontières de la « santé » fixent la portée et le contenu des données sur les dépenses liées aux RHS et les résultats produits varieront selon le système de mesure utilisé. Dans la comptabilité nationale, le secteur de la santé est en principe défini comme un ensemble d'activités de santé humaine – division industrielle classée par le code 86 dans la quatrième révision de la CITI, la plus récente (ou son équivalent dans les classifications nationales) – recouvrant uniquement les personnes associées à la prestation de services de soins de santé. D'autres méthodes plus axées sur les comptes de la santé tendent à utiliser une définition élargie, incluant également d'autres actions principales liées à la santé, comme la réglementation et la gestion de la prestation des services de santé, la fourniture de biens et de produits de soins et, dans certains cas, des activités complémentaires comme l'administration de l'assurance-maladie.

Dans le présent chapitre, en conformité avec le Système de comptes de la santé, à moins d'une indication contraire, il est fait référence aux activités élargies du système de santé (Encadré 6.2) (*15*). S'il est recommandé d'utiliser dans la mesure du possible les données disponibles dans les comptes nationaux de la santé ou la comptabilité nationale (et non des estimations particulières élaborées à partir du nombre des agents de santé et de leur rémunération), il est important de se souvenir qu'il n'existe pas de format de présentation unique pour les dépenses liées aux RHS et, de ce fait, les analystes et les décideurs sont invités à lire avec soin la note en petits caractères jointe aux chiffres publiés (métadonnées, par ex.) pour savoir comment les utiliser et les interpréter.

6.3.2 Données nécessaires et sources potentielles

Les méthodes d'estimation utilisées pour extraire de la comptabilité nationale et des comptes de la santé des chiffres relatifs aux pays intègrent des données sur le volume et les prix. La comptabilité utilise notamment un large éventail de sources documentaires et de types d'informations, monétaires et non monétaires, ordinaires ou exceptionnelles, et notamment les suivantes :

- enquêtes et recensements – enquêtes sur la population active et autres enquêtes auprès des ménages, enquêtes dans les établissements, recensements économiques et de population ;
- dossiers administratifs – dossiers budgétaires des ministères, registres de l'emploi, dossiers de l'assurance-maladie et de la sécurité sociale, dossiers fiscaux, statistiques sur les revenus, registres commerciaux et des établissements, registres des organes de réglementation des professions de santé, comptabilité d'établissements privés ;
- suivi administratif spécial des caractéristiques du travail et de l'emploi – congés de maladie, travailleurs non résidents, travailleurs saisonniers ;
- autres sources d'information – activités spéciales de collecte et de traitement des données, analyses spéciales utilisant des sources complémentaires, des extrapolations et d'autres méthodes de projection.

La collecte, la synthèse et l'analyse de ces divers types de données résultent en général de la collaboration d'unlarge éventail d'acteurs concernés, et notamment les suivants : ministères (santé, travail, finances), instituts centraux de statistique, partenaires pour le

Encadré 6.2 Éléments de dépenses utilisés dans les comptes de la santé reposant sur les classes de la Classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité économique (CITI) (quatrième révision)

a. Services de santé : division 86 « activités de santé humaine » (groupes 861 « activités hospitalières », 862 « activités de pratique médicale et dentaire » et 869 « autres activités de santé humaine ») ; une partie des groupes 871 « soins infirmiers » et 881 « action sociale » ; une partie du groupe 712 « examens et analyses de laboratoire » et des parties des divisions 49, 50 et 51 « transports » (en liaison avec les patients).

b. Fabrication et vente de biens médicaux : prix de détail des biens pharmaceutiques et médicaux (classe 4772 – articles de toilette exceptés) ; fabrication d'instruments et de fournitures pour soins médicaux et dentaires (classe 3250).

c. Autres activités destinées, de par la loi ou selon la culture et les traditions du pays, à contribuer au rétablissement, au maintien ou à l'amélioration de la santé humaine, formelles ou informelles, ne figurant pas nécessairement dans la CITI, telles la distribution de médicaments traditionnels, complémentaires et alternatifs.

d. Administration et planification, incluses dans les classes 8412 (administration publique) et 8430 (sécurité sociale obligatoire) de la CITI.

D'après : Poullier (*15*).

développement, établissements universitaires et de recherche, associations professionnelles et agences d'assurance. Une nouvelle collecte de données ne doit être entreprise que lorsque les informations requises ne sont pas disponibles ailleurs et qu'on s'est assuré la disponibilité de ressources suffisantes à cet effet. La première difficulté est de vérifier que tous les dossiers pertinents ont été retrouvés ; par exemple les rémunérations et les incitations versées aux agents de santé au moyen de fonds spéciaux (sources internationales, par exemple) ou des entités telles qu'une activité secondaire (comme les services de santé des travailleurs en milieu industriel) peuvent être déclarées indépendamment des dossiers publics sur les traitements et les salaires.

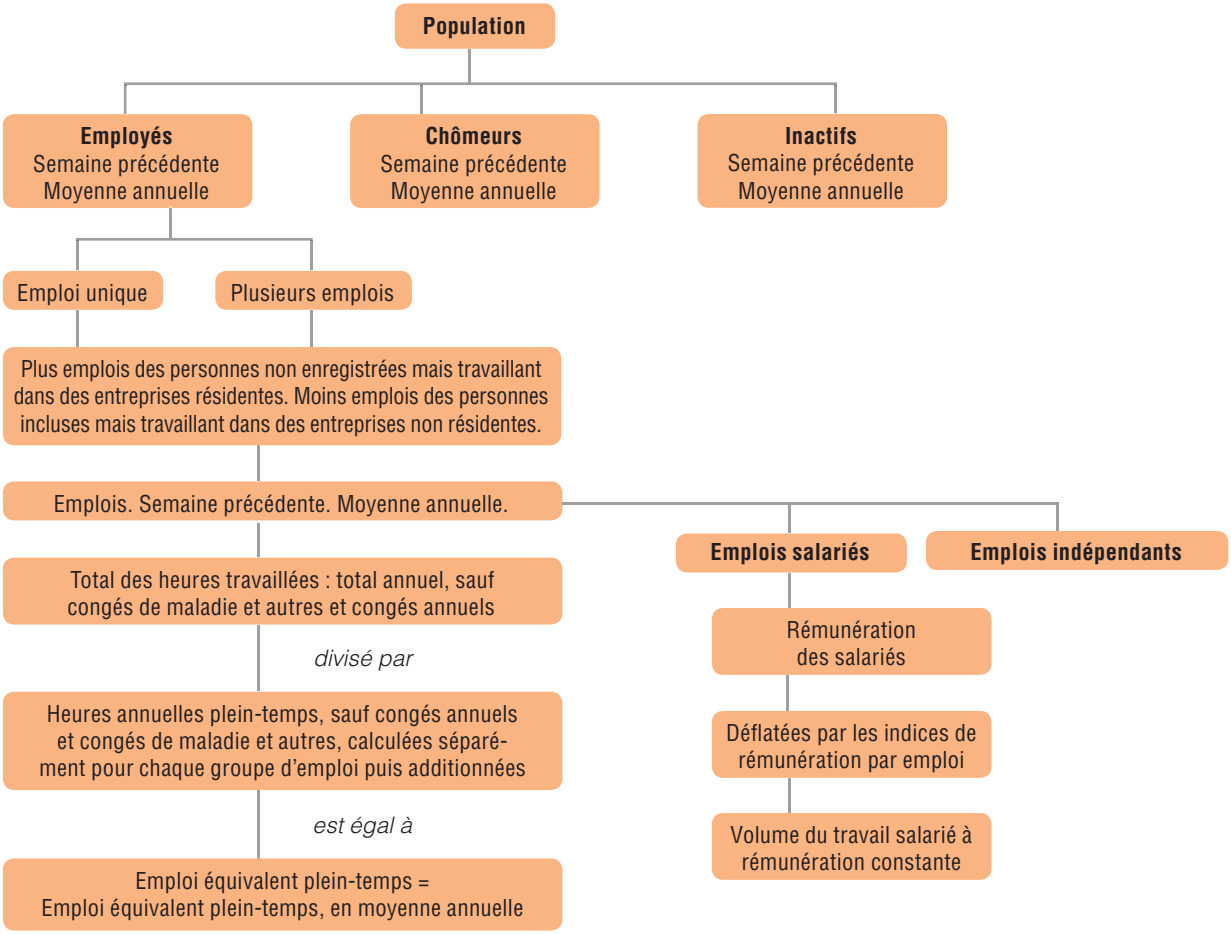
Une méthode d'estimation type pour le suivi des dépenses de personnel est recommandée par le Système de comptabilité nationale SNA93. Des ajustements relativement mineurs ont été mis au point pour la saisie de données détaillées concernant la santé et en fonction des caractéristiques des données nationales. Les échantillons des enquêtes sur la population active, par exemple, sont d'ordinaire trop petits pour permettre de tirer des conclusions statistiquement valables concernant certaines branches de l'activité économique. De ce fait, les données issues des enquêtes sur la population active sont souvent complétées par des données provenant de sources administratives et autres (*16*).

La Figure 6.1 trace une voie type envisageable pour l'estimation des dépenses liées au travail (*1*). À titre d'illustration, l'utilisation des enquêtes sur la population active dans la comptabilité nationale, par opposition à d'autres sources de données, est décrite pour un groupe de pays de l'OCDE et de l'Union européenne :

- Les enquêtes sur la population active sont la principale source de données dans les pays suivants : Australie, Canada, Chypre, Estonie, Hongrie, Irlande, Lituanie, Royaume-Uni et Suisse.
- Les données des enquêtes sur la population active sont partiellement remplacées par des données administratives et d'autres enquêtes régulières dans les pays suivants : Bulgarie, Grèce, Lettonie, Portugal et Roumanie.
- Pays associant les données sur l'offre et la demande : Allemagne, Autriche, Danemark, Espagne, Finlande, Italie, Malte, Norvège Slovaquie et Suède.
- L'utilisation des enquêtes sur la population active aux fins de la comptabilité nationale est réduite au minimum dans les pays suivants : Belgique, États-Unis d'Amérique, France, Islande, Japon, Luxembourg, Mexique, Pays-Bas, Pologne, République tchèque et Slovénie.

Les responsables des comptes de la santé utilisent les mêmes techniques et les mêmes sources de données que les responsables des comptes nationaux mais ils se limitent aux personnels de santé. Les uns et les autres se heurtent aux mêmes difficultés dues

Figure 6.1 Aperçu du processus d'évaluation pour le calcul des dépenses de personnel dans le Système de comptabilité nationale



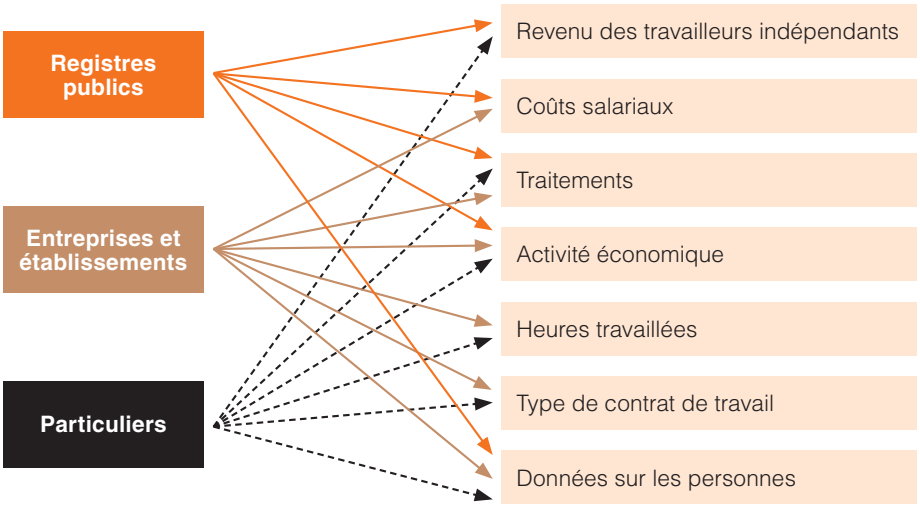
D'après : SNA93 (Figure 17.1 : Les concepts de population et d'emploi) (*1*).

à la multiplicité des sources de données et aux disparités qu'elles présentent. En cas d'écart, il convient en premier lieu d'en trouver les raisons et de décider ensuite si une source est mieux adaptée ou si un compromis est préférable. En présence de nombreuses sources statistiques, la cohérence est obtenue principalement par des ajustements de l'emploi, et non des salaires (*17*). Les Pays-Bas témoignent de la diversité des niveaux d'agrégation et du contenu des sources de données nécessaire pour évaluer les dépenses consacrées aux RHS (voir la Figure 6.2) (*18*).

Les pays qui adoptent l'ensemble élargi d'indicateurs (comme décrit dans la section 6.2.2 ci-dessus), ont besoin d'informations sur les caractéristiques des personnels de santé (par exemple, sexe, formation) et sur les activités professionnelles, comme les heures travaillées dans le système de santé, y compris les heures supplémentaires, moins les heures d'absence dues aux congés annuels, aux maladies ou à d'autres raisons – dimensions pour lesquelles il existe rarement des données systématiques au niveau national. Deux exemples de la méthode qui permet d'évaluer indirectement les heures travaillées dans différents contextes sont donnés dans la Figure 6.3 (*19, 20*) et dans l'Encadré 6.3 (*21*).

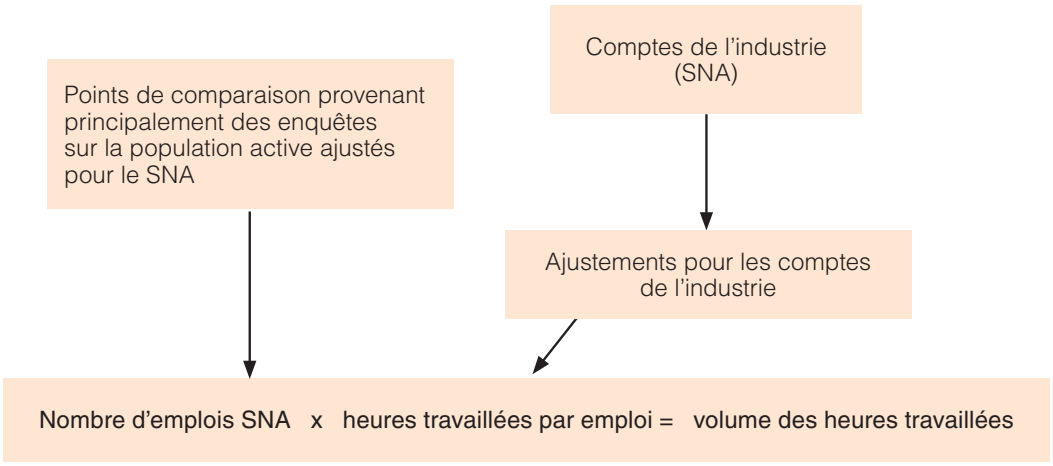
Des recherches supplémentaires sont en général nécessaires pour traiter les groupes spéciaux, tels les travailleurs intérimaires et les personnels qui dispensent des soins personnels à domicile, et pour obtenir des chiffres en l'absence de dossiers directs (sur les heures ouvrées par exemple). Pour assurer la cohérence entre les diverses composantes et les types de données, les chiffres relatifs aux dépenses liées aux RHS doivent être vérifiés par rapport aux données de la comptabilité nationale, et notamment les gains des travailleurs dans les tableaux des ressources et des emplois (instruments utilisés pour vérifier la cohérence des statistiques sur les flux des biens et des services, dans l'hypothèse où le total des ressources de chaque produit est égal au total de ses emplois). Un aperçu simplifié est présenté dans la Figure 6.4 comme un « carré de calcul », où chaque case requiert un

Figure 6.2 Informations sur le marché du travail dans la comptabilité nationale des Pays-Bas



D'après : van Polanen Petel (*18*).

Figure 6.3 Méthode d'évaluation des heures travaillées dans la comptabilité nationale du Canada



D'après : Statistiques du Canada (*19*) et Maynard, Girard et Tanguay (*20*).

processus spécial pour définir la meilleure source de données et les ajustements nécessaires (*18*).

Le personnel des services de santé peut également s'acquitter d'activités ne relevant pas du domaine de la santé ; aussi peut-il être nécessaire d'affiner davantage l'examen s'il doit se limiter à la composante soins de santé. La plupart des règles comptables générales devraient s'appliquer à ces estimations, comptabilisées par exemple sur la base de l'exercice (montants à payer et à recevoir), et non sur la base de la gestion (montants reçus et payés) (voir l'introduction aux concepts de base de la comptabilité nationale, Division de statistique de l'Organisation des Nations Unies (*22*)). Le calcul du volume des personnels et de leur valeur, en particulier, devrait suivre cette règle. L'Encadré 6.4 donne le détail de la définition originelle qui figure dans le Système de comptabilité nationale (SNA93) (*1*).

Au-delà de la rémunération des salariés, les coûts du travail qui doivent être pris en compte incluent les dépenses afférentes au recrutement, aux études et à la formation, aux incitations destinées à fidéliser et motiver les employés, les frais divers tels que les vêtements de travail, ainsi que les taxes sur l'emploi (*23*). Les dépenses non imposables peuvent être calculées à partir des registres fiscaux. Pour ce qui est des études précédant l'entrée dans la population active, les coûts directs – et notamment la rémunération des éducateurs – sont traités en dehors de la frontière du système de santé dans le SHA1.0 mais des lignes directrices sont proposées aux fins de leur enregis-trement comme des dépenses « exceptionnelles ». La formation en cours

Encadré 6.3 Critères d'évaluation des données sur le travail dans la comptabilité nationale de la Fédération de Russie

Heures travaillées =

Lieux de travail x nombre effectif moyen d'heures travaillées pendant la période comptable

Emploi équivalent plein-temps =

Heures travaillées / nombre moyen d'heures accomplies par les employés à plein temps

Equivalent plein-temps =

Nombre de lieux de travail dans un emploi équivalent plein-temps

Critères de référence :

40 heures de travail par semaine ; 52 semaines par an – 4 semaines de congé

Nombre maximum d'heures ouvrables : 1920

Un ajustement est nécessaire pour établir l'emploi principal et les heures travaillées dans les emplois supplémentaires.

D'après : Surinov et Masakova (*21*).

d'emploi entraîne des coûts directs et des coûts indirects (les heures salariées des stagiaires, par exemple). La formation clinique ou pratique dans le cadre de la prestation des services de santé représente un produit commun dont il est aussi tenu compte dans le calcul des dépenses liées aux RHS (en théorie du moins).

Enfin, dans certains contextes, des méthodes complémentaires de collecte des données ou d'estimation peuvent se révéler nécessaires là où les paiements non observés peuvent être importants : souterrains (activités légales, mais délibérément soustraites au regard des pouvoirs publics), informels (activités légales faiblement organisées, conduites en l'absence ou presque de division entre travail et capital comme facteur de production) et illégaux (activités interdites par la loi ou qui sont illégales lorsqu'elles sont pratiquées par des personnes qui n'en ont pas l'autorisation). Une méthode fréquemment utilisée pour déterminer si un ajustement éventuel s'impose consiste à comparer le volume de travail de l'effectif de personnel (issu d'ordinaire des enquêtes sur les personnels) aux estimations de la demande provenant des enquêtes sur les activités commerciales ou dans les établissements. Au

Figure 6.4 Carré de calcul

Gains annuels	×	Nombre d'emplois	=	Gains totaux
=				=
Traitement horaire				Traitement horaire
×				×
Heures payées par emploi	×	Nombre d'emplois	=	Heures payées

D'après : van Polanen Petel (18).

nombre des autres méthodes figurent la triangulation de diverses sources, la méthode du flux des marchandises et les comparaisons entrées-sorties (*24*).

6.4 Cadres de calcul et applications

Comme observé précédemment, la stratégie de mesure normalisée la plus complète pour le suivi des dépenses liées aux RHS s'inscrit dans les systèmes de comptes de la santé et de comptabilité nationale. Ces comptes, qui reposent sur divers types de données, nouvelles et existantes, ont en général besoin d'être consolidés et harmonisés car il subsiste souvent un minimum d'incohérences entre les sources. Il est important de connaître les limites fixées par différentes sources de données, et les éléments qui ont été inclus et ceux qui ont été exclus. La présente section décrit les principaux cadres utilisés pour le suivi des dépenses liées aux RHS et certains contrôles de leurs utilisations réelles, avec des exemples illustrant la situation dans certains pays.

6.4.1 Cadre des comptes de la santé

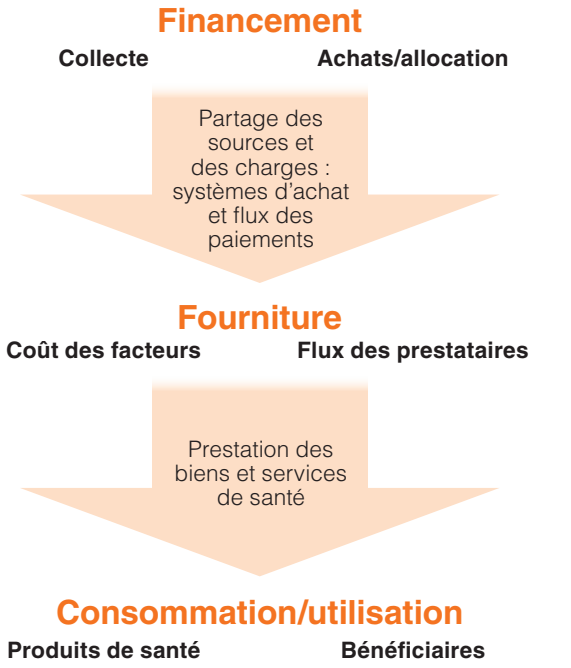
Les comptes de la santé sont conçus pour mesurer tous les flux de ressources destinées à la fourniture de soins de santé ou à une amélioration sensible de l'état de santé par des moyens médicaux, qu'ils apparaissent ou non sous l'appellation « soins de santé » dans les statistiques nationales (*2*). Le modèle des comptes de la santé comprend un ensemble de règles types,suivant de près toutes les ressources entrant dans le système de santé sur une période donnée, exprimées en termes monétaires. Les comptes de la

santé utilisent des structures de données existantes, moyennant la collecte et l'agrégation de données, pour créer de nouvelles informations, l'objectif étant de fournir une image cohérente (*3*).

Une analyse du système de comptes de la santé comporte trois dimensions principales : financement, production et utilisation finale – services achetés, services produits et services consommés, respectivement. Les données relatives aux RHS sont censées être incluses comme une classe spécifique dans la classification « coût des ressources », destinée à mesurer le coût des ressources associées à la production de produits de santé de base, en tant qu'élément de la dimension de la production (Figure 6.5) (*25*). Les flux de ressources sont enregistrés dans des tableaux bidimensionnels montrant l'origine et l'orientation des transactions. Les tableaux concernant les RHS classent les flux par catégorie d'agents de santé, agent de financement (secteur public ou privé, par exemple) ou type de service ou de bien de santé qu'ils contribuent à produire (également appelés fonctions de santé). Les sources de données devraient d'ordinaire regrouper les informations sur les RHS selon le lieu de travail (hôpital, centre de santé, etc.).

Peu de pays, en fait, recueillent et diffusent des données détaillées sur les dépenses consacrées aux RHS, et notamment sur la question de savoir qui finance leur travail et à quels services ils participent. Les comptes de la santé portent rarement sur les dépenses consacrées aux personnels de santé qui permettent de mesurer et de suivre l'ensemble d'indicateurs de base de l'Encadré 6.1. Il s'ensuit que l'analyse par les pouvoirs publics des flux de dépenses globaux et de la productivité relative du système a été réduite. Les outils tels que le Système de comptes de la santé (*2*) et le projet de lignes directrices SHA (*26*) invitent les pays à déclarer le nombre des agents mais aucune ventilation des dépenses liées aux RHS n'est en général effectuée. Il existe aussi d'autres instruments et d'autres ressources ; le *Guide pour l'élaboration des comptes nationaux de la santé* (*3*) donne une classification du coût des ressources incluant le détail des utilisations des fonds recueillis par les prestataires, qui peut être croisée avec une classification des acquisitions de ces ressources par les agents de financement (para 5.19 et 5.20). Un manuel apparenté sur la mesure des dépenses de santé par l'Organisation panaméricaine de la Santé (*27*) inclut une structure des coûts, qui table sur le suivi par le Système de comptabilité nationale des flux de ressources, censé reposer sur les systèmes d'information sur la santé disponibles et d'autres sources de données (nouvelles et existantes) pour effectuer des calculs indirects (voir par exemple le paragraphe 282). Le questionnaire commun de collecte des données OCDE, Eurostat et OMS (*14*) inclut les coûts liés aux RHS utilisés par la prestation des soins uniquement en tant que RHS par prestataire dans un tableau « memorandum ».

Figure 6.5 Flux de ressources dans un système de santé : représentation comptable



D'après : Hernandez et Poullier (*25*)

Dans un tableau sur le coût des ressources incluant les principales rubriques de dépenses engagées dans le processus de production, le facteur humain apparaît comme une mesure agrégée pour tous les salariés (recueillie dans les établissements) et pour le revenu du travail non salarié. Davantage de données sont d'ordinaire disponibles pour les entités publiques, ce qui permet de présenter la somme des gains totaux sans ventilation par type de travailleur. À ce jour, peu de comptes de la santé incluent un tableau détaillé des coûts contenant les RHS, étiquetées par certains comptables « rubrique détaillée » ou « type de dépenses ». Les données sont généralement présentées dans une classification croisée par dispensateur ou avec les agents de financement.[2]

2 Dans les comptes de la santé : tableau sur le coût de la prestation x coût des ressources (HP x RC) et/ou tableau sur le coût du financement x coût des ressources (HF x RC).

Encadré 6.4 Définition de la rémunération des salariés et du revenu du travail indépendant

Rémunération des salariés

La rémunération des salariés se définit comme le total des rémunérations, en espèces ou en nature, que doit verser une entreprise à un salarié en contrepartie du travail accompli par ce dernier au cours de la période comptable. Les traitements et les salaires et les cotisations sociales versées par les employeurs sont inclues.

Les *traitements* et les *salaires* des employés du secteur de la santé comprennent la rémunération en espèces et une allocation pour des avantages en nature au titre d'activités de santé : paiements à intervalles réguliers, salaires à la pièce, indemnités pour les heures supplémentaires, le travail de nuit, le week-end ou à d'autres heures inhabituelles, indemnités pour un travail accompli loin du domicile, dans des circonstances inconfortables ou dangereuses, comme les indemnités liées au logement, aux voyages ou à la maladie, primes exceptionnelles, commissions, gratifications et fourniture en nature de biens et services non requis pour l'exécution du travail, comme les repas et les boissons, les uniformes et les moyens de transport.

Les *cotisations sociales* versées par les employeurs pour le compte des salariés du secteur de la santé incluent les paiements effectifs ou imputés aux régimes de sécurité sociale afin d'assurer aux salariés le droit à des prestations autres que salariales. L'évaluation des cotisations sociales couvre les versements des employeurs aux systèmes de sécurité sociale ou aux régimes d'assurance sociale privés conçus pour assurer à leurs salariés des prestations sociales ; il convient d'y ajouter les cotisations sociales imputées à la charge des employeurs qui assurent des prestations sociales par répartition. Une convention statistique estime que les employés reçoivent une rémunération brute avec laquelle ils paient leur part des cotisations aux systèmes de protection sociale, qu'il s'agisse de caisses de sécurité sociale ou de régimes reposant sur des fonds privés ou par répartition.

Le suivi des cotisations sociales est assuré au moyen des dossiers administratifs. Les cotisations sociales imputées à la charge des employeurs sont estimées pour les prestations sociales par répartition payées par les employeurs et elles correspondent aux montants qui seraient nécessaires pour leur assurer des prestations sociales. Les taxes dues par un employeur sur les traitements et les salaires sont exclues.

Revenu du travail indépendant

Le revenu du travail indépendant concerne les praticiens de la santé indépendants. Après déduction de la valeur ajoutée de la rémunération des employés, des taxes et des allocations, le solde du compte d'exploitation obtenu est décrit comme l'excédent d'exploitation ou le revenu mixte.

L'*excédent d'exploitation* est la mesure de l'excédent ou du déficit engendré par le processus de production avant déduction des intérêts, loyers ou charges similaires à payer éventuellement sur les actifs financiers ou les actifs corporels non produits qui appartiennent, sont empruntés ou sont loués par l'entreprise. L'excédent d'exploitation brut inclut les bénéfices des actifs appartenant à l'entreprise et utilisés dans le processus de production ; en calculant leur montant net, on peut isoler la composante rémunération.

Cette composante est aussi appelée *revenu mixte* pour les entreprises non constituées en sociétés appartenant aux membres de ménages, individuellement ou en partenariat avec d'autres, dans lesquelles il arrive que les propriétaires ou d'autres membres de leurs ménages travaillent sans recevoir de salaire ou de traitement. Le revenu de leur travail est principalement assimilé au revenu de l'entreprise. Le revenu mixte contient un élément de rémunération du travail accompli par le propriétaire, ou d'autres membres de leurs ménages, qui ne peut être distingué des profits retirés par le propriétaire en tant qu'entrepreneur. Les entreprises non constituées en sociétés qui ne sont pas des quasi-sociétés sont considérées comme appartenant à cette catégorie, à l'exception des propriétaires occupant leur logement en leur capacité de producteurs de services de logement destinés à leur propre consommation finale et des ménages employant du personnel domestique rémunéré, activité qui ne dégage aucun excédent. Le revenu mixte est de plus en plus décrit comme une valeur indépendante.

Suite…

Suite de l'encadré

- Le concept d'excédent d'exploitation ou de revenu mixte n'est pas appliqué pour mesurer le revenu de travailleurs dans le secteur public ni dans les établissements sans but lucratif.
- Les entreprises non constituées en sociétés qui vendent régulièrement la plus grande partie de leur production doivent être traitées comme des entreprises marchandes. Les groupes de ménages qui s'engagent en commun dans des activités pour leur propre usage individuel ou pour celui de la collectivité doivent être traités comme des associations informelles engagées dans une activité de production non marchande. Les ménages qui produisent des services en font partie lorsqu'ils occupent leurs propres logements dans leur production, et qu'elles emploient du personnel rémunéré pour produire des services. La production de ces services n'engendre pas un revenu mixte. Il n'y a pas d'apport de travail dans la production des services de logements par les propriétaires-occupants, si bien que l'excédent qui en résulte éventuellement est un excédent d'exploitation. Il n'y a pas d'excédent engendré par l'emploi de personnel domestique rémunéré (SNA93 4.148 à 4.150).

La relation de travail

La nature de la relation de travail doit être définie. Il existe une relation d'employeur à salarié dès lors qu'une entreprise et un individu passent, sur une base volontaire, un accord, formel ou informel, par lequel l'individu travaille en échange d'une rémunération en espèces ou en nature, calculée sur la base du temps passé au travail ou du travail effectué. Les travailleurs indépendants, par définition, travaillent pour leur propre compte (SNA93 : para. 7.23–24). Tel qu'il est appliqué, le concept exclut le travail pour lequel aucune rémunération n'est due, effectué par les membres d'un ménage au sein d'une entreprise non constituée en société appartenant à ce ménage.

Paiements

La nature des paiements doit aussi être claire et traitée conformément aux accords internationaux : les traitements et salaires en espèces ne doivent pas inclure le remboursement par les employeurs des dépenses engagées par les salariés pour exercer leur profession ou effectuer leur travail, et notamment :

- le remboursement des frais de voyage, de déménagement, ou de dépenses analogues, supportés par les salariés lorsqu'ils prennent un nouvel emploi, ou qu'ils doivent déménager à la demande de leur employeur vers une autre région ou vers un autre pays ;
- le remboursement des dépenses consenties par les salariés pour l'achat d'outils, de matériel, de vêtements spéciaux ou d'autres articles dont ils ont besoin, uniquement ou principalement, pour être capables d'effectuer leur travail.

Les montants remboursés sont traités en consommation intermédiaire des employeurs. Dans la mesure où les salariés, tenus par leur contrat de travail d'acheter des outils, du matériel, des vêtements spéciaux, etc., ne sont pas intégralement remboursés, la partie des dépenses qui reste à leur charge doit être déduite du montant qu'ils reçoivent sous forme de salaires ou de traitements, et la consommation intermédiaire des employeurs doit être augmentée en conséquence. Les dépenses consacrées à l'achat d'articles utilisés exclusivement, ou principalement, pour le travail, ne font pas partie des dépenses de consommation finale des ménages, qu'elles soient ou non remboursées.

D'après : SNA93 (chapitre 7) (*1*).

Des exemples de présentation (simplifiée) de données provenant de deux systèmes nationaux de comptes de la santé sont donnés dans les Tableaux 6.1 et 6.2 (*28, 29*). Le premier, pour le Mexique, montre la distribution des paiements aux prestataires dans la colonne « services personnels ». Le deuxième, pour le Pérou, fournit davantage d'informations sur la ventilation institutionnelle entre les divers acteurs du système de santé. Les éléments « valeur ajoutée » permettent de reconnaître la rémunération des employés et le revenu des travailleurs indépendants (voir la section suivante et l'Encadré 6.4 pour des détails techniques sur les principes comptables apparentés).

Tableau 6.1 Distribution en pourcentage des dépenses par type d'agent de soins de santé, Comptes de la santé du Mexique, 1995

Établissement	Type de dépenses (%)					Total
	Services personnels	Services généraux	Fournitures	Infrastructures[a]	Non précisé	
Assurance-maladie et sécurité sociale	44.4	39.4	12.1	3.3	0.9	100
Services financés par l'impôt	65.8	9.5	9.3	6.1	9.3	100
Assurance médicale privée	22.6	25.7	43.9	7.9	–	100
Services médicaux privés	19.3	22.0	51.9	6.7	–	100

a. Les dépenses consacrées aux infrastructures sont incluses dans ce tableau mais à la recherche d'une comptabilité d'exercice à trois axes, une approche à deux niveaux ne couvre que les dépenses actuelles.

D'après : Fundación Mexicana para la Salud (*28*).

Tableau 6.2 Distribution en pourcentage des dépenses par prestataire principal, Comptes de la santé du Pérou, 2000

Composantes	Public (%)		Privé (%)	
	Ministère de la santé	Assurance-maladie/ sécurité sociale	À but lucratif	Sans but lucratif
Consommation immédiate	**40.5**	**41.5**	**32.7**	**55.0**
Ressources médicales et produits pharmaceutiques	11.2	21.1	8.0	13.8
Biens et services non médicaux	29.3	20.3	24.7	41.2
Valeur ajoutée	**48.5**	**50.4**	**61.8**	**43.6**
Rémunération	45.1	45.3	12.3	38
Services professionnels	–	–	13.6	–
Taxes	1.0	1.6	9.3	2.7
Dépréciation	2.4	3.4	3.3	2.9
Excédent d'exploitation	–	–	23.3	0
Investissement	**8.4**	**8.1**	**5.5**	**1.4**
Transferts à des organismes locaux	**2.6**	**–**	**–**	**–**
Total	**100**	**100**	**100**	**100**

D'après : Ministerio de Salud del Perú (*29*).

6.4.2 Cadre de la comptabilité nationale

Le système de comptabilité nationale décrit les flux financiers entre différentes composantes et dimensions d'une économie de marché : production, revenu, consommation, accumulation et richesse et leurs liens réciproques. Le système est subdivisé en nombreuses branches différentes, dont la santé (sous le titre « activités de santé humaine et d'action sociale » parmi 21 branches de la CITI). Les limites et les règles des cadres de comptabilité permettent de créer un ensemble d'indicateurs, présentés dans les tableaux de base, et indiquant la dimension de la branche santé par rapport aux autres branches sociales et économiques et à l'économie en général. Les comptes d'utilisation du revenu présentent les traitements et les salaires des employés dans chaque branche (tableaux de

Tableau 6.3 Composantes de la rémunération dans le tableau « emplois » du compte d'utilisation du revenu, Système de comptabilité nationale

		S11	S12	S13	S14	S15	S1
Code	Opérations et soldes comptables	Sociétés non financières	Sociétés financières	Adminis-trations publiques	Ménages	Institutions sans but lucratif au service des ménages	Économie totale
D1	**Rémunération des employés**	**549**	**15**	**142**	**39**	**24**	**769**
D2	Taxes sur la production et les importations						235
D3	Subventions						-44
B2g	Excédent d'exploitation, brut	254	55	44	92	7	452
B3g	Revenu mixte, brut				442		442
P61	Consommation de capital fixe sur les excédents d'exploitation bruts	137	10	30	32	3	212
P62	Consommation de capital fixe sur le revenu mixte brut				10		10
B2n	Excédents d'exploitation, nets	117	45	14	60	4	240
B3n	**Revenu mixte, net**				**432**		**432**

D'après : Système de comptabilité nationale 2008, Tableau 7.1 : Établissement d'un compte d'utilisation du revenu – format concis – emplois (version concise) (*30*).

distribution primaire du revenu) et les paiements apparentés pour les cotisations sociales (tableaux de distribution secondaire du revenu) ; le revenu des personnels desanté indépendants est en principe enregistré en termes d'excédent d'exploitation brut et de revenu mixte. Les rapports nationaux font de plus en plus apparaître un revenu mixte indépendant et des valeurs nettes (la consommation de capital est déduite pour donner des valeurs nettes).

La présentation recommandée des composantes du revenu est décrite dans le Tableau 6.3 (*30*). Le cas échéant, la rémunération des employés et le revenu mixte net peuvent être obtenus directement à partir de cette présentation aux fins de la prise des décisions.

Pour de nombreux pays, les informations statistiques sur les dépenses liées aux RHS obtenues au moyen des comptes nationaux sont présentées dans les tableaux sur la distribution primaire du revenu diffusés par divers organismes internationaux (ainsi que les recherches apparentées et les ressources méthodologiques), et notamment l'OCDE (*31*), Eurostat (*32*) et la Division de statistiques de l'Organisation des Nations Unies (*33*).[3] La rémunération des salariés du secteur public de la santé est aussi présentée de plus en plus dans la composante de la comptabilité nationale qui traite des dépenses publiques générales (selon la division 07 de la COFOG) *(33, 35*). Le SNA93 recommande des ventilations plus complexes (Tableaux 18.2–18.4) mais elles sont rarement élaborées.

Le Tableau 6.4 présente un exemple simplifié des tableaux inclus dans la comptabilité nationale de l'Afrique du Sud, et notamment une liste d'industries provenant des colonnes et des rangs du tableau des ressources et des emplois (*36*). La colonne « santé et action sociale » permet de suivre de près les achats

3 À la mi-2008, les tableaux élaborés dans de nombreux pays correspondent encore à l'édition de 1968 du manuel sur le système de comptabilité nationale, et ne reflètent donc pas nécessairement l'évolution des comptes nationaux (*34*).

Tableau 6.4 Comptes nationaux, tableau des ressources et des emplois, Afrique du Sud, 2002 (millions de Rand, présentation partielle)

Emplois de produits	Total des ressources aux prix d'acquisitions	Taxes sur les produits	Subventions sur les produits	Industrie						Total industrie	Total économie
				Agriculture	Charbon	Or	Administration publique générale	Santé et action sociale	Activité/ services		
				I1	I2	I3	I92	**I93**	I94	I95	I96
Produits agricoles	102 613			3 296	11	12	146	58	77	52 298	
Charbon et lignite	38 543			3	2	28	81	80	5	23 742	
Produits pétroliers	88 240			3 503	548	234	1 582	958	288	51 295	
Produits pharmaceutiques	36 256			1 979	11	66	5 269	6 670	–	22 857	
Instruments optiques	22 594			–	93	132	2 736	3 512	550	12 590	
Électricité	39 269			490	493	2 130	434	347	537	26 628	
Bâtiments	64 294			168	8	10	874	334	242	25 501	
Services de transport	137 197			4 917	7 338	185	2 731	931	744	79 089	
Communications	102 299			27	77	86	3 403	2 353	2 220	76 669	
Services d'assurance	133 078			1 232	–	41	1 467	609	1 745	88 447	
Services immobiliers	125 178			16	33	34	1 639	4 306	1 544	57 045	
Autres services commerciaux	111 811			68	759	1 550	7 709	5 153	2 792	102 245	
Services publics généraux	241 233			–	–	–	21 139	2 832	–	24 755	
Santé et action sociale	63 153			975	–	–	2 497	80	496	6 097	
Acquisitions par des résidents	19 601									–	
Acquisitions par des non-résidents	–									–	
Total des emplois aux prix d'acquisition	2 961 897			41 816	19 590	17 353	82 359	35 565	23 342	1 453 588	–
Total brut de la valeur ajoutée/produit national brut		109 660	(4 762)	44 179	17 464	26 915	157 391	24 664	37 966	1 063 879	1 168 777
Rémunération des salariés				10 730	6 420	14 255	136 085	**12 059**	31 693	520 501	520 501
Impôts moins subventions		109 660	(4 762)	(749)	328	461	2 260	802	763	21 543	126 441
Impôts sur les produits		109 660								–	109 660
Subventions sur la production			(4 762)							–	(4 762)
Autres impôts moins subventions sur la production				(749)	328	461	2 260	802	763	21 543	21 543
Excédent d'exploitation brut/revenu mixte				34 198	10 716	12 199	19 046	**11 803**	5 510	521 835	521 835
Total aux prix de base				85 995	37 054	44 268	239 750	60 229	61 308	2 517 467	

D'après : Statistiques de l'Afrique du Sud (*36*).

de produits ; il est possible d'affiner davantage en établissant une subdivision entre services de santé et services sociaux (non présentée ici).

Ainsi qu'il a été dit précédemment, les données sur les RHS issues des comptes nationaux sont généralement limitées aux travailleurs qui dispensent des services et elles peuvent donc sous-évaluer le total escompté d'un cadre de comptes de la santé. Là où la comptabilité nationale est la seule source d'information, ces estimations devraient être complétées pour bien représenter la gamme élargie des activités du système de santé, suivies au moyen d'une présentation détaillée au niveau du prestataire ou du produit, selon la configuration de la CITI et de la CPC respectivement (voir la section 6.3.1 ci-dessus).

6.4.3 Comptes publics généraux

L'expansion du suivi des finances publiques et d'autres méthodes de bonne administration permet de disposer d'informations relativement complètes sur les dépenses du secteur public dans de nombreux pays d'Asie et d'Amérique latine, et dans un nombre croissant de pays d'Afrique et de la Méditerranée orientale. Les données pour le suivi des comptes publics généraux proviennent de divers établissements du secteur public. Si certains pays calquent leurs données liées à la santé sur la COFOG et la CITI, il n'existe pas de méthode de classification unique des dépenses liées aux RHS qui soit utilisée uniformément par tous les pays, ni même à l'intérieur des pays. Dans le cas du Portugal, par exemple, les écarts dans l'univers du secteur de la santé entre les exercices comptables sont responsables de l'exclusion des activités des établissements de médecine légale des comptes de la santé du Portugal, qui figurent néanmoins dans la comptabilité nationale de 2008.

Le Fonds monétaire international fait actuellement campagne pour l'application d'une classification type aux statistiques des finances publiques, et la création d'une subdivision relative à la santé, incluant la rémunération des salariés définie en termes similaires à ceux du SNA93 – à savoir les traitements et les salaires (en espèces et en nature) plus les cotisations sociales (réelles et imputées) (*37, 38*).[4] Bien que les pays soient de plus en plus nombreux à publier des rapports suivant cette norme, toute analyse comparative oblige à vérifier soigneusement les délimitations réelles des dépenses liées aux RHS ; des différences de traitement de certains éléments clefs peuvent affecter la dynamique du travail, telles les allocations, les incitations et les garanties de prêt.

6.5 Résumé, conclusions et autres faits récents

Le présent chapitre a porté sur les outils, les méthodes et les moyens habituels servant à mesurer les dépenses consacrées aux personnels de santé en tant qu'élément des stratégies globales de suivi et d'évaluation des RHS. D'aucuns ont fait valoir les nombreux avantages d'une estimation intégrée des dépenses liées aux RHS dans les estimations systématiques des comptes – le système de comptabilité nationale ou, de préférence, les comptes de la santé. Il est vrai qu'un processus complet et harmonisé de collecte et de traitement des données requises, et la collecte de données et les analyses complémentaires effectuées pour recenser et combler les déficits d'information s'accompagnent d'économies d'échelle et d'avantages qualitatifs.

Une étroite collaboration entre les comptables du secteur de la santé et les comptables nationaux est conseillée pour compléter et affiner les estimations disponibles des dépenses liées aux RHS. Lorsque les données proviennent de la comptabilité nationale, l'ajustement nécessaire le plus important consiste à repousser les frontières du système de santé pour les faire coïncider avec celles des comptes de la santé. Il y a alors avantage à générer les données de manière ascendante (estimer les diverses composantes séparément puis les additionner) ; ce qui donne une plus grande souplesse d'utilisation des données selon les besoins spécifiques. A défaut de dossiers complets et de mises à jour des dépenses liées aux RHS, plusieurs mesures progressives peuvent être prises pour procéder à une évaluation complète : des personnes assurant la prestation de services de santé à celles qui s'acquittent de tout l'éventail des activités du système de santé, de la mesure des seuls traitements et salaires à l'inclusion des contributions non salariales, ou des dépenses publiques à l'ensemble des sources financières (internes et externes).

Assurer la qualité, la cohésion, la cohérence et la pertinence des données – qui peuvent provenir de plusieurs sources – nécessite en permanence des vérifications, pendant la collecte, l'intégration, les ajustements et la modélisation (*39*). Les actions requises peuvent inclure les suivantes : validation et ajustements des données (pour corriger les biais, les erreurs, les déficits et les solutions de continuité) ; ajustements conceptuels (par exemple pour aligner les chiffres utilisant les définitions

4 Voir Fonds monétaire international *Manuel de statistiques de finances publiques 2001*, para. 4.26 et Tableau 6.1 : Classification économique des charges (*37*). Les documents d'accompagnement et les recherches sur les statistiques de finances publiques, et notamment le traitement des données sur les RHS dans le questionnaire annuel, sont disponibles sur le site web du Fonds monétaire international (*38*).

de la comptabilité nationale sur ceux des comptes de la santé) ; ajustements aux fins de l'exhaustivité (pour couvrir les activités dissimulées, les paiements informels et autres) ; et ajustements aux fins de l'équilibre (par exemple entre l'offre et la demande de personnels de santé).

De plus, selon les préoccupations des pouvoirs publics, une ventilation particulière des dépenses estimatives liées aux RHS ou des analyses supplémentaires débordant le cadre des méthodes habituelles applicables aux comptes de la santé et à la comptabilité nationale pourront être nécessaires. Des directives relatives à l'établissement de sous-comptes de la santé pour la production d'estimations supplémentaires sont en cours d'élaboration et d'essai par l'OMS (*40, 41*) dans les domaines suivants :

- Sous-comptes pour certaines maladies et certains programmes (et notamment les services suivants : paludisme, santé génésique, VIH/sida et tuberculose) ;
- Sous-comptes pour les programmes de santé des enfants ;
- Sous-comptes régionaux de la santé (tableaux de répartition pour certaines régions d'un pays – particulièrement adaptés aux systèmes de santé décentralisés) ;
- Sous-comptes pour certains groupes de population (tableaux de répartition en termes d'allocation des dépenses selon les caractéristiques des clients des services de santé, par tranche d'âge, sexe ou autre caractéristique socioéconomique, par exemple).

Il faut en même temps reconnaître qu'il n'existe actuellement pas de directives spécifiques pour démêler l'ensemble des estimations relatives au coût des personnels de santé, et ce pour tous les stades de la vie active. Sur la base des calculs effectués dans plusieurs pays, des mesures se sont avérées nécessaires dans les domaines suivants pour permettre une évaluation complète des dépenses consacrées aux RHS :

- Problèmes de délimitation pour distinguer entre les personnes actives dans le système de santé s'acquittant de la prestation des services de soins de santé par opposition aux autres fonctions et activités ;
- Difficultés concernant l'exhaustivité et la couverture des informations sur l'effectif et la distribution des RHS (par exemple, absence de base de données centralisée, insuffisance des détails pour la ventilation) ;
- Problèmes de cohérence des informations sur les RHS entre les diverses source de données, comme les suivants : manque de pratiques types pour classer les travailleurs par profession et niveau d'études ; différences des pratiques pour évaluer les équivalents plein-temps entre groupes d'agents de santé ; double comptage potentiel des agents de santé (par exemple lorsqu'ils ont plusieurs diplômes ou occupent plusieurs postes) ; et, compte tenu de ces différences, difficultés à interpréter et comparer les résultats statistiques entre les pays et à l'intérieur des pays.

En résumé, le renforcement des systèmes d'information nationaux, une meilleure utilisation des données disponibles et l'intensification des mesures prises pour harmoniser les définitions et les unités de mesure appropriées pour les comptes relatifs aux personnels de santé devraient assurer que les investissements en faveur des personnels de santé sont convenablement surveillés et évalués. Ces informations essentielles peuvent aider les pouvoirs publics à résoudre de nombreuses questions importantes, comme le coût de l'amélioration des interventions de santé ou de la fourniture d'incitations pour mieux fidéliser et motiver les personnels et assurer la qualité et l'efficacité économique des services.

Bibliographie

1. United Nations, World Bank, International Monetary Fund, Organisation for Economic Cooperation and Development, Commission of the European Communities. *System of National Accounts 1993*. New York, United Nations Statistics Division, 1994 (http://unstats.un.org/unsd/sna1993/toctop.asp?L1=5, consulté le 26 février 2009).

2. *A System of Health Accounts*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2000 (http://www.oecd.org/dataoecd/41/4/1841456.pdf, consulté le 13 janvier 2009).

3. Organisation mondiale de la Santé, Banque Mondiale et Agence des Etats-Unis pour le Développement International. *Guide pour l'élaboration des comptes nationaux de la santé, avec des applications spéciales pour les pays à faible et à moyen revenus*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005 (http://www.who.int/nha/docs/French%20PG-Final.pdf, consulté le 13 janvier 2009).

4. *National health accounts*. World Health Organization Statistical Information System (http://www.who.int/whosis/indicators/2007NationalHealthAccounts1/en/, consulté le 13 janvier 2009).

5. *Comptes nationaux de la santé*. Organisation mondiale de la Santé (http://www.who.int/nha/fr/index.html, consulté le 13 janvier 2009).

6. *Statistics on occupational wages and hours of work and on food prices*. Geneva, International Labour Organization, 2000.

7. *La Classification internationale type des professions (CITP)*. Organisation internationale du Travail (http://www.ilo.org/public/french/bureau/stat/isco/index.htm, consulté le 13 janvier 2009).

8. *Classification Internationale Type de l'Education: CITE 1997*. Paris, UNESCO, 1997 (http://www.uis.unesco.org/TEMPLATE/pdf/isced/ISCED_F.pdf, consulté le 13 janvier 2009).

9. *Classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité économique (CITI), révision 4*. New York, Division de statistique de l'Organisation des Nations Unies (http://unstats.un.org/unsd/cr/registry/isic-4.asp, consulté le 13 janvier 2009).

10. *Classification centrale de produits (CPC), version 1.1, structure détaillée et notes explicatives*. Division de statistique de l'Organisation des Nations Unies (http://unstats.un.org/unsd/cr/registry/regcst.asp?Cl=16&Lg=2, consulté le 14 janvier 2009).

11. *Classification des fonctions des administrations publiques (COFOG): structure détaillée et notes explicatives*. Division de statistique de l'Organisation des Nations Unies (http://unstats.un.org/unsd/cr/registry/regcst.asp?Cl=4&Top=2&Lg=2, consulté le 14 janvier 2009).

12. *Classification des dépenses des producteurs par fonction (COPP): structure détaillée et notes explicatives*. Division de statistique de l'Organisation des Nations Unies (http://unstats.un.org/unsd/cr/registry/regcst.asp?Cl=7&Top=1&Lg=2, consulté le 14 janvier 2009).

13. *European System of Accounts (ESA95)*. Luxembourg, Eurostat, European Commission, 1996 (http://circa.europa.eu/irc/dsis/nfaccount/info/data/ESA95/en/titelen.htm, consulté le 26 février 2009).

14. *Joint OECD-Eurostat-WHO SHA data questionnaire*. Organisation for Economic Co-operation and Development, Eurostat and World Health Organization, 2008 (http://www.oecd.org/health/sha/jointquestionnaire, consulté le 14 janvier 2009).

15. Poullier JP. *National health accounts manual*. Ramallah, Palestine Ministry of Health, 2007.

16. De la Fuente A, Lequellier F. *Measuring employment in national accounts*. Presented at the joint UNECE/Eurostat/OECD meeting on national accounts and update of SNA, Geneva, 25–28 April 2006 (http://www.unece.org/stats/documents/2006.04.sna.htm, consulté le 14 janvier 2009).

17. *Human resources of European health systems*. Augsburg, BASYS, 2001 (http://circa.europa.eu/Public/irc/dsis/health/library?l=/reports/caresgroup/hla&vm=detailed&sb=Title, consulté le 14 janvier 2009).

18. Van Polanen Petel V. *Health labour accounts and the system of national accounts*. Presented at the fifth meeting of the Eurostat Technical Group on Health Care Statistics, Luxembourg, 19–20 June 2006.

19. Statistics Canada. *Wages and salaries by branch*. Presented at the joint UNECE/Eurostat/OECD meeting on national accounts and update of SNA, Geneva, 25–28 April 2006 (http://www.unece.org/stats/documents/2006.04.sna.htm, consulté le 14 janvier 2009).

20. Maynard JP, Girard A, Tanguay M. *Producing hours worked for the SNA in order to measure productivity : the Canadian experience*. Presented at the joint UNECE/Eurostat/OECD meeting on national accounts and update of SNA, Geneva, 25–28 April 2006 (http://www.unece.org/stats/documents/2006.04.sna.htm, consulté le 14 janvier 2009).

21. Surinov A, Masakova I. *Using employment statistics in the national accounts of the Russian Federation*. Presented at the joint UNECE/Eurostat/OECD meeting on national accounts and update of SNA, Geneva, 25–28 April 2006 (http://www.unece.org/stats/documents/2006.04.sna.htm, consulté le 14 janvier 2009).

22. *National accounts : a practical introduction*. Studies in Methods Series F, No. 85. New York, United Nations Statistics Division, 2003 (http://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesF/seriesF_85.pdf, consulté le 14 janvier 2009).

23. *Main economic indicators : comparative methodological analysis – wage related statistics*, volume 2002, supplement 3. Paris, Organization for Economic Co-operation and Development, 2003 (http://www.oecd.org/dataoecd/20/18/16455130.pdf, consulté le 14 janvier 2009).

24. *Non observed economy in national accounts : survey of national practices*. Geneva, United Nations Economic Commission for Europe, Statistical Division, 2008 (http://www.unece.org/stats/publications/NOE2008.pdf, consulté le 14 janvier 2009).

25. Hernandez P, Poullier JP. *Health systems, health financing and their measurement*. Presented at the joint CPC/PAHO/WHO/FUNSALUD workshop on development of national health accounts in the Caribbean, Bridgetown, 10–14 September 2001.

26. *SHA guidelines project*. Luxembourg, Eurostat, 2003 (http://circa.europa.eu/Public/irc/dsis/caretf/library?l=/feedback/projectsreports/, consulté le 14 janvier 2009).

27. *Satellite health account (SHA) manual*, version 1. Washington, DC, Pan American Health Organization, 2005 (http://www.paho.org/english/dpm/shd/hp/satellite-health-account-manual-fin05.pdf, consulté le 14 janvier 2009).

28. *Cuentas nacionales de salud*. Mexico, Fundación Mexicana para la Salud, 1998 (http://healthsystems2020.org/content/resource/detail/1323/, consulté le 14 janvier 2009).

29. *Cuentas nacionales de salud 1995–2000*. Lima, Ministerio de Salud del Perú, 2003.

30. *System of National Accounts 2008*. Pre-edited version of volume 1. Commission of the European Communities, International Monetary Fund, Organisation for Economic Cooperation and Development, United Nations, World Bank, 2008 (http://unstats.un.org/unsd/sna1993/draftingphase/WC-SNAvolume1.pdf, consulté le 14 janvier 2009).

31. *National accounts*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (http://www.oecd.org/std/national-accounts, consulté le 14 janvier 2009).

32. *ESA95 core national accounts*. Luxembourg, Eurostat (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=2854,63497418,2854_63867997&_dad=portal&_schema=PORTAL, consulté le 14 janvier 2009).

33. *National accounts statistics : main aggregates and detailed tables, 2006*. United Nations Publication ST/ESA/STAT/SER.X/39, parts I, II and III. New York, United Nations Statistics Division, 2008.

34. *Joint UNSD-Eurostat Conference on International Outreach and Coordination in National Accounts for Sustainable Growth and Development*. Luxembourg, Eurostat, 6–8 May 2008 (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=2313,68881303&_dad=portal&_schema=PORTAL, consulté le 14 janvier 2009).

35. Cheung P. The System of National Accounts : implementation status and implications for the ICP. *International Comparison Program Newsletter* , 2007, 4(1) :1–9 (http://siteresources.worldbank.org/ICPINT/Resources/ICPNewsletter_Feb07_Web.pdf, consulté le 14 janvier 2009).

36. *National accounts : supply and use table*. Pretoria, Statistics South Africa, 2002.

37. *Government finance statistics manual 2001 (GFSM 2001)*. Washington, DC, International Monetary Fund, 2001 (http://www.imf.org/external/pubs/ft/gfs/manual/pdf/all.pdf, consulté le 14 janvier 2009).

38. *Government finance statistics (GFS) : companion materials and research*. Washington, DC, International Monetary Fund (http://www.imf.org/external/pubs/ft/gfs/manual/comp.htm, consulté le 14 janvier 2009).

39. Akritridis L. Accuracy assessment of national accounts statistics. *Economic Trends*, 2002, 589 :38–53.

40. *Comptes nationaux de la santé par maladie, par programme, par groupe de la population et par région*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (http://www.who.int/nha/developments/fr/, consulté le 14 janvier 2009).

41. *Guide to producing regional health accounts within the national health accounts framework*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/nha/developments/Guide %20to %20Producing %20Regional %20Health %20Accounts.pdf, consulté le 20 février 2009).

7 L'analyse des personnels de santé fondée sur les évaluations des établissements de santé

BOLAJI FAPOHUNDA, NANCY FRONCZAK, SHANTHI NORIEGA MINICHIELLO, BATES BUCKNER, CATHERINE SCHENCK-YGLESIAS, PRIYA PATIL

7.1 Introduction

La couverture et la qualité des services de soins, comme en témoigne la littérature sanitaire mondiale, sont directement liées au nombre et à la performance des personnels de santé. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a par exemple montré, documents à l'appui, que plus la densité des agents de santé nationaux est élevée, plus la couverture de certains services de soins de santé primaires, et notamment des interventions de santé maternelle et infantile, tend à s'accroître (*1*). Prenant comme point de référence les objectifs du Millénaire pour le développement, l'OMS déclare que les pays où le déficit de médecins, d'infirmières et de sages-femmes est le plus sensible sont ceux qui risquent le plus de ne pas atteindre les cibles liées à la couverture. La région de l'Afrique – qui ne compte que 3 % de l'effectif mondial estimé à 59,2 millions d'agents de santé mais qui supporte 24 % de la charge de morbidité mondiale – est la plus touchée par les pénuries de personnel de santé et le déséquilibre des effectifs dans le monde (*1*).

La réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé aux niveaux national et régional passera par l'augmentation du nombre et l'amélioration de la qualité des personnels de santé. Pour combler les déficits de ressources humaines pour la santé (RHS) et corriger les déséquilibres existants, il faudra renforcer les programmes d'éducation et de formation des agents de santé, améliorer les conditions de travail dans le secteur de la santé (y compris les traitements et les avantages des personnels) et nouer des liens de coopération et de collaboration au niveau des administrateurs des personnels de santé à l'intérieur des pays et entre les pays. Par un suivi de la dynamique des personnels de santé reposant sur des données factuelles on s'assurera que les éléments inclus dans la politique et les programmes contribuent à obtenir les résultats escomptés.

Le défaut de données complètes et fiables, disponibles à temps, sur les résultats liés aux RHS se traduit souvent par une méconnaissance de la situation des personnels et nuit à l'élaboration de politiques reposant sur des bases factuelles parmi les acteurs concernés aux niveaux national et international. Le manque d'informations et de données factuelles sur le personnel de santé dans de nombreux pays au revenu faible ou intermédiaire peut être imputé à plusieurs facteurs, et notamment aux suivants : absence de cadre commun permettant de comprendre les problèmes liés aux RHS ; disponibilité et qualité insuffisantes des données ; manque de précision des définitions et des classifications de certaines catégories d'agents de santé ; capacité technique insuffisante pour procéder à l'analyse des ressources humaines dans le pays ; absence d'instruments de mesure appropriés ; et insuffisance des investissements en faveur des systèmes d'information sanitaire nationaux (*1–3*). L'absence de méthodes normalisées d'évaluation des RHS, en particulier, rend plus difficile l'analyse comparative dans la durée et entre les pays qui permettrait de mieux comprendre les incidences des différentes situations, politiques et interventions sur la performance des ressources humaines et des systèmes de santé et, en définitive, sur la santé de la population.

Les évaluations conduites dans le cadre des établissements de santé (EES), objet du présent chapitre, servent à recueillir des données qui pourraient constituer une importante source d'informations pour le suivi des personnels de santé. Plusieurs pays procèdent déjà à de telles évaluations, qui font l'objet d'une demande croissante. Les établissements de santé sont les lieux où sont dispensés les services à l'intérieur du secteur de la santé structuré, à savoir, notamment, les hôpitaux, les centres de santé, les dispensaires et les postes de santé. Les protocoles des EES visent à recueillir des informations en temps réel (au moment de l'évaluation) sur un élément essentiel du système de santé en général : la prestation de services en établissement. Selon la nature des instruments de collecte des données, les EES peuvent fournir des informations détaillées sur la disponibilité, la distribution, les

qualifications, la palettedes compétences, la formation et la performance des personnels de santé. Ces informations peuvent servir à établir, notamment, si les schémas de dotation en personnel existants correspondent aux niveaux souhaités ou prévus de dotation en personnel et si les qualifications des membres du personnel sont adaptées aux tâches qui leur sont confiées, et à déterminer la nature et l'étendue des disparités géographiques ou autres déséquilibres de la dotation en personnel. Les EES peuvent également renseigner sur le contexte élargi du marché des agents de santé, et notamment sur les pratiques gestionnaires et autres aspects de l'environnement professionnel (ainsi les infrastructures et la disponibilité de fournitures et de matériel médicaux), et sur la manière dont ces variables affectent la quantité et la performance des agents de santé. En résumé, les EES peuvent étayer la politique de santé en indiquant ce qui se passe sur le terrain, là où sont effectivement dispensés les services.

Le présent chapitre a pour principal objectif de décrire l'utilité actuelle et potentielle des EES en tant que source d'informations aux fins de la planification, de la gestion et du suivi des personnels de santé et de la conception des politiques y relatives. Des exemples basés sur les données empiriques issues d'EES réalisées au Kenya, au Nigeria et en Zambie sont proposés à titre d'illustration. Les évaluations institutionnelles couvrent un large éventail de techniques de collecte de données, tels les audits d'établissements, l'observation des services dispensés, les entretiens avec les prestataires de services et avec les patients. Ces différentes méthodes, associées à d'autres considérations pratiques de la planification des EES, sont examinées ici. Il ne s'agit toutefois pas ici de donner des instructions détaillées sur chaque étape de la conception et de la mise en oeuvre des évaluations institutionnelles ; pour des informations d'ordre général et les ressources adaptées, voir les instruments du réseau International Health Facility Assessment Network (*4, 5*).

7.2 Comment les évaluations des établissements de santé peuvent servir au suivi des personnels de santé

Ainsi qu'il est décrit en détail dans le premier chapitre du présent manuel, on distingue trois étapes interdépendantes dans l'activité professionnelle des personnels de santé : i) la période préparatoire ou l'entrée dans la vie active ; ii) la période d'activité ; et iii) l'arrêt de l'activité. Il est important de mesurer et de suivre en permanence les indicateurs de performance correspondant à chacune de ces trois étapes pour établir si le système de santé est prêt à maintenir un effectif suffisant d'agents de santé qualifiés et s'il en a la capacité. Compte tenu de l'interactivité et de l'interdépendance de ces étapes, le suivi devra porter sur la globalité de l'activité et non sur des éléments distincts. Si l'analyse détaillée de l'entrée dans la vie active et de l'arrêt de l'activité déborde le cadre des EES (par exemple les résultats et le coût de l'éducation sanitaire, et la mortalité et les migrations des personnels de santé, respectivement), les sources internes des établissements peuvent fournir des données utiles complétant les informations obtenues par d'autres méthodes (telles les études spéciales sur l'enseignement ou les migrations).

L'Encadré 7.1 contient une liste d'indicateurs mesurables pour chacune des étapes du déroulement de la vie professionnelle au moyen des données issues des EES. La plupart des sources de statistiques sur les personnels de santé, tels les recensements de population et les enquêtes sur les travailleurs, ont tendance à établir un lien entre les données sur les travailleurs et la population en général : si importantes soient-elles en soi, ces données ne renseignent guère sur l'environnement dans lequel les services sont dispensés, la qualité des services ou d'autres facteurs opérationnels dans le système de santé qui peuvent influer de manière sensible sur la performance des personnels. Les données issues des EES peuvent aider à combler ce déficit d'information en décrivant la dynamique des effectifs de santé là où les services sont dispensés dans les établissements.

7.3 Aperçu des principales méthodes EES

La présente section résume les principaux aspects à prendre en compte lors de la planification d'une EES et décrit les méthodes et l'objectif de la collecte des données pour plusieurs instruments EES conçus par diverses organisations privées, publiques et internationales.

7.3.1 Questions à prendre en compte lors de la planification d'une EES

La collecte des données, dans une EES, se situe au niveau de l'établissement mais les méthodes et les protocoles peuvent varier selon les informations requises, les coûts et les sources de financement, et les capacités locales de mise en oeuvre. Les principales questions pratiques et méthodologiques, en lien avec le suivi des ressources humaines pour la santé, sont examinées ici.

Choix des établissements couverts par l'EES : recensement ou enquête par sondage

On accordera une grande attention, dans la conception d'une EES, à la stratégie de collecte des données, et ce dès les premiers stades de la planification, en particulier à la méthode d'échantillonnage : recensement ou enquête par sondage. Le choix de la méthode dépend souvent de l'importance relative de la portée et de la profondeur des informations qu'il s'agit d'obtenir compte tenu des facteurs de coût et de temps.

Méthode du recensement. Un recensement est une enquête exhaustive, ou la collecte de données auprès de tous les établissements qui remplissent les conditions requises. Exemples de critères à remplir utilisés pour les EES : i) autorité responsable, à savoir organisation publique, privée à but lucratif, non gouvernementale ou confessionnelle, ou autres critères liés à la gestion ou au financement ; ii) établissements assurant certains services (services à la mère et au nouveau-né, services de santé infantile, services liés au VIH/sida, par exemple) ; iii) établissements d'un type donné (des centres de soins de santé primaires aux

Encadré 7.1 Principaux indicateurs des personnels de santé potentiellement mesurables au moyen des données issues des EES

Étape correspondant à l'entrée dans la vie professionnelle

- Nombre de nouveaux agents de santé diplômés se joignant à l'effectif des personnels de santé des établissements
- Rapport des nouveaux agents de santé diplômés se joignant à l'effectif des personnels de santé des établissements à l'effectif total des personnels de santé des établissements

Étape correspondant à la période d'activité

Offre

- Effectif ou nombre total des agents de santé travaillant dans un établissement
- Nombre des agents de santé travaillant dans un établissement par rapport au nombre total d'habitants (de la zone desservie)
- Nombre des agents de santé travaillant dans un établissement par rapport à la norme prévue de dotation en personnel
- Nombre d'agents par établissement de santé (par type d'établissement ou de services proposés)

Distribution

- Éventail des compétences du personnel des établissements
- Distribution géographique du personnel des établissements
- Répartition par tranche d'âge et par sexe du personnel des établissements

Capacités, motivation et performance

- Niveau et domaine de formation du personnel des établissements
- Années d'expérience professionnelle du personnel des établissements
- Personnel bénéficiant d'une formation en cours d'emploi pendant une période de référence (par type de formation)
- Services dispensés par le personnel pendant une période de référence
- Proportion du personnel de l'établissement travaillant à plein temps par rapport au personnel à temps partiel
- Proportion du personnel de l'établissement (en poste) travaillant dans l'établissement le jour de l'évaluation
- Proportion du personnel bénéficiant d'avantages (non pécuniaires) dans l'exercice de ses fonctions

Étape correspondant à l'arrêt de l'activité professionnelle

- Taux des départs naturels des personnels de santé des établissements (par motif de départ)
- Rapport des personnels de santé des établissements entrant dans la vie professionnelle aux personnels qui en sortente

hôpitaux du tertiaire) ; ou iv) établissements situés dans une certaine zone géographique. Plusieurs de ces critères sont souvent utilisés conjointement. Au nombre des avantages que présente une collecte exhaustive, ou un recensement, figurent celui de disposer ainsi d'informations propres à chaque établissement, et la possibilité de simplifier l'analyse des données et l'interprétation des résultats (rendant inutiles la pondération de l'échantillonnage ou le calcul d'une marge d'erreur statistique). Au nombre des inconvénients, il convient de citer la difficulté de dénombrer la totalité des établissements remplissant les conditions requises, et l'augmentation des coûts, notamment lorsque les établissements à couvrir sont nombreux.

Méthode d'enquête sur échantillons. Dans les enquêtes, on utilise les principes du sondage aléatoire pour tirer les établissements qui seront inclus dans l'évaluation. On commence par définir les critères de recevabilité (voir ci-dessus) ; puis on choisit un certain nombre d'établissements à partir d'un cadre d'échantillonnage ou d'une liste de tous les établissements remplissant les conditions requises. Plus l'échantillon est vaste plus les résultats seront précis ; la taille totale dépendra aussi souvent des contraintes budgétaires et autres. Une fois le cadre défini, on suit d'ordinaire un plan d'échantillonnage à plusieurs degrés destiné à assurer la représentation des divers domaines de l'univers des établissements remplissant les conditions requises. Les étapes sont fonction des différents critères de recevabilité (par exemple l'autorité administrative, le type, la situation géographique). En cas de sondage à plusieurs degrés, les échantillons doivent être pondérés lors de l'analyse des données pour les calibrer aux fins de la représentation nationale. Les poids sont calculés mathématiquement par des spécialistes des sondages.

L'un des inconvénients majeurs associés à l'établissement d'une liste de base d'établissements de santé tient au fait que les différentes autorités ne disposent pas toujours de dossiers à jour des établissements opérationnels dans le pays. L'expérience montre que de nombreux établissements, en particulier dans le secteur privé (à but lucratif ou non), peuvent avoir fermé ou déménagé, et il n'existe pas de définition standard pour un type d'établissement du secteur privé. Une liste initiale fournie par le ministère de la santé devra en général être complétée auprès de nombreuses autres sources, tels des organismes de coordination privés, des ministères sociaux auprès desquels les organisations non gouvernementales enregistrent leurs activités, ou directement auprès d'organisations confessionnelles, privées et semi-publiques.

Là où l'évaluation de l'établissement de santé inclut des entretiens avec divers prestataires de services, l'agent de santé qui sera interrogé est choisi au hasard dans la liste des personnes présentes le jour de l'enquête. S'il est important de veiller à l'absence de biais (non zéro) dans le hasard de la sélection de chaque agent de santé, la disponibilité et la pertinence sont également des considérations pratiques essentielles. La plupart du temps, on tend à accorder la priorité aux agents de santé qui dispensent des services directs aux patients par rapport à ceux qui s'acquittent de tâches administratives telles la tenue des dossiers d'information sanitaire ou d'autres activités n'étant pas directement liées à la prestation de services. Un plan d'échantillonnage bien conçu permet de recueillir des données détaillées en laps de temps raisonnable et pour un coût raisonnable. On trouvera ailleurs (voir par exemple le manuel de MEASURE Evaluation (6)) de plus amples informations sur les méthodes de sondage fournissant des estimations sans biais des établissements et de leurs caractéristiques.

Méthodes et instruments de collecte des données

Les évaluations institutionnelles peuvent recourir à une ou plusieurs techniques de collecte des données, et notamment l'audit de l'établissement (souvent appelé inventaire), l'observation des services dispensés, des entretiens avec les clients, et des entretiens avec les prestataires de services et d'autres membres du personnel. Il existe des instruments de collecte des données éprouvés pour chacune de ces méthodes (voir la section 7.3.2 ci-après).

Audit d'établissement. Cette méthode est utilisée pour recueillir des données sur les infrastructures, le matériel et les fournitures disponibles, les niveaux de dotation en personnel, les services offerts, et les systèmes de gestion et d'appui en place. Si les audits d'établissement reposent toujours sur des questionnaires structurés, la manière de recueillir les informations peut varier selon les instruments. Les protocoles diffèrent en général pour ce qui est du choix des répondants (interroger, par exemple, la personne responsable de l'ensemble des opérations de l'établissement ou choisir un éventail de personnes censées le mieux connaître chaque domaine d'information) ; de l'endroit de l'établissement où se situera physiquement la collecte des données (dénombrement de tous les éléments quelle que soit leur localisation dans un établissement ou décompte des seuls éléments situés et fonctionnant dans la zone pertinente de prestation des services le jour de l'évaluation) ; et de la validation ou non des réponses rapportées (accepter comme valable toute réponse fournie lors d'un entretien ou

juger nécessaire lacollecte de données supplémentaires par d'autres moyens comme l'inspection du matériel ou l'examen des dossiers administratifs). Il faut du temps pour s'entretenir avec plusieurs répondants, valider les informations rapportées par l'observation et s'assurer que les éléments s'inscrivent dans la zone de service pertinente, surtout dans des établissements de grande taille, à la structure complexe. Les exercices de validation peuvent en outre nécessiter le recrutement d'enquêteurs plus qualifiés, familiarisés avec les services et les systèmes de santé (voir le sous-chapitre suivant sur la sélection des enquêteurs). Ces techniques tendent toutefois à donner les informations les plus uniformément fiables et valables, et elles permettent d'évaluer plus rigoureusement la capacité de dispenser des services de qualité. Si, par exemple, on observe la présence de tensiomètres dans un endroit de l'établissement alors qu'il n'y en a pas dans la zone particulière où un agent de santé pourrait en avoir besoin pour dispenser des services, il est peu probable que la pression artérielle des patients sera mesurée. L'expérience montre également qu'en l'absence de validation des réponses fournies par les informateurs clefs, les personnes interrogées peuvent fournir des réponses qui décrivent la situation habituelle, voire la situation souhaitée, et non la situation telle qu'elle se présente le jour de la collecte des données. Cela vaut en particulier pour les grands établissements, où un administrateur général n'est pas nécessairement au fait de tout ce qui se passe au quotidien dans chaque zone de prestation de services.

Observation des principaux services. Les observations des patients sont spécifiques à un service et elles peuvent reposer sur un recensement exhaustif (observation de tous les patients qui remplissent les conditions requises et bénéficient de services pendant la période de collecte des données) ou sur un échantillon opportuniste (patients desservis alors que l'enquêteur était disponible et présent). La plupart des instruments de collecte des données sont des listes de contrôle qui mesurent le processus, par exemple les informations diffusées, les examens effectués et les analyses ou médicaments prescrits. En règle générale, les données issues des observations sont utilisées pour vérifier si les pratiques des agents de santé sont conformes aux directives en vigueur. L'observation directe peut être suivie d'études spéciales destinées à accroître la crédibilité des données. On parle parfois d'observations "étalon or", qui consistent en visites de contrôle ultérieures effectuées par une personne plus qualifiée et spécialisée que l'agent observé pour établir l'adéquation du diagnostic, des soins et du traitement.

Entretiens avec les patients. Les entretiens avec un patient ou à la sortie servent souvent à vérifier le point de vue du patient sur la qualité et la réactivité des services reçus, information potentiellement utile pour évaluer la performance des agents de santé. Les entretiens à la sortie peuvent être conduits auprès d'un échantillon aléatoire de toutes les personnes présentes ce jour-là, ou ne concerner que ceux dont les consultations ont été observées. L'un des inconvénients majeurs des entretiens à la sortie tient au biais en faveur des patients plus récents, voire plus motivés, dont la propension à se faire soigner n'est pas nécessairement représentative de la population cible, ou à l'univers des personnes bénéficiant de ces services. Les entretiens à la sortie, par nature, donnent en outre un examen superficiel, peu approfondi, de l'opinion du patient sur les services reçus. Bien que préférable, une analyse approfondie requiert du temps, ce qui peut engendrer une gêne pour les patients qui viennent peut-être déjà de passer des heures dans l'établissement à attendre et à recevoir des services.

Entretiens avec les prestataires de services. Les entretiens avec les dispensateurs de services sont utilisés pour recueillir des informations sur les types de services fournis, les opinions relatives aux conditions de travail, le niveau d'études, la formation en cours d'emploi et l'expérience professionnelle. La méthode peut également être utilisée pour évaluer la connaissance qu'ont les agents de santé de certains sujets. De même que les entretiens à la sortie, les entretiens avec les personnels de santé sont naturellement brefs pour ne pas interrompre indûment la prestation du service, les données étant recueillies pendant les heures de travail ordinaires. A ce titre, les EES ne fournissent pas des informations détaillées pour le développement des ressources humaines ; des données supplémentaires sur la performance des travailleurs devront être obtenues au moyen d'études spéciales, indispensables dans tout plan de suivi et d'évaluation des ressources humaines pour la santé. Les dossiers institutionnels sur la formation du personnel, s'ils sont disponibles, complets et régulièrement actualisés, peuvent constituer une autre source pour l'obtention de ces données.

Sélection des enquêteurs

Pour la collecte de données dans les établissements de santé, il est recommandé de faire appel à un éventail de personnes formées aux sciences cliniques et sociales. Un effectif incluant des spécialistes de la collecte des données et des personnes connaissant bien le fonctionnement des établissements de santé offre une garantie de qualité pour les données recueillies. S'il est généralement reconnu, par exemple, que des personnels autres que des personnels de santé peuvent conduire avec satisfaction des entretiens avec des dispensateurs de services et des patients, les

observations de l'interaction dispensateur-patient nécessitentdes observateurs dotés d'une formation poussée dans un domaine lié à la santé. La disponibilité d'enquêteurs ayant une formation en santé est peut-être moins essentielle pour les audits d'établissements, selon la complexité de l'outil utilisé, mais la connaissance des activités du système de santé est de nature à accroître la bonne organisation et la fiabilité de la collecte des données quel que soit le contexte.

7.3.2 Exemples d'instruments EES éprouvés

Plusieurs instruments EES ont été conçus et mis en oeuvre sous les auspices de programmes internationaux de coopération technique pour recueillir les données nécessaires à l'analyse des ressources humaines pour la santé, et notamment les suivants : *Health Facility Census* (HFC, ou recensement des établissements de santé), conçu par l'Agence japonaise de coopération internationale ; *Service Availability Mapping* (SAM, ou cartographie des services disponibles) conçue par l'OMS ; *Service Provision Assessment* (SPA, ou évaluation de la prestation des services de santé) conçu par Macro International ; et *Situation Assessment of Human Resources in the Public Sector* conçu par Partners for Health Reform*plus* (PHR*plus*) (*7*). Dans l'ensemble, ces méthodes peuvent être très utiles pour actualiser et valider les bases de données nationales de statistiques des systèmes de santé, RHS incluses, et elles devraient être envisagées à cet effet par tout pays qui souhaite investir en faveur de son système d'information RHS. Des modules spécialement conçus peuvent aussi compléter ces méthodes normalisées si besoin est, dans un contexte donné, pour une évaluation exhaustive des RHS. Les informations sur les personnels de santé recueillies, quelle qu'en soit la source, sont généralement du même type mais les résultats ne sont pas toujours directement comparables compte tenu de la spécificité de chaque instrument.

Recensement des établissements de santé (HFC)

L'instrument de recensement des établissements de santé de l'Agence japonaise de coopération internationale est conçu pour fournir des informations détaillées sur l'état des ressources physiques de tous les établissements de santé d'un pays (*8*). Il privilégie les données utiles à la planification des investissements en faveur des infrastructures du système de santé publique (*9, 10*). Destiné à cartographier les ressources physiques, le HFC sert également à dénombrer tous les agents de santé présents le jour de la visite. Au nombre des données obtenues figurent les titres des membres du personnel, le nombre de membres du personnel présents par rapport aux postes pourvus et la composition démographique.

Cartographie des services disponibles (SAM)

Conçu par l'OMS, l'outil SAM sert à établir la disponibilité des ressources et programmes essentiels, et à cartographier les services courants (*11*). Initialement prévu pour être utilisé au niveau du district, les données institutionnelles peuvent être regroupées pour étayer la prise des décisions au niveau national lorsque tous les districts d'un pays sont inclus. SAM est composé d'un ensemble d'instruments, et notamment des questionnaires pour les districts et les établissements de santé, adressés à des informateurs clefs ; un programme d'enregistrement de données sur assistant numérique personnel ; et un logiciel pour un système d'information géographique (*HealthMapper*). Le questionnaire au niveau du district est destiné à tous les médecins de district d'un pays (un sous-échantillon de districts pourra être tiré dans les très grands pays). Le module pour les établissements de santé recueille des informations sur tous les établissements publics et privés des districts. L'enregistrement des coordonnées géographiques permet de recenser et de situer très précisément les établissements de santé. Les données recueillies sur les RHS incluent les diplômes des membres du personnel, les personnes disponibles le jour de la visite par rapport aux normes de dotation en personnel – à savoir les postes approuvés pour l'établissement particulier selon l'évaluation basée sur l'utilisation des services ou d'autres indicateurs de la charge de travail (voir un outil apparenté à la référence bibliographique *12*) – et les horaires de travail. Bien qu'essentiellement un instrument de suivi au niveau du district, SAM peut être étendu à d'autres questions sur les RHS pour fournir des données détaillées sur les personnels de santé du district. Cette méthode peut être associée à l'approche ciblée RHS comme celle qui a été élaborée dans l'outil PHR*plus* (décrit plus loin), pour fournir des données destinées à des analyses RHS plus approfondies tenant compte des contextes socio-démographique et épidémiologique.

Evaluation de la prestation des services de santé (SPA)

L'outil SPA sert à évaluer la qualité des services de santé mesurée d'après les ressources, les systèmes et certaines pratiques observées (*13*). Conçue avec des fonds de l'Agence des États-Unis d'Amérique pour le développement international (USAID), l'outil SPA recueille des données sur l'effectif existant comparé aux normes de dotation en personnel. Des

données supplémentaires peuvent être recueillies sur les diplômes et les horaires de travail de chaque membre du personnel et sur les agents détachés (nombre et origine des salaires, par exemple). Ce type d'évaluation peut être utile dans une région comme les Caraïbes où les médecins partagent souvent leur temps entre plusieurs établissements. Les entretiens, qui s'appuient sur un sous-échantillon de personnel, incluant des dispensateurs de première ligne de services essentiels, servent à évaluer l'éventail des compétences du personnel sous l'angle du niveau des agents et des domaines d'études préalables, les types de formation en cours d'emploi reçue pendant une période de référence et les années d'expérience dans un établissement donné. (L'outil ne recueille pas actuellement des données sur la formation spécialisée reçue après l'obtention du diplôme clinique initial, même si des informations peuvent être déduites des indications fournies par les répondants quant à la durée de scolarité effectuée pour leur emploi actuel.) Cet instrument permet de mesurer la proportion du personnel s'acquittant d'activités dans le domaine particulier de la formation en cours d'emploi reçue, et d'établir si cette formation vise le personnel approprié et si l'attribution des postes tient compte de la formation.

Évaluation de la situation par Partners for Health Reformplus

L'instrument d'enquête PHR*plus* donne un exemple de la manière dont une évaluation institutionnelle des RHS peut être interprétée. Élaborée avec des fonds de l'USAID, cet instrument recueille des données sur l'effectif, l'éventail de compétences, la distribution et les taux de rotation dans le secteur de la santé publique (*7*). Les données sur les différents agents sont assorties d'une analyse de la situation de la planification sanitaire nationale, de documents stratégiques et d'information, et d'un exercice de modélisation destiné à déterminer les besoins en ressources humaines pour atteindre les cibles du Plan d'urgence du Président des États-Unis en matière de lutte contre le sida et les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé. Les estimations effectuées à partir de l'exercice de modélisation élaboré pour le Nigeria – axé sur la fourniture de services pour le VIH/sida, le paludisme, la tuberculose, la santé maternelle et infantile, et la planification familiale – illustrent la manière dont cette approche pourrait fournir les informations nécessaires à la mise au point d'une version normalisée pour des analyses transnationales (*14*). Une telle adaptation devrait être faite dans le contexte d'indicateurs dont les administrateurs sanitaires ont besoin pour le suivi des programmes et elle devrait prendre en compte les contextes propres à un pays ou à une maladie.

Outils supplémentaires

D'autres méthodes EES pouvant aider à évaluer la situation des RHS ont été testées et appliquées aux niveaux national et infranational et dans des programmes. Ce sont notamment les suivantes :

- Le *Facility Audit of Service Quality* est un outil d'évaluation rapide et simple conçu par MEASURE Évaluation pour aider les responsables au niveau du district ou d'un programme à élaborer et mettre en oeuvre une EES sur mesure (*15*). L'audit utilise une stratégie qui recommande le dénombrement total des établissements des districts cibles. Dans les conditions prévues – lorsque le personnel local du district ou du programme assure la collecte des données et demande aux acteurs concernés locaux d'adapter le protocole à leurs besoins – les résultats de l'audit ont peu de chances de présenter la rigueur voulue pour l'établissement de données nationales. Cette approche, en tant que telle, n'est ni conçue ni recommandée aux fins de la planification et de l'évaluation au niveau national.
- L'*Evaluation des ressources humaines de la santé* est un outil d'enquête élaboré par l'OMS pour la collecte de données quantitatives et qualitatives sur les RHS (*16*). Il contient quatre questionnaires sur les domaines suivants : réglementation des professions de la santé, institutions de formation de la santé, établissements sanitaires et prestataires de soins de santé. Le questionnaire destiné aux prestataires de soins de santé – qui couvre des domaines tels que les qualifications professionnelles, l'emploi secondaire et la mobilité professionnelle – est censé s'appliquer à un échantillon représentatif d'agents de santé travaillant en établissement et les réponses peuvent être associées aux données recueillies dans l'établissement pour dresser un tableau d'ensemble du milieu de travail.
- La *Quantitative Service Delivery Survey* s'inscrit dans le prolongement de l'enquête de la Banque mondiale sur les dépenses publiques, qui visait initialement à analyser l'efficacité économique des flux de ressources financières et à estimer les pertes de ressources publiques entre le pouvoir central et les dispensateurs de services de première ligne (*17*). L'instrument inclut des questionnaires sur la prestation de services à tous les niveaux : ministère des finances, ministère de la santé, administrations régionales et de district, établissements de santé, dispensateurs de services de santé et clients des services de santé. L'instrument concernant les établissements, qui s'adresse au chef de l'établissement, recueille des données financières (recettes et dépenses) et des informations sur les dispositions institutionnelles et la gouvernance, pour n'en citer que quelques-unes. L'enquête concernant les dispensateurs peut aider à étudier le moral du

personnel, l'absentéisme et les stratégies d'adaptation comme les paiements informels. Certaines enquêtes incluent aussi des dialogues destinés à évaluer le niveau de connaissances des médecins et des infirmières, qui renseignent indirectement sur la qualité des soins dispensés.

7.3.3 Incidences des méthodes EES et des problèmes de collecte des données

Pour ce qui est du type de sondage, en général, les recensements sont plus adaptés lorsqu'il s'agit de recueillir des données propres à un établissement – infrastructures, ressources humaines, matériel, fournitures et autres éléments essentiels. Les enquêtes par sondage sont préférables pour l'obtention de données plus approfondies, et notamment des détails particuliers sur les activités des systèmes, la fourniture des services, les informations sur la santé et la tenue des dossiers, la productivité du prestataire, la gestion et l'encadrement, et la manière dont les clients perçoivent la qualité des services. Un éventail de méthodes EES conviendra mieux pour évaluer les RHS dans l'établissement. Les recensements (du type HFC ou SAM) peuvent donner un tableau précis du nombre et de la distribution des agents de santé alors que les enquêtes par sondage (du type SPA) incluant des entretiens avec les prestataires permettent de détecter les problèmes liés au système qui affectent la motivation et la satisfaction du personnel et de disposer des informations nécessaires à l'élaboration de stratégies de fidélisation des personnels. Plusieurs méthodes d'échantillonnage peuvent parfois être associées dans le cadre d'une même évaluation, pour recueillir des données (de base) auprès de tous les établissements et des données plus approfondies auprès d'un échantillon.

Plusieurs variantes d'outils de collecte de données d'évaluation des établissements de santé ont été mises au point et utilisées pour répondre à un large éventail de besoins en informations spécifiques. Tout instrument générique doit être adapté au pays avant d'être utilisé, les réponses précodées devant refléter la terminologie et les activités locales. Cela vaut non seulement pour certains types de matériel et de fournitures (le nom des médicaments par exemple) mais en particulier aussi pour les titres professionnels et les diplômes du personnel, qui devront ensuite être harmonisés et mis en relation avec les définitions types lors du traitement et de l'analyse des données pour une meilleure comparabilité entre les sources et dans la durée.

En règle générale, aucune méthode EES ne répondra à tous les besoins. La connaissance des avantages et des problèmes liés aux différentes méthodes aidera les acteurs concernés à choisir celles qui sont les mieux adaptées à leurs besoins.

7.4 Limites des méthodes EES pour les données RHS

Bien que présentant de nombreux avantages pour l'analyse des RHS, la méthode EES n'est pas dénuée d'inconvénients, dont il faut tenir compte.

7.4.1 Couverture de l'évaluation

De même que pour tous les exercices de collecte de données en population ou en établissement, il est important de disposer d'un cadre d'échantillonnage adapté à la sélection (sélection universelle pour un recensement ou un échantillon pour une enquête). Pour les méthodes EES, en principe, une liste complète de tous les points de prestation de services d'un pays (ou des zones ciblées) peut être obtenue auprès des bureaux d'enregistrement ou de délivrance des permis, ou auprès du système d'information sanitaire national. Souvent, cependant, ces sources sont inexistantes, incomplètes ou obsolètes pour ce qui est des données sur les établissements de santé. De même, s'il faut tirer un échantillon représentatif de personnel dans certains établissements pour des entretiens, cela requiert un pas supplémentaire dans le plan d'enquête, à savoir l'établissement de la liste complète de tout le personnel des établissements (voire les horaires des équipes de service). Un sondage mal conçu ou mis en oeuvre de manière inappropriée à quelque niveau que ce soit réduit la valeur des généralisations à l'ensemble des personnels de santé et nuit gravement à l'utilité de ces données pour étayer la prise des décisions.

Il n'est pas rare que les EES se limitent aux établissements du secteur public ; les analyses qui s'ensuivent ne peuvent donc pas refléter la situation nationale telle qu'elle se présente en réalité. Dans certains cas, cette limite traduit un manque de rigueur dans l'application des mécanismes de réglementation applicables à la prestation des services à l'extérieur du secteur public (d'où l'insuffisance des données sur les opérations et la situation des dispensateurs devant servir à compléter l'établissement de la base de sondage), et dans d'autres, elle reflète la difficulté de recueillir des données auprès d'établissements privés (où le refus de participer est plus fréquent). Lorsque des établissements du secteur privé sont inclus, la couverture tend à favoriser les établissements à but non lucratif (par exemple des établissements semi publics ou des établissements parrainés par des organisations non gouvernementales ou confessionnelles reconnues).

Dans de nombreux pays au revenu faible ou intermédiaire, les établissements privés à but lucratif tendent à être de moindre dimension, concentrés géographiquement en zone urbaine, moins normalisés aux plans de l'effectif et de l'ampleur des services, et plus enclins àsuspendre leurs opérations dans des délais relativement brefs. Dans les pays où une grande partie des services de santé sont dispensés par le secteur privé, les EES limitées au secteur public sous-évalueront l'effectif et le flux généraux des ressources humaines.

L'inclusion du secteur privé peut par ailleurs accroître le risque de double comptage des personnels de santé, en particulier là où il est courant d'occuper un emploi dans chaque secteur, ni la loi ni aucun règlement ne l'interdisant. Les emplois secondaires (lorsqu'un agent occupe deux postes ou plus en différents sites) existent dans la quasi-totalité des pays, quel que soit le niveau de revenu, et cela n'a pas nécessairement des retombées négatives sur la performance du système de santé. Même là où les activités des professions de santé sont rigoureusement réglementées, comme en Chine et dans une grande partie de l'Amérique latine, les médecins exercent souvent des fonctions publiques et privées (*18*). Pour le suivi RHS, il faudra donc veiller attentivement à éviter le double comptage des personnels dans toutes les EES. Les méthodes utilisées à cet effet consistent notamment à recueillir des informations auprès des agents de santé sur la proportion des heures de travail hebdomadaires passées dans un établissement donné, ou à les interroger spécifiquement au sujet des autres établissements où ils travaillent.

7.4.2 Défaut de normalisation des définitions et de classification statistique des personnels de santé

L'absence de définition normalisée des personnels de santé pour les différentes approches EES, et notamment de définitions systématiques des catégories professionnelles, réduit sérieusement l'utilité des données issues de ces évaluations aux fins des analyses comparatives des RHS dans les pays et entre les pays, et dans la durée. La plupart des EES utilisent des étiquettes professionnelles propres à un pays ou un instrument sans prévoir de correspondance avec un ensemble de catégories comparable au plan international. De nombreux titres professionnels nationaux – notamment ceux qui désignent des personnels autres que des médecins, des infirmières et des sages-femmes – et les données de base relatives aux qualifications professionnelles sont souvent présentés sous une forme qui ne peut être aisément rattachée à la Classification internationale type des professions (CITP) (*19*) ou à la Classification internationale type de l'éducation (CITE) (*20*), respectivement.

Les catégories professionnelles qui posent des problèmes particuliers sont notamment celles des prestataires des services au niveau communautaire ou des conseils et celles des assistants ou aides. Les critères d'emploi et les responsabilités incombant à ces catégories varient sensiblement d'un pays à l'autre, y compris entre les secteurs public et privé d'un même pays. Ces catégories de personnel sont nombreuses et, en particulier dans les pays où se trouvent des pénuries importantes de médecins hautement qualifiés, ce sont souvent ces types d'agents qui assurent la prestation des services en première ligne. Les professions définies au plan national et portant l'étiquette "assistant médical" ou "aide-clinicien" ne peuvent être mises en relation avec la CITP que si les informations sur le niveau et la spécialisation des qualifications sont connues. Dans certains pays, les agents ainsi désignés exercent leur activité en tant qu'associés professionnels ou à un niveau intermédiaire tandis que dans d'autres pays, sous cette même étiquette, les agents ont un niveau de formation et de responsabilités supérieur à celui d'un cadre infirmier. La fiabilité des correspondances entre les classifications professionnelles et éducatives nationales et internationales dépend du détail des données obtenues sur les catégories nationales, et notamment, par exemple, des données sur la formation et les responsabilités des personnels. Les instruments EES existants diffèrent quant au niveau de détail sur ces points.

7.4.3 Manque d'uniformité dans les définitions des types d'établissements

Les définitions des catégories courantes d'établissements de santé, à ce jour, restent marquées par le manque d'uniformité d'un pays à un autre et d'un instrument à un autre. A l'intérieur d'un même pays, des établissements portant la même étiquette peuvent être de dimensions sensiblement différentes et remplir des fonctions différentes. Au Kenya, par exemple, les données issues des EES ont révélé que près d'un établissement classé comme centre de santé sur trois ne disposait pas de lits pour l'hospitalisation des malades, un sur six comptant au moins 20 lits. Des définitions normalisées sont indispensables pour les types d'établissements de santé les plus courants aux fins de comparaison des données provenant d'une même source et entre les sources. La Classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité économique (CITI) fournit des indications à ce sujet (*21*) mais les définitions et les catégories, dans ce document global, sont trop vastes pour une EES type ; même au niveau de ventilation le plus bas, on

trouve simplement les catégories « activités hospitalières » et « activités de pratique médicale et dentaire ». Des tentatives récentes visant à établir une norme détaillée commune pour les EES ont consisté à utiliser le nombre de lits pour l'hospitalisation des malades comme indication de la dimension de l'établissement et de la complexité des services. Ces aspects sont importants, notamment pour l'examen des normes de dotation en personnel et d'autres indicateurs pertinents pour l'analyse des RHS.

7.5 Exemples empiriques fondés sur les données issues des EES

La présente section donne des exemples du type de données RHS produites au moyen des instruments EES existants, et des moyens d'utiliser ces données sur les établissements pour le suivi et l'analyse de la situation relative aux RHS. Les analyses citées à titre d'illustration s'appuient sur les microdonnées recueillies au Kenya et en Zambie au moyen de trois techniques EES différentes (HFC, SAM et SPA) et sur les résultats publiés pour le Nigeria au moyen de l'outil PHR*plus*. Les données de l'enquête par sondage SPA sont pondérées pour corriger l'inégalité des taux de sélection entre les unités de sondage. Il n'a pas été nécessaire de pondérer ni d'ajuster les données recueillies par les méthodes HFC et SAM, basées sur le sondage par recensement (ou le dénombrement total des établissements).

7.5.1 Entrée dans la vie professionnelle

Les EES peuvent servir à estimer le nombre des nouveaux agents entrant dans la vie professionnelle ou se joignant à l'effectif des personnels travaillant en établissement et le rapport des nouveaux arrivants à l'effectif total des agents de santé travaillant en établissement sur une période de référence donnée. Le Tableau 7.1 présente un exemple de ces données pour certaines catégories de personnel de santé du secteur public au Nigeria. Les données indiquent le nombre des personnels entrés dans les services de santé publics en 2005 : 1214 médecins, 1331 personnels infirmiers et sages-femmes, 501 techniciens de laboratoire, 443 personnels de pharmacie (dont la moitié environ de pharmaciens) et 2742 agents de santé communautaires (agents de santé et d'éducation sanitaire au niveau local). Les nouvelles entrées représentaient 7,7 % de l'effectif existant des médecins, 1,1 % des infirmières et des sages-femmes et 3,6 % des personnels de pharmacie (*14*).

Par rapport au nombre des diplômés des établissements de formation des professions de santé la même année, on peut voir que les entrées dans le secteur public représentaient 60,7 % du nombre total des médecins nouvellement diplômés, mais 2,4 % seulement des infirmières et des sages-femmes nouvellement diplômées. Une telle information, même incomplète, est importante pour comprendre les préférences des agents de santé au niveau de l'emploi – en l'occurrence, le service public – et les différences selon le groupe.

En l'absence de données fournies par les établissements de formation aux professions de santé sur le nombre des nouveaux diplômés, la pyramide des âges des agents de santé peut renseigner sur les schémas de renouvellement des effectifs. Les données issues de l'enquête SPA 2004 au Kenya (*22*) indiquent que les

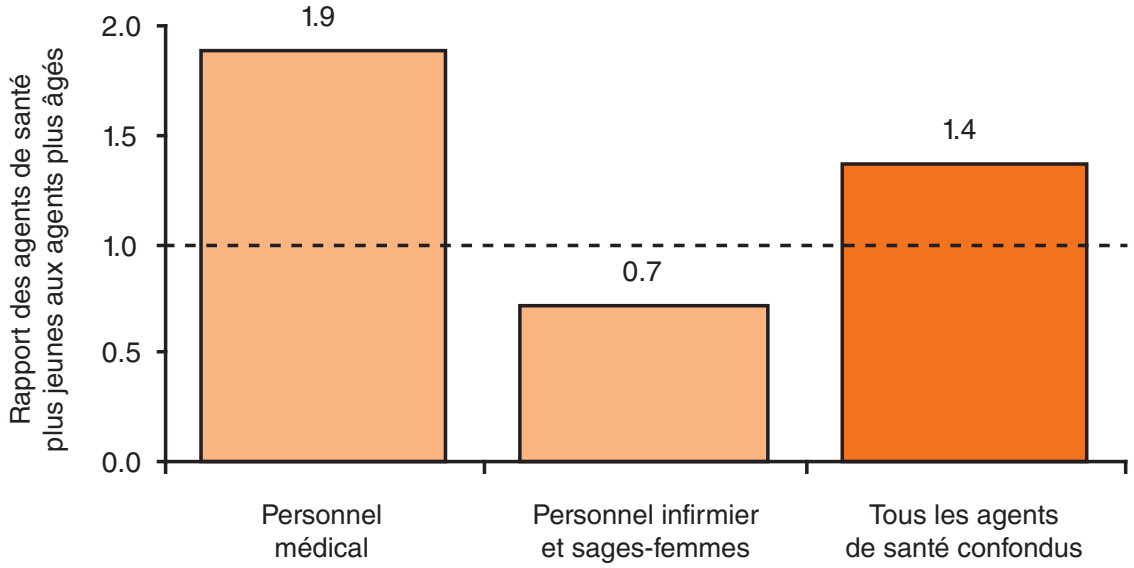
Tableau 7.1 Nombre estimatif des nouveaux diplômés rejoignant l'effectif des établissements de santé du secteur public, par profession, Nigeria 2005

Groupe professionnel	Nombre de nouveaux agents rejoignant l'effectif des personnels des établissements	Nouveaux arrivants en % de l'effectif existant	Nombre de diplômés issus des établissements de formation des professions de santé	Nouveaux arrivants en % de l'effectif annuel des diplômés des établissements de formation
Médecins	1214	7.7	2000	60.7
Personnel infirmier et sages-femmes	1331	1.1	5500	2.4
Personnel de laboratoire	501	3.4	ND	ND
Personnel de pharmacie	443	3.6	800	55.4
Agents de santé communautaires	2742	3.3	ND	ND

ND : non disponible (pas de données recueillies).

D'après : Chankova et al. (*14*).

Figure 7.1 Rapport des agents de santé en établissement de moins de 30 ans aux agents de plus de 45 ans, par groupe professionnel, enquête SPA 2004 au Kenya



D'après : Kenya 2004 SPA (*22*).

personnels de santé du pays sont relativement jeunes, plus du quart (26 %) de tous les agents employés dans les établissements ayant moins de 30 ans. Comme le montre le Figure 7.1 le rapport des employés plus jeunes à ceux qui sont plus proches du départ à la retraite (45 ans et plus) est relativement élevé, notamment parmi les personnels médicaux. Par ailleurs, le rapport des plus jeunes aux plus âgés chez les infirmières et les sages-femmes est beaucoup plus faible. Les établissements publics tendant à employer des agents de santé plus jeunes que les établissements privés (résultats non présentés). Ce type d'information peut témoigner de la nécessité d'analyser plus en profondeur les raisons pour lesquelles les agents de santé plus jeunes peuvent être moins enclins à travailler dans certains établissements et de concevoir des incitations de nature à favoriser leur recrutement, ou de s'interroger sur les raisons pour lesquelles les personnels plus âgés peuvent être plus enclins à quitter ce type de service et d'améliorer les incitations de nature à les fidéliser.

7.5.2 La période d'activité

Offre de personnel

Le Tableau 7.2 et la Figure 7.2 décrivent l'offre de personnel de santé en activité dans deux contextes nationaux : la Zambie et le Kenya, respectivement. Le nombre et la densité des agents de santé travaillant dans un établissement en Zambie apparaissent dans le Tableau 7.2. La densité globale, pour tous les groupes professionnels, est de 10,5 agents de santé pour 10 000 habitants (*23*). Pour les médecins, en particulier, le ratio est de 0,8 et pour le personnel infirmier et les sages-femmes de 6,9 pour 10 000 habitants. Ces calculs ne tiennent pas compte des personnels de santé qui ne travaillent pas dans un établissement mais ils donnent des indications concernant la capacité du système de santé et ils renseignent indirectement sur la densité générale des personnels de santé dans les pays où la plupart des dispensateurs de services travaillent au moins à temps partiel dans un établissement de santé (par exemple en ayant un emploi secondaire).

La Figure 7.2 indique un total de 6985 agents de santé officiellement affectés ou engagés (en poste) dans les établissements sondés lors de l'enquête SPA au Kenya. Les personnels ayant une formation médicale (y compris les médecins et les praticiens paramédicaux) représentent 8 % du total ; le personnel infirmier et les sages-femmes représentent près de la moitié (45 %) ; les personnels de laboratoire 6 % ; les personnels de pharmacie 2 % ; les spécialistes du travail social 5 % ; le personnel d'autres domaines cliniques comme la nutrition et la réadaptation 1 % ; les techniciens chargés de l'information sanitaire et des dossiers médicaux 3 % ; et près d'un tiers entrent dans d'autres catégories – assistants, employés de bureau et agents communautaires travaillant également dans un établissement.

La mise en tableau de la dotation en personnel par type d'établissement peut fournir une référence commune utile aux fins de comparaison. Le nombre

d'agents augmente généralement avec la taille de l'établissement mais le rapport de l'augmentation des besoins en ressources humaines à la taille de l'établissement variera et il dépend de nombreux facteurs différents. L'une des caractéristiques intéressantes qui ressort des données SPA sur le Kenya (Tableau 7.3) est la situation sur les sites autonomes de conseil et de dépistage volontaires (CDV) pour le VIH. Au Kenya, ces sites de consultation externe spécialisés sont généreusement dotés de 4,5 travailleurs sociaux en moyenne par site, soit une dotation en personnel supérieure à celle des consultations externes et des dispensaires privés de lits pour l'hospitalisation des patients (7,2 contre 5,4). Les sites de services CDV, qui représentent une petite partie de tous les établissements (9 sur 440), dispensent d'ordinaire un service et peuvent donc être davantage tributaires de dispensateurs formés au conseil. Cela peut aussi tenir au fait que les services de conseil sont dispensés dans d'autres établissements par d'autres catégories d'agents de santé, tels les personnels infirmiers. Les systèmes qui forment un prestataire de services à la fourniture de plusieurs services sont courants là où la pénurie de ressources humaines ne permet pas de doter chaque service d'un spécialiste.

Un autre indicateur utile pour le suivi de l'offre de personnel est le ratio des agents de santé par rapport aux lits pour l'hospitalisation des malades. La Figure 7.3 donne le nombre moyen des agents de santé par lit au Kenya, ventilé selon la taille de l'établissement, dimension servant d'indicateur de la complexité des services dispensés et du nombre des patients bénéficiant de ces services. Cette information peut être utilisée pour recenser d'éventuelles observations extrêmes dans la dotation en personnel et pour suivre l'évolution des effectifs dans la durée.

Les informations relatives à l'offre de personnel sont particulièrement utiles dans le contexte des besoins en personnel. Pour compléter les données sur les effectifs existants, il est important de connaître approximativement l'étendue de la pénurie réelle ou potentielle de personnel. Les ministères de la santé s'efforcent à cet effet de définir des normes de dotation en personnel. Ces normes sont censées tenir compte des services proposés et du nombre et des types de patients à desservir. La différence entre les personnels en poste

Tableau 7.2 Nombre et densité des personnels de santé travaillant dans un établissement, par groupe professionnel, HFC 2006 en Zambie

Groupe professionnel	Nombre	Densité des personnels de santé (pour 10 000 habitants)[a]
Médecins	908	0.78
Personnel infirmier et sages-femmes[b]	8068	6.91
Praticiens paramédicaux[c]	1342	1.15
Pharmaciens	115	0.10
Physiothérapeutes	114	0.10
Agents de salubrité de l'environnement	679	0.58
Nutritionnistes	62	0.05
Spécialistes de l'hygiène	2	<0.01
Techniciens de laboratoire	480	0.41
Techniciens préparateurs en pharmacie	116	0.10
Techniciens radiologistes	139	0.12
Techniciens orthopédistes	14	0.01
Autres techniciens	35	0.03
Autres agents de santé	145	0.12
Total	**12 219**	**10.46**

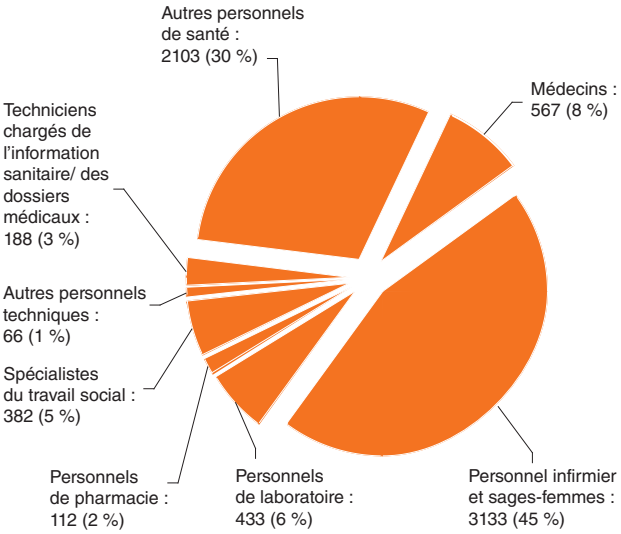
a. Sur la base du nombre estimatif d'habitants en 2005 (11 683 704).

b. Catégorie incluant le personnel infirmier et les sages-femmes à tous les niveaux, et notamment les cadres et les infirmières et sages-femmes de niveau intermédiaire.

c. Catégorie incluant tous les praticiens paramédicaux de niveaux professionnels similaires, comme les assistants médecins et les assistants cliniques.

D'après : Herbst and Gijsbrechts (*23*).

Figure 7.2 Nombre et distribution en pourcentage des personnels actuellement en poste dans les établissements de santé, par groupe professionnel, SPA 2004 au Kenya



D'après : Kenya 2004 SPA (*22*).

et la norme de dotation en personnel est le taux de vacance de postes (Tableau 7.4, colonne 3), qui renseigne sur la capacité des administrateurs à mettre en oeuvre leurs plans de dotation en personnel. Les données supplémentaires provenant de l'enquête SPA au Kenya présentées dans le Tableau 7.4 donnent une

Tableau 7.3 Nombre moyen d'agents de santé par type d'établissement, selon le groupe professionnel, Kenya 2004

Groupe professionnel	Type/taille de l'établissement						
	Services CDV[a]	Pas de lits	1–9 lits	10–19 lits	20–49 lits	50–99 lits	100+ lits
	(n=9)	*(n=237)*	*(n=93)*	*(n=40)*	*(n=39)*	*(n=8)*	*(n=14)*
Médecins	0.1	0.3	0.9	1.1	1.5	6.7	16.1
Personnel infirmier et sages-femmes[b]	0.4	2.4	3.9	5.7	7.4	23.7	107.5
Personnel de laboratoire	0.1	0.4	0.9	1.2	1.2	3.5	9.6
Personnel pharmaceutique	<0.1	<0.1	0.3	0.2	0.2	1.6	3.3
Spécialistes du travail social	4.5	0.3	0.6	1.1	0.8	4.4	6.5
Autres praticiens cliniques	0.2	<0.1	0.1	0.2	0.1	1.1	2.2
Techniciens de l'information sanitaire/des dossiers médicaux[c]	0.3	0.1	0.3	0.4	0.4	2.1	6.5
Autres agents de santé	1.6	1.8	3.1	4.2	4.0	23.9	70.1
Total	**7.2**	**5.4**	**10.1**	**14.1**	**15.4**	**67.4**	**225.4**

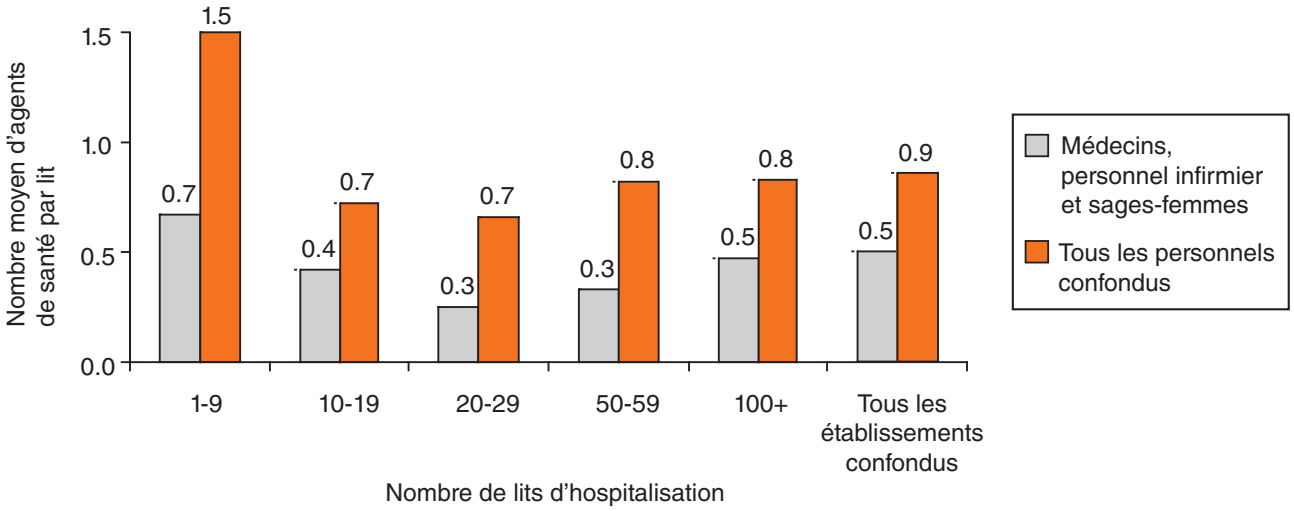
a. Services proposant essentiellement le conseil et le dépistage volontaires pour le VIH.

b. Catégorie incluant le personnel infirmier et les sages-femmes à tous les niveaux, et notamment les cadres et les infirmières et sages-femmes de niveau intermédiaire.

c. Catégorie incluant tous les personnels principalement responsables de la mise en oeuvre et de la gestion des systèmes de traitement, de stockage et de recherche des dossiers administratifs

D'après : Kenya 2004 SPA (*22*). Données pondérées compte tenu des méthodes d'enquête.

Figure 7.3 Nombre d'agents de santé par lit d'hospitalisation, selon la taille de l'établissement, SPA 2004 au Kenya



D'après : Kenya 2004 SPA (*22*).

Tableau 7.4 Nombre d'agents de santé actuellement en poste, nombre recommandé par la norme de dotation en personnel et nombre demandé par les chefs d'établissement pour satisfaire à la norme, par groupe professionnel, Kenya 2004

Groupe professionnel	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	Nombre d'agents de santé actuellement en poste	Nombre d'agents de santé recommandé par la norme de dotation en personnel en vigueur pour l'établissement	Pourcentage d'agents de santé prévus par la norme actuellement en poste = (1)/2)	Nombre d'agents de santé demandés[a]	Pourcentage du personnel demandé actuellement en poste = (1)/4)
Médecins	567	1 114	51	1 852	31
Personnel infirmier et sages-femmes	3 133	4 343	72	6 295	49
Personnel de laboratoire	433	742	58	1 175	37
Personnel de pharmacie	112	315	36	563	20
Travailleurs sociaux	382	970	39	1 861	21
Autres praticiens cliniques	66	385	17	779	8
Techniciens de l'information sanitaire/des dossiers médicaux	188	444	42	779	24
Tous les autres personnels	2 103	2 183	96	2 740	77
Total	**6 985**	**10 495**		**16 044**	

a. Y compris le personnel déclaré par les administrateurs d'établissements comme indispensable pour satisfaire à la norme de dotation en personnel, plus le personnel déclaré requis pour assurer la charge de travail par les chefs des établissements dépourvus de norme de dotation en personnel.

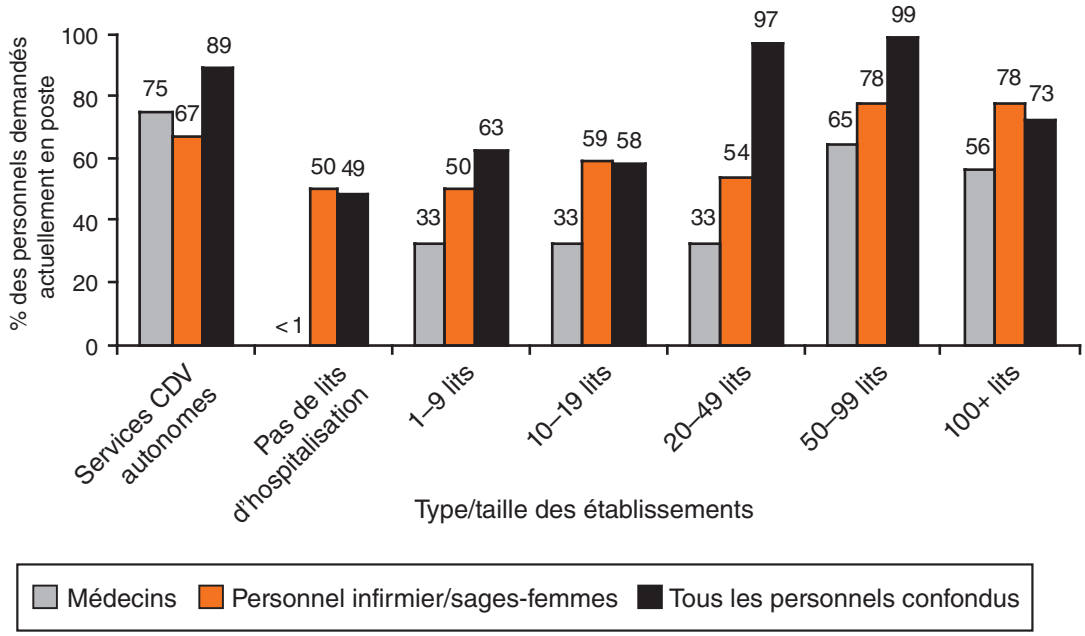
D'après : Tableau établi par Macro International, sur la base des microdonnées de l'enquête SPA 2004 au Kenya.

image plus complexe en comparant l'effectif recommandé par les normes en vigueur au nombre d'agents déclaré nécessaire par les responsables des établissements pour faire face à l'utilisation des services dans leur établissement. Au Kenya, il apparaît que les chefs d'établissements disposent de moins de la moitié du personnel dont ils ont besoin dans chaque groupe professionnel, à l'exception de « tous les autres personnels ». Les personnels des domaines pharmaceutique et social et les autres praticiens cliniques sont particulièrement sous-représentés. Si l'on tient compte en outre du nombre d'agents supplémentaires déclarés nécessaires pour assurer les prestations attendues des établissements dépourvus de normes de dotation en personnel, le déficit perçu de personnel se révèle plus sensible encore.

Sur le nombre total des agents de santé déclarés indispensables par les chefs d'établissements, le pourcentage des personnels actuellement employés dans les établissements est indiqué dans la Figure 7.4 pour les médecins, le personnel infirmier et les sages-femmes, et pour toutes les catégories d'agents de santé, par type d'établissement. C'est seulement dans les sites CDV et les grands établissements (situés pour la plupart à Nairobi et dans les autres principales zones urbaines) que plus des trois quarts des besoins globaux en personnel sont satisfaits. Quasiment aucun dispensaire de consultation externe ne dispose du nombre minimum de médecins. Les établissements de moindre dimension ne disposent le plus souvent que de la moitié du personnel infirmier et des sages-femmes dont ils ont besoin pour satisfaire aux normes de dotation en personnel et assurer la charge de travail. Les informations de ce type permettent d'évaluer rapidement la situation au plan de l'effectif des établissements couverts par l'enquête. Toutefois, pour mesurer les effets de la vacance des postes, il est indispensable de disposer de données supplémentaires sur le lien entre les postes pourvus et les besoins réels en ressources humaines dans les établissements et pour la population de la zone qu'ils desservent.

À côté des membres du personnel, les établissements de santé peuvent disposer de personnel détaché, ne figurant pas sur le registre du personnel mais affecté

Figure 7.4 Pourcentage des agents de santé demandés par les chefs d'établissements pour répondre aux besoins en effectifs qui sont déjà en poste, par type d'établissement, enquête SPA 2004 au Kenya



D'après : Kenya 2004 SPA (*22*).

Tableau 7.5 Pourcentage des établissements déclarant disposer d'au moins un agent de santé détaché[a], par groupe professionnel, selon l'autorité responsable de l'établissement, Kenya 2004

Groupe professionnel	Autorité responsable de l'établissement				
	Public	Privé			Total
		A but lucratif	Organisation non gouvernementale	Organisation confessionnelle	
	(n=246)	*(n=63)*	*(n=21)*	*(n=110)*	*(n=440)*
Médecins	2	25	48	8	8
Personnel infirmier et sages-femmes	3	17	5	13	6
Personnel de laboratoire	1	14	0	1	2
Travailleurs sociaux	1	2	15	1	2

a Agent détaché défini comme une personne qui travaille régulièrement dans l'établissement (à temps plein ou à temps partiel) et dispense des services de soins mais qui est rémunérée par une autre entité.

Source : Kenya 2004 SPA (*22*). Données pondérées compte tenu des méthodes de sondage.

làet rémunéré par une autre entité. Des organisations non gouvernementales ou des groupes qui proposent des services spécialisés, tels des services de laboratoire ou liés au VIH/sida, détachent fréquemment du personnel pour dispenser des services dans des établissements où existe un déficit perçu de personnel de santé, voire aussi pour dispenser une formation en cours d'emploi aux membres du personnel lors de la mise en place d'un nouveau service. Le Tableau 7.5 fournit des informations concernant le Kenya sur les agents de santé détachés selon l'autorité qui dirige l'établissement. Les établissements du secteur privé font état de la présence de nombreux agents détachés : près de la moitié (48 %) de ces établissements comptent au moins un médecin détaché, et 15 % disposent de travailleurs sociaux détachés. Les établissements relevant du secteur public ont moins de chances de compter du personnel détaché. L'enquête n'a pas recueilli d'informations sur l'origine des détachements mais il s'agit probablement pour la plupart d'agents de santé étrangers engagés par des organisations internationales et détachés auprès d'un établissement local apparenté. Le suivi des détachements doit être effectué non seulement sous l'angle des déficits perçus

d'agents de santé mais aussi en termes de stratégies destinées à accroître les avantages au maximum et à assurer la pérennité de la prestation et de la qualité des services qui dépendent actuellement des agents autres que les membres du personnel.

Distribution

La distribution des agents de santé contribue à renseigner sur l'accessibilité des services de santé pour la population, la qualité des services proposés et la rationalité de l'allocation des ressources humaines. Un indicateur utile et mesurable au moyen des EES est l'éventail des compétences, qui fournit des renseignements permettant d'analyser la situation concernant la dotation en personnel (membres du personnel). Au Kenya, les données ont révélé la présence d'un rapport moyen de 1,9 autres agents aux médecins, infirmières et sages-femmes pour tous les établissements (Tableau 7.6). Il n'y avait guère de différence sensible dans ce rapport selon la taille de l'établissement. Le rapport du personnel infirmier et des sages-femmes aux médecins varie toutefois sensiblement en fonction de la taille de l'établissement. Le rapport moyen est plus de deux fois plus élevé dans les très grandes structures, celles de 100 lits ou plus, que dans les établissements de 10–50 lits.

Tableau 7.6 Éventail de compétences des agents de santé des établissements, par type d'établissement, Kenya 2004

Type/taille de l'établissement	Rapport moyen	
	De tous les autres personnels aux médecins, infirmières et sages-femmes	Du personnel infirmier et des sages-femmes aux médecins
Pas de lits	1.7	..
1–9 lits	1.9	..
10–19 lits	2.1	2.5
20–49 lits	1.8	2.5
50–99 lits	1.9	3.5
100+ lits	1.5	5.5
Tous les établissements confondus	**1.9**	**..**

.. Chiffre non calculé en raison du petit nombre d'établissements sondés ayant des médecins en poste.

D'après : Kenya 2004 SPA (*22*). Données pondérées compte tenu des méthodes de sondage. Les sites CDV autonomes sont exclus en raison du petit nombre d'entre eux ayant des médecins ou des infirmières en poste.

Cela peut être le signe que la dotation en personnel tient compte du nombre des patients et du coût accru associé à certaines catégories de personnel par rapport à d'autres. D'une part, la substitution des compétences peut être courante dans les établissements de petite taille, où les ressources humaines sont moins nombreuses et où même le personnel très qualifié est appelé à s'acquitter de tâches qui débordent le cadre de leur domaine de spécialisation initial, ou à assumer des responsabilités administratives, par exemple remplir des dossiers statistiques. D'autre part, les structures plus importantes qui accueillent un plus grand nombre de patients et proposent des services plus complexes peuvent préférer employer du personnel plus spécialisé, comme des pharmaciens et préparateurs en pharmacie, des travailleurs sociaux et du personnel administratif. On s'attend à des rapports personnel infirmier-médecins plus élevés dans les établissements dotés d'un plus grand nombre de lits, les soins aux malades hospitalisés exigeant des services infirmiers 24 heures sur 24.

Le Tableau 7.7 présente des données sur la distribution des personnels de santé selon l'autorité responsable de l'établissement au Kenya. Les pouvoirs publics sont le principal dispensateur de services de santé en même temps que le premier employeur de personnel de santé kenyan. Les deux tiers environ (62 %) des agents de santé des établissements relèvent du secteur public. Moins d'un cinquième travaillent dans des établissements privés à but lucratif (17 %) ou des organisations confessionnelles (18 %), et 3 % seulement dans des établissements gérés par des organisations non gouvernementales. Ce schéma général tend à s'appliquer à la plupart des catégories d'agents de santé, à l'exception notable des personnels de pharmacie, plus souvent employés dans le secteur privé à but lucratif (28 %) et des travailleurs sociaux, plus souvent engagés dans le secteur public (16 %), où se trouvent de nombreux sites CDV.

Dans un autre exemple provenant du Kenya, le Tableau 7.8 donne la distribution des agents de santé par région géographique, dans le cas présent les huit provinces du pays. Les principales concentrations correspondent aux provinces de Nairobi et de la Vallée du Rift : 25 % et 23 % respectivement. Dans cette dernière, le nombre des agents de santé correspond approximativement à celui de la population de la province mais tel n'est pas le cas à Nairobi où les agents de santé sont environ trois fois plus concentrés que l'ensemble de la population. En revanche, les provinces du nord-est et de l'ouest pourraient se trouver insuffisamment desservies, la part des agents de santé du pays dans ces provinces étant comparativement très faible.

Tableau 7.7 Distribution en pourcentage des agents de santé en poste dans les établissements de santé en fonction de l'autorité responsable, selon le groupe professionnel, Kenya 2004

Groupe professionnel	Autorité responsable de l'établissement				
	Public	Privé			Total
		À but lucratif	Organisation non gouvernementale	Organisation confessionnelle	
	(n=246)	*(n=63)*	*(n=21)*	*(n=110)*	*(n=440)*
Médecins	60	22	4	14	100
Personnel infirmier et sages-femmes	70	11	2	17	100
Personnel de laboratoire	53	17	4	26	100
Personnel de pharmacie	56	28	4	12	100
Travailleurs sociaux	52	17	16	15	100
Autres praticiens cliniques	70	10	7	13	100
Techniciens de l'information sanitaire/des dossiers médicaux	74	13	2	11	100
Autres	56	22	2	20	100
Total	**62**	**17**	**3**	**18**	**100**

D'après : Kenya 2004 SPA (*22*). Données pondérées compte tenu des méthodes de sondage.

Tableau 7.8 Distribution en pourcentage des agents de santé des établissements et de la population totale par région géographique, Kenya 2004

Groupe professionnel	Province								Total
	Nairobi	Centre	Côte	Est	Nord-est	Nyanza	Vallée du Rift	Ouest	
Médecins	22	10	10	15	1	10	26	6	100
Personnel infirmier et sages-femmes	22	14	8	17	1	10	22	6	100
Personnel de laboratoire	20	11	11	14	1	11	25	7	100
Personnel de pharmacie	51	7	8	9	1	7	13	4	100
Travailleurs sociaux	13	7	16	13	1	11	29	10	100
Autres praticiens cliniques	21	13	4	11	2	11	31	7	100
Techniciens de l'information sanitaire/des dossiers médicaux	18	16	8	10	1	12	28	7	100
Autres	33	2	13	16	0	10	21	5	100
Tous les agents de santé confondus	**25**	**10**	**11**	**14**	**1**	**10**	**23**	**6**	**100**
Population totale[a]	**8.1**	**12.2**	**8.7**	**15.6**	**4.1**	**14.8**	**24.9**	**11.6**	**100.0**

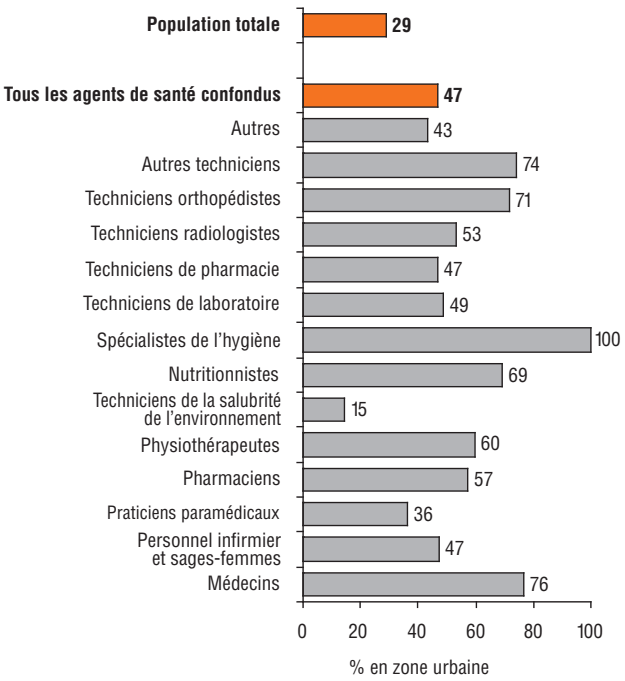
a. Sur la base du nombre estimatif d'habitants en 2004 (32 808 268).

D'après : Kenya 2004 SPA (*22*). Données pondérées compte tenu des méthodes de sondage.

On observe également un déséquilibre géographique des personnels de santé dans un autre contexte, à savoir celui de la Zambie. La Figure 7.5 compare la proportion des personnels de santé et de la population vivant en zone urbaine en Zambie. Alors que les citadins représentent moins du tiers (29 %) de la population, la moitié environ (47 %) de tous les agents de santé travaillent dans les établissements urbains. Les trois quarts des médecins et la moitié du personnel infirmier et des sages-femmes sont des citadins. Parmi les différents groupes professionnels examinés, seuls les techniciens de la salubrité de l'environnement sont sous-représentés en zone urbaine par rapport à la population générale. Pour certaines spécialités, les personnels des catégories hautement qualifiées ont plus de chances de se trouver dans les zones urbaines que leurs homologues moins qualifiés : médecins par opposition aux praticiens paramédicaux ; pharmaciens par opposition aux préparateurs en pharmacie.

Une autre analyse de la distribution des personnels de santé par district révèle que 2224, soit 18 %, des 12 219 agents de santé travaillant dans des établissements en Zambie sont concentrés dans la capitale Lusaka. Treize des 71 districts du pays ne comptent pas un seul médecin dans leur effectif, tandis que trois districts seulement (Lusaka, Kitwe et Ndola) totalisent 67 % des médecins affectés dans des établissements (*23*). Un tel déséquilibre des RHS peut avoir de graves incidences sur l'accessibilité, la couverture et la qualité des services de soins dans les zones rurales et les zones insuffisamment desservies.

Figure 7.5 Pourcentage des agents de santé et de la population totale dans les zones urbaines, enquête HFC 2006 en Zambie



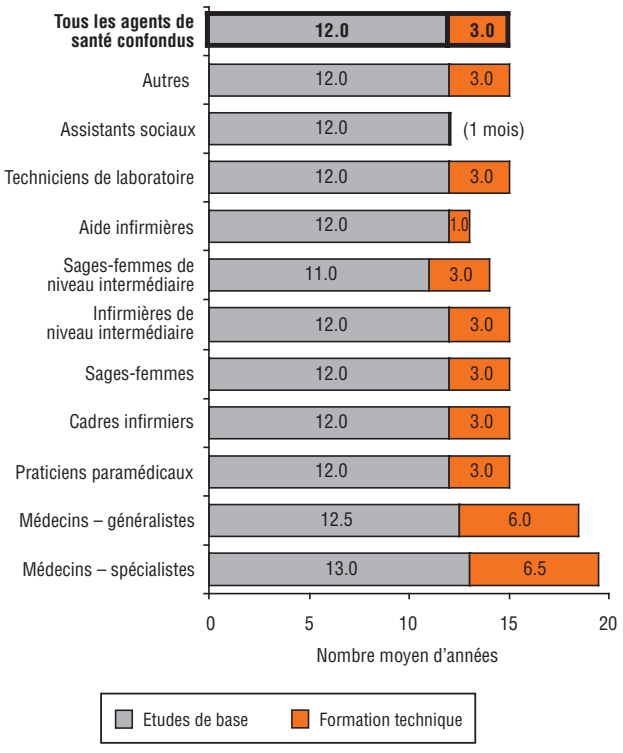
D'après : Herbst and Gijsbrechts (*23*).

Formation, motivation et performance des personnels de santé

Des informations sur les niveaux et les domaines d'éducation et de formation des personnels de santé sont indispensables pour adapter les besoins en formation des agents de santé et pour connaître la capacité technique globale des divers groupes d'agents de santé d'un pays. Cela vaut en particulier en cas d'intensification rapide des initiatives de développement des ressources humaines, où il n'est pas rare de relever d'importants écarts dans la formation reçue par des agents portant le même titre professionnel, par suite d'une évolution progressive des normes applicables aux études de base et avancées exigées pour un diplôme de santé. Des informations sur le niveau d'études sont aussi utiles pour améliorer la correspondance entre les titres professionnels nationaux et la norme CITP, qui classe les catégories professionnelles en fonction du niveau des compétences et de la spécialisation normalement requis pour une performance satisfaisante.

L'exemple donné dans la Figure 7.6 illustre les niveaux d'études des RHS déclarés par les agents de santé interrogés au Kenya. Comme on peut s'y attendre, si le

Figure 7.6 Nombre moyen d'années d'études et de formation des personnels de santé, par groupe professionnel, enquête SPA 2004 au Kenya



D'après : Kenya 2004 SPA (*22*).

niveau d'études de base précédant la formation à un diplôme de santé reste essentiellement identique pour tous les types de prestataires de services, le nombre des années de formation technique avancée varie selon les groupes. Les médecins (spécialistes et généralistes) ont le niveau d'études le plus élevé, les aides infirmières et les travailleurs sociaux ayant le niveau le plus faible.

Le schéma des années pendant lesquelles les agents de santé ont été employés dans un établissement renseigne sur l'expérience professionnelle, les besoins en formation et la fidélisation du personnel.

Le Tableau 7.9 présente les réponses fournies dans les entretiens dans le cadre de l'enquête SPA au Kenya sur les années de services des membres du personnel à leur poste actuel selon le type d'établissement et l'autorité responsable. Dans l'ensemble, la moitié des agents des établissements ont indiqué être à leur poste depuis peu de temps, trois ans environ, avec peu de changements liés à l'autorité qui dirige l'établissement. Le personnel infirmier et les sages-femmes des hôpitaux et notamment des maternités occupaient généralement leur poste actuel depuis plus longtemps. Parallèlement, le nombre moyen d'années de services le plus faible a été enregistré chez les médecins des maternités (privées pour la plupart au Kenya) et le personnel des établissements autonomes de CDV, catégorie de service et type d'établissement relativement nouveaux.

La formation et un encadrement de soutien, tout en améliorant la qualité de la performance des agents de santé, peut également servir d'incitation pour motiver les personnels dans l'accomplissement de leurs tâches. La Figure 7.7 présente des données du Kenyasur la proportion des personnels des établissements qui ont reçu une formation en cours d'emploi en bonne et due forme au cours des 12 mois précédant l'enquête, à savoir des séances de formation structurées, la formation individuelle transmise au titre de l'encadrement systématique mise à part. Dans l'ensemble, à l'exception des cadres de direction, les deux tiers (67 %) des agents de santé ont déclaré avoir reçu une formation en cours d'emploi, proportion ne changeant guère selon le type d'établissement. L'écart le plus sensible relevé concerne les sites CDV, où la proportion est de loin la plus élevée (83 %).

Des résultats supplémentaires obtenus au Kenya sur l'encadrement de soutien reçu par les prestataires de services sont présentés à la Figure 7.7. À l'exception des cadres de direction, les deux tiers environ (68 %) des agents de santé ont indiqué qu'ils avaient personnellement fait l'objet d'un encadrement au cours des six mois précédant l'enquête. Les dispensateurs de services sur les sites CDV étaient les plus susceptibles d'avoir bénéficié d'un encadrement (86 %). La concentration des agents de santé ayant récemment reçu une formation ou fait l'objet d'un encadrement dans ces centres témoigne probablement du niveau élevé de l'attention dirigée à l'échelle mondiale sur les services liés

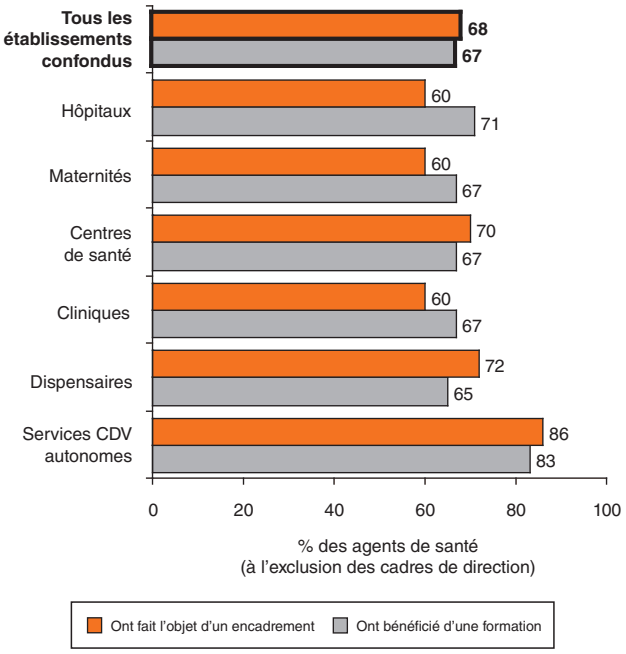
Tableau 7.9 Nombre moyen d'années de services au poste actuel parmi les agents de santé des établissements, par type d'établissement et autorité responsable, Kenya 2004

	Médecins	Personnel infirmier et sages-femmes	Tous les agents de santé confondus
Type d'établissement			
Service CDV autonome	..	4.1	1.0
Dispensaire	3.0	3.0	2.0
Clinique	4.6	4.3	3.0
Centre de santé	2.0	2.5	3.0
Maternité	1.1	7.2	2.0
Hôpital	3.0	5.0	5.0
Autorité responsable			
Publique	3.0	4.0	3.0
Privée	2.0	3.0	3.0
Tous les établissements confondus	**3.0**	**4.0**	**3.0**

.. Chiffre non calculé en raison du petit nombre d'établissements sondés avec des médecins en poste.

D'après : Kenya 2004 SPA (*22*). Données pondérées compte tenu des méthodes de sondage.

Figure 7.7 Pourcentage des agents de santé ayant reçu une formation en cours d'emploi pendant les 12 mois précédents, et ayant fait l'objet d'un encadrement personnel au cours des 6 mois précédents, par type d'établissement, enquête SPA 2004 au Kenya



D'après : Kenya 2004 SPA (*22*).

au VIH. L'enquête n'a pas recueilli des données sur les compétences acquises ou utilisées après les séances de formation ni sur la qualité de l'encadrement ; de nombreuses EES recueillent au moins certains renseignements sur les points examinés ou les activités mises en oeuvre pendant la visite d'encadrement.

Aucun, parmi les quatre outils de sondage et de recensement EES examinés ici ne sert actuellement à recueillir des informations sur le revenu et le salaire du personnel et ces sources ne permettent donc pas d'analyser les incitations financières fournies aux personnels de santé. En l'absence de données sur les salaires, d'autres mesures propres à influer sur la motivation et la performance des personnels et à les fidéliser ont été examinées. La documentation sur les RHS donne à penser qu'un champ d'activité clairement défini et l'existence d'autres avantages non pécuniaires peuvent contribuer à améliorer la performance des personnels et réduire les départs naturels (*24, 25*). On trouve un exemple de ce type d'informations pour le Kenya dans le Tableau 7.10. Huit pour cent seulement des agents de santé ont été en mesure de présenter une description écrite de leurs tâches lors de l'entretien, ce pourcentage ne variant guère selon les groupes. Les écarts sont un peu plus sensibles selon le type d'établissement mais, même là où les proportions sont les plus grandes (maternités et cliniques), environ un agent sur dix seulement a pu fournir un document écrit. Ces chiffres restent peut-être en-deçà de la réalité, cependant, car 30 % d'agents supplémentaires ont déclaré disposer d'une description écrite mais n'être pas en mesure de la présenter à l'enquêteur (résultats non montrés).

L'analyse des données SPA pour le Kenya montre que 42 % des personnels de santé voient des possibilités d'avancement au poste qu'ils occupent (Tableau 7.10). Les médecins et les personnels hospitaliers sont les plus susceptibles de déclarer qu'ils perçoivent des opportunités d'avancement. Plus de la moitié (54 %) des agents de santé indiquent qu'ils reçoivent des incitations non pécuniaires de leur employeur, et notamment des subventions ou des réductions pour l'achat de médicaments ou d'autres biens, d'uniformes ou d'autres vêtements, de denrées alimentaires ou de cours de formation. Les différences sont sensibles selon les groupes professionnels (de 35 % des personnels de laboratoire à 60 % des travailleurs sociaux) et selon le type d'établissement (le pourcentage le plus élevé revenant aux sites CDV, où travaille environ le quart des assistants sociaux au Kenya). Si l'inflation des résultats pour le dernier indicateur peut être due à l'inclusion de possibilités de formation à titre d'incitation, cette information donne des indications sur les écarts potentiels entre les systèmes de compensation selon les caractéristiques des personnels et des établissements et sur les incidences qui s'ensuivent pour la performance et la fidélisation du personnel.

La performance des agents de santé peut être envisagée sous l'angle du taux d'absentéisme. Cet aspect a été examiné au moyen de données issues d'une enquête SAM pour le Kenya pour certains centres urbains et districts ruraux où a été conduit le recensement en établissement : Kilifi, Kisumu, Mombasa, Nairobi, Nakuru et Thika (*26*). Moins de la moitié des membres du personnel de santé (figurant sur le registre du personnel) ont été trouvés à leur poste le jour des entretiens (Figure 7.8). Les médecins étaient les moins susceptibles d'être présents, suivis par le personnel infirmier et les sages-femmes, avec environ une personne sur cinq seulement à son poste. Plusieurs raisons pouvaient expliquer l'absence des agents de santé ce jour là, et notamment un congé prévu, une absence inopinée ou une absence inexpliquée. Une étude de cas plus détaillée sur l'évaluation de l'absentéisme des personnels est présentée au chapitre 11 du présent Manuel.

Les informations relatives aux horaires de travail sont importantes pour la planification des RHS et elles

Tableau 7.10 Pourcentage des agents de santé des établissements disposant d'une description écrite de leurs tâches, percevant des opportunités d'avancement et bénéficiant d'autres avantages non pécuniaires, par groupe professionnel et type d'établissement, Kenya 2004

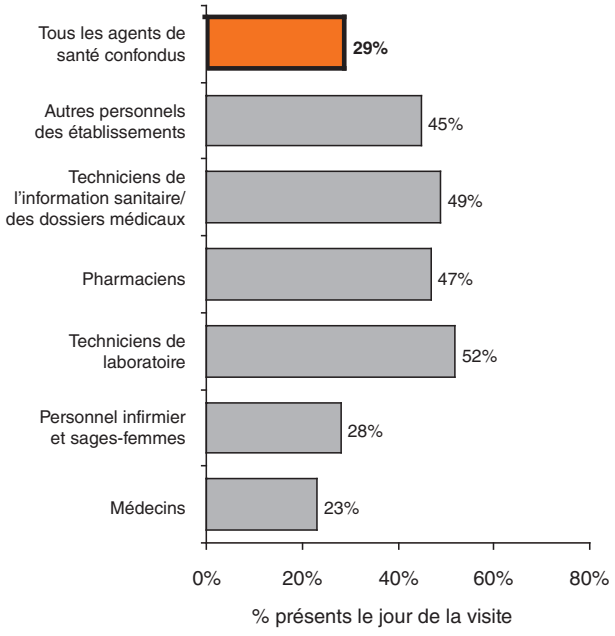
	Pourcentage des agents de santé		
	Qui disposent d'une description écrite de leurs tâches lors de l'entretien	Qui perçoivent des opportunités d'avancement	Qui bénéficient d'avantages parallèlement à leur salaire[a]
Groupe professionnel			
Médecins	8	50	40
Personnel infirmier et sages-femmes	8	42	58
Personnel de laboratoire	7	35	35
Travailleurs sociaux	8	43	60
Autres	6	43	44
Type d'établissement			
Services CDV autonomes	8	41	64
Dispensaires	6	41	51
Cliniques	10	37	56
Centres de santé	6	37	47
Maternités	13	13	63
Hôpitaux	9	50	56
Tous les agents de santé confondus	**8**	**42**	**54**

a. Les incitations non pécuniaires incluent des subventions pour l'achat de médicaments ou d'autres biens, des uniformes ou d'autres vêtements, des denrées alimentaires et des cours de formation.

D'après : Kenya 2004 SPA (*22*). Données pondérées compte tenu des méthodes de sondage.

peuvent servir à calculer, par exemple, la capacité des systèmes de santé en termes d'équivalents plein temps pour des postes, et à soutenir la conception de pratiques de gestion souples qui pourraient contribuer à la fidélisation des personnels. Le Tableau 7.11 présente les données EES pour le Kenya sur le nombre d'heures de travail hebdomadaires normales dans les établissements où les agents de santé ont été interrogés. La plupart (91 %) des personnels des établissements sont employés à plein temps, et travaillent d'ordinaire au moins 40 heures par semaine. Le personnel de laboratoire et les infirmières et les sages-femmes sont les moins susceptibles de travailler à temps partiel, tandis que les travailleurs sociaux ont plus de chances de travailler à temps partiel. Près de deux médecins sur dix travaillent dans l'établissement à temps partiel. Un domaine de recherche sur de futurs outils EES pourrait être la nature des activités professionnelles que pratiquent les agents à temps partiel en dehors de l'établissement (par exemple s'ils travaillent dans un autre établissement, font de la recherche ou enseignent, en dehors du secteur de la santé ou s'ils ont

Figure 7.8 Pourcentage des agents de santé en poste présents le jour de l'évaluation, par groupe professionnel, enquête SAM 2005 au Kenya (certains districts)



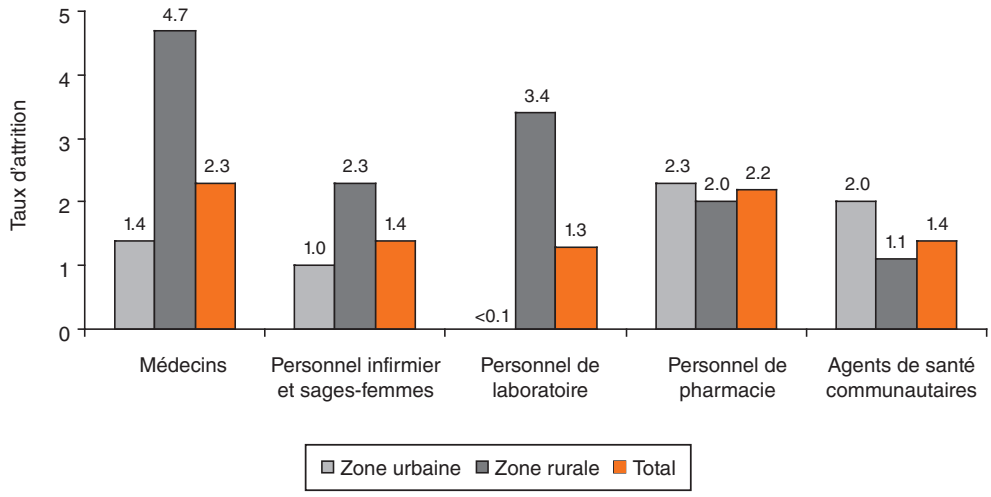
D'après : Kenya 2005 SAM (*26*).

Tableau 7.11 Distribution en pourcentage des personnels de santé des établissements selon le nombre normal d'heures de travail hebdomadaires, par groupe professionnel, Kenya 2004

Groupe professionnel	Nombre normal d'heures de travail hebdomadaires dans l'établissement				Total
	40+	30–39	20–29	<20	
Médecins	83	7	2	8	100
Personnel infirmier et sages-femmes	93	5	0	2	100
Personnel de laboratoire	98	1	1	0	100
Travailleurs sociaux	57	11	29	3	100
Aides infirmières	78	9	0	13	100
Autres	74	6	9	11	100
Tous les agents de santé confondus	87	6	3	4	100

D'après : Kenya 2004 SPA (*22*). Données pondérées compte tenu des méthodes de sondage.

Figure 7.9 Taux d'attrition des agents de santé des établissements du secteur public, par groupe professionnel, Nigeria 2005



D'après : Chankova et al. (*14*).

cessé toute activité, volontairement ou pour des raisons indépendantes de leur volonté).

7.5.3 Sortie de la vie professionnelle

Certaines EES ont inclus la collecte d'informations destinées à évaluer la fidélisation du personnel. Les obstacles à la collecte de données sur le changement de statut des RHS et la sortie de la vie professionnelle peuvent nuire à l'exhaustivité des données, notamment pour mesurer les départs à l'étranger. La Figure 7.9 donne les taux d'attrition estimatifs pour les personnels de santé du secteur public au Nigeria, par catégorie professionnelle et pour les zones urbaines et les zones rurales. D'après ces résultats, les taux d'attrition des établissements sont plus élevés pour les médecins que pour les autres catégories de personnels de santé. Les départs naturels sont plus importants pour les travailleurs ruraux en comparaison avec les ceux en milieu urbain, sauf parmi les personnels pharmaceutiques et les agents de santé communautaires. Ces derniers sont recrutés et formés spécifiquement pour travailler en zone rurale et ils sont donc peut-être moins susceptibles de trouver des emplois de substitution tentants au-delà de leur zone de résidence.

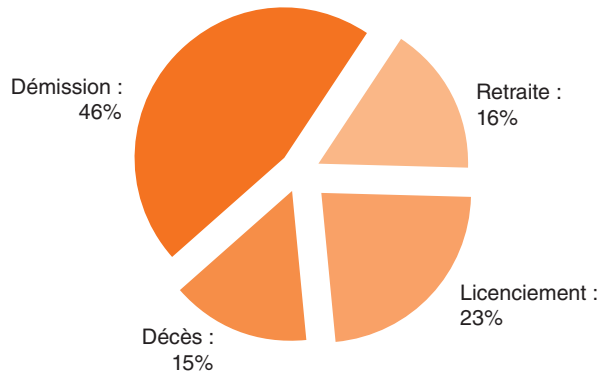
Dans le même contexte, la démission est de loin la raison de départ la plus courante, invoquée pour près de la moitié (46 %) des départs d'agents de santé comptabilisés (Figure 7.10). Les causes sous-jacentes de démission n'ont pas été établies dans la présente évaluation mais l'expérience montre que la médiocrité des conditions d'emploi est souvent responsable. Vingt-trois pour cent des départs d'agents sont imputables

Tableau 7.12 Comparaison entre l'augmentation de l'effectif des personnels de santé du secteur public consécutive à l'arrivée de nouveaux diplômés et le taux d'attrition, Nigéria 2005

Groupe professionnel	Nouveaux diplômés des établissements de formation des professions de santé comme % de l'effectif existant	Taux d'attrition	Rapport des nouveaux personnels aux personnels sortants
Médecins	7.7	2.3	**3.3**
Personnel infirmier et sages-femmes	1.1	1.4	**0.8**
Personnel de laboratoire	3.4	1.3	**2.6**
Personnel de pharmacie	3.6	2.2	**1.6**
Agents de santé communautaires	3.3	1.4	**2.3**

D'après : Chankova et al. (*14*)

Figure 7.10 Distribution en pourcentage des départs d'agents de santé selon la raison de la sortie de la vie active, Nigeria 2005



D'après : Chankova et al. (*14*)

à un licenciement. Les départs à la retraite, de même que les décès, sont cause d'un départ sur sept. Les données disponibles ne permettent pas de représenter dans son intégralité la dynamique d'attrition des personnels de santé mais elles peuvent indiquer les domaines dans lesquels les administrateurs de programme et les décideurs peuvent investir en faveur d'interventions de recherche et de fidélisation.

On peut enfin évaluer grossièrement le taux de régénération des effectifs de santé en comparant le taux d'augmentation des personnels de santé dû à l'entrée de nouveaux diplômés des établissements de formation dans l'effectif des établissements de santé au taux d'attrition dans ces établissements. Les résultats donnés dans le Tableau 7.12 montrent que pour un médecin quittant la fonction publique au Nigeria, trois nouveaux se joignent à l'effectif existant. Les rapports estimatifs de personnel entrant au personnel sortant sont nettement supérieurs à 2 :1 pour les personnels de laboratoire et les agents de santé communautaires. Il semble toutefois que les nouvelles diplômées des écoles de formation d'infirmières et de sages-femmes qui entrent dans la fonction publique au Nigeria soient moins nombreuses que les infirmières et les sages-femmes qui la quittent.

7.6 Résumé et conclusions

L'opinion selon laquelle les RHS sont en état de crise, les pays au revenu faible ou intermédiaire étant les plus exposés, est universellement partagée. Il est aussi largement admis que la solution à cette crise passe par un suivi efficace des trois étapes de la vie professionnelle (entrée dans la vie active, vie active et sortie de la vie active), aux fins duquel il faut avoir accès à des méthodes de mesure et des outils d'analyse pouvant servir à recueillir et analyser, de manière rapide et fiable, des données sur les personnels.

Le présent chapitre porte sur l'utilisation des EES en tant que méthode pouvant répondre à ce besoin, et il contient des exemples des types d'informations sur les RHS qu'elles peuvent fournir. Les EES permettent d'obtenir des données statistiques sur l'effectif et l'offre de personnel de santé, les études, l'éventail des compétences, la distribution géographique, la productivité et d'autres pratiques contextuelles à l'appui d'une performance efficace (par exemple l'adéquation des ressources et des infrastructures, la formation en cours d'emploi, les pratiques d'encadrement et de supervision, et les mesures incitatives), et des estimations

des nouvelles entrées et de la fidélisation. Analysées en liaison avec les normes nationales de dotation en personnel (le cas échéant), les données EES peuvent être utilisées pour vérifier le degré de satisfaction desbesoins en personnel perçus, et pour appuyer la planification efficace de l'éducation et de la formation, du recrutement, de la gestion et, enfin, du départ à la retraite des RHS.

Plusieurs limites des données EES actuellement disponibles ont aussi été examinées, telle la pénurie d'informations sur les migrations d'agents de santé, en particulier les départs à l'étranger. Par nature, les EES ne recueillent pas directement des informations sur l'étape précédant l'entrée en fonction, ni sur les personnels extérieurs aux sites de prestation de services institutionnels. Comme il est indiqué ailleurs dans le présent Manuel, la nécessité d'améliorer les méthodes de suivi de l'étape précédant l'accession à la vie professionnelle et du départ ne se limite pas aux sources EES. Les outils EES existants pourraient toutefois être renforcés par l'enregistrement du nombre des nouvelles recrues fraichement diplômées, des personnels en provenance d'autres régions géographiques (nationales ou internationales) ou des personnes réintégrant l'effectif après une période d'absence, voire l'enregistrement de l'idée qu'ont les personnels en place des principales raisons du départ de leurs anciens collègues.

Les autres données tendant à faire défaut dans les quatre outils EES examinés dans le présent chapitre (bien qu'il ne s'agisse pas d'une étude exhaustive) incluent la rémunération des personnels et la distribution par sexe. Les données sur les salaires du personnel sont importantes tant pour le calcul du coût et la budgétisation des stratégies visant à améliorer la prestation des services et les initiatives de développement des RHS que pour l'évaluation des incitations pécuniaires influant sur la performance des prestataires. Les instruments examinés sur les avantages non pécuniaires n'ont permis de recueillir que des informations limitées. La connaissance de la dimension sexospécifique peut en outre aider à planifier des activités propres à réduire au maximum les effets néfastes du déséquilibre hommes-femmes sur l'effectif et la prestation des services, en particulier lorsque de tels déséquilibres ne sont pas perçus à temps (voir également les références bibliographiques *27, 28*). Lors de la rédaction du présent rapport, les instruments de collecte de données SPA et SAM étaient déjà en cours d'actualisation en vue de l'intégration de la distinction homme-femme dans les futures évaluations.

Une contrainte importante inhérente aux EES est le risque de biais d'échantillonnage en l'absence de plan d'enquête complet et précis, ou de liste d'établissements pour la sélection, comme c'est le cas dans de nombreux pays au revenu faible ou intermédiaire, en particulier dans le secteur privé. Les variations dans l'échantillonnage et les différences dans la conception des questionnaires et d'autres questions extérieures à l'enquête ont souvent entravé la comparabilité des données entre les sources, au détriment du suivi des tendances entre les régions et dans la durée. Si des informations abondantes et ponctuelles sur les RHS issues des données EES sont disponibles, il existe peu d'exemples (si tant est qu'il en existe) de pays ou d'acteurs concernés qui utilisent ces informations pour concevoir la politique et les plans relatifs aux RHS.

L'objectif général de la plupart des EES étant d'évaluer les services de santé, les outils tendent à couvrir un large éventail de sujets, incluant non seulement la dotation en personnel des établissements mais aussi les infrastructures, la prestation des services, les fournitures et le matériel, les protocoles et la satisfaction des patients. De ce fait, elles ne permettent généralement pas l'analyse détaillée d'une composante spécifique ; l'élargissement du champ des informations recueillies sur les RHS permettrait des analyses plus détaillées mais il accroîtrait aussi la complexité des évaluations, avec des retombées pour la formation des enquêteurs, la logistique du travail de terrain, la durée moyenne des entretiens, le traitement et l'analyse des données, et naturellement, la budgétisation. Il est possible d'effectuer des enquêtes autonomes entre dispensateurs de soins, mais la pérennité de cette approche, en particulier dans les pays à faible revenu, devra être examinée.

Une analyse RHS complète, en théorie, améliorerait au maximum l'utilisation des données EES recueillies périodiquement qui sont intégrées dans le système d'information sanitaire national avec des données recueillies systématiquement (de manière ininterrompue) auprès de sources administratives (ce dernier point est examiné plus en profondeur au chapitre 9 du présent Manuel). Des évaluations devraient être conduites dans les établissements tous les sept ou dix ans afin de valider et d'enrichir les informations fournies au moyen des sources de données habituelles (par exemple les nouveaux déploiements, l'encadrement de soutien, l'absentéisme des personnels, les vacances de postes et les départs de membres du personnel). Cette périodicité est recommandée pour ne pas accroître les coûts et laisser suffisamment de temps entre les exercices pour l'observation des changements. La plupart des pays peuvent se doter des capacités techniques requises pour conduire des EES après une évaluation effectuée avec une assistance technique extérieure. Un appui technique international est toutefois souvent nécessaire, de même qu'une coopération technique, pour assurer la qualité (et la comparabilité entre pays) des données recueillies. Des

investissements complémentaires sont souvent requis pour les stratégiesd'analyse et de diffusion des données qui mettent les informations obtenues à la portée des décideurs (*29*).

L'institutionnalisation du potentiel EES, au sein du ministère de la santé ou d'un autre organisme autonome ou semi autonome (telles des entreprises de sondage et de recherche privées) devrait être jugée prioritaire pour que les informations RHS issues des EES deviennent un élément pleinement intégré du système d'information sanitaire et soient utilisées sur une grande échelle pour combler les déficits d'informations aux fins de la planification, du suivi et du développement des RHS.

Bibliographie

1. *Le Rapport sur la santé dans le monde 2006 – Travailler ensemble pour la santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006 (www.who.int/whr/2006/fr/index.html, accessed 10 January 2009).
2. Kinfu Y. *Assembling global health workforce statistics : challenges and implications*. Presented at the World Health Organization/Health Metrics Network Technical Working Group Meeting on Health Workforce Statistics, Geneva, 11–13 July 2006.
3. Annell A, Willis M. 2000. International comparison of health care systems using resource profiles. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6) :770–778 (http://www.who.int/bulletin/archives/78(6)770.pdf, accessed 20 January 2009).
4. International Health Facility Assessment Network. *Health facility assessment : relevant resources/ supporting documents and mapping resources – annotated bibliography.* MEASURE Evaluation Working Paper No. WP-08–107. Chapel Hill, NC, MEASURE Evaluation, 2008 (http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/pdf/wp-08–107.pdf, accessed 20 January 2009).
5. International Health Facility Assessment Network. *Flow chart of steps to conduct a health facility assessment.* Chapel Hill, NC, MEASURE Evaluation, 2008 (http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/pdf/ms-08–28.pdf, accessed 20 January 2009).
6. MEASURE Evaluation. *Sampling manual for facility surveys for population, maternal health, child health and STD programs in developing countries*. MEASURE Evaluation Manual Series No. 3. Chapel Hill, NC, Carolina Population Centre, 2001.
7. International Health Facility Assessment Network. *Profiles of health facility assessment methods*. Arlington, VA, MEASURE Evaluation, USAID and World Health Organization, 2008 (http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/pdf/tr-06–36.pdf, accessed 20 January 2009).
8. Japan International Cooperation Agency. *Health Facility Census*. Kurume, Japan, St Mary's Hospital, 2004.
9. Suzuki Y, Hozumi D. Health Facility Census : background, meaning, and its methodology. *Journal of International Health*, 2005, 20(S) :110.
10. Suzuki Y et al. Capital investment planning using the geographic information systems. *Journal of International Health*, 2006, 21(S) :89.
11. *Service Availability Mapping (SAM)*. World Health Organization (http://www.who.int/healthinfo/systems/serviceavailabilitymapping/en/, accessed 20 January 2009).
12. *Workload indicators of staffing need (WISN) : a manual for implementation*. Geneva, World Health Organization, 1998 (http://www.who.int/hrh/tools/workload_indicators.pdf, accessed 20 January 2009).
13. *Service Provision Assessment (SPA) surveys*. Macro International (http://www.measuredhs.com/aboutsurveys/spa/start.cfm, accessed 12 February 2009).
14. Chankova S, Nguyen H, Chipanta D, Kombe G, Onoja A, Ogungbemi K. *A situation assessment of human resources in the public health sector in Nigeria*. Bethesda, MD, Partners for Health Reform*plus* Project, Abt Associates Inc., 2006 (http://www.healthsystems2020.org/content/resource/detail/1704/, accessed 20 January 2009).
15. MEASURE Evaluation. *Facility Audit of Service Quality*. Chapel Hill, NC, Carolina Population Centre, 2000.
16. *Evaluation des ressources humaines de la santé : questionnaire d'enquête*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002 (http://www.who.int/hrh/tools/questionnaire_evaluation_ressources_humaines.pdf, accessed 12 February 2009).
17. Dehn J, Reinikka R, Svensson J. Survey tools for assessing performance in service delivery. In : Bourguignon F, da Silva LP, eds. *Evaluating the poverty and distributional impact of economic policies*. Washington, DC, Oxford University Press and World Bank, 2003.
18. Ferrinho P, Van Lerberghe W, Fronteira I, Hipólito F, Biscaia A. Dual practice in the health sector : review of the evidence. *Human Resources for Health*, 2004, 2(14) (http://www.human-resources-health.com/content/2/1/14, accessed 20 January 2009).
19. *La Classification internationale type des professions (CITP)*. Organisation internationale du Travail (http://www.ilo.org/public/french/bureau/stat/isco/index.htm, accessed 11 January 2009).
20. *Classification Internationale Type de l'Education: CITE 1997*. Paris, UNESCO, 1997 (http://www.uis.unesco.org/TEMPLATE/pdf/isced/ISCED_F.pdf, accessed 10 January 2009).

21. *Classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité économique (CITI), révision 4*. New York, Division de statistique de l'Organisation des Nations Unies (http://unstats.un.org/unsd/cr/registry/isic-4.asp, accessed 11 January 2009).

22. National Coordination Agency for Population and Development (NCAPD), Ministry of Health, Central Bureau of Statistics, ORC Macro. *Kenya Service Provision Assessment Survey 2004*. Nairobi, Kenya, NCAPD, 2005 (http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/SR139/SR139.pdf, accessed 20 January 2009).

23. Herbst CH, Gijsbrechts D. *Information on stock, profiles, and distribution of health workers in Zambia : analysis of the Health Facility Census data*. World Bank Human Resources for Health Program Paper. Washington, DC, World Bank, 2007.

24. Hornby P, Forte P. *Human resource indicators and health service performance*. Staffordshire, United Kingdom, Keele University Centre for Health Planning and Management, 2003 (http://www.who.int/hrh/en/HRDJ_1_2_03.pdf, accessed 21 January 2009).

25. Diallo K, Zurn P, Gupta N, Dal Poz M. Monitoring and evaluation of human resources for health : an international perspective. *Human Resources for Health*, 2003, 1 :3 (http://www.human-resources-health.com/content/1/1/3, accessed 10 January 2009).

26. World Health Organization and Kenya Ministry of Health. *Service Availability Mapping : Kenya report*. Geneva, World Health Organization and Kenya Ministry of Health, 2005 (http://www.who.int/healthinfo/systems/samreportkenya.pdf, accessed 21 January 2009).

27. Hojat M, Gonnella J, Zu G. Gender comparisons of young physicians perceptions of their medical education, professional life, and practice : a follow up study of Jefferson Medical College graduates. *Academic Medicine*, 1995, 70(4) :305–312.

28. Reamy J, Pong R. *Physician workforce composition by gender : the implications for managing physician supply*. Paper presented at the 4th FICOSSER General Conference, Cuernavaca, Mexico, 28–30 July, 1998.

29. AbouZahr C, Adjei S, Kanchanachitra C. From data to policy : good practices and cautionary tales. *Lancet*, 2007, 369 :1039–1046.

8 Analyse des sexospécificités parmi les personnels de santé fondée sur l'utilisation des recensements de la population

RENÉ LAVALLÉE, PIYA HANVORAVONGCHAI, NEERU GUPTA

8.1 Introduction

Malgré l'importance certaine du suivi des personnels de santé et des effets sur la performance des systèmes de santé, les données factuelles empiriques à l'appui de la formulation des politiques manquent souvent de cohésion. De nombreuses ressources potentiellement aptes à fournir des données pertinentes restent sous-exploitées dans les travaux de recherche en santé, notamment dans les pays au revenu faible ou intermédiaire. Il existe tout un éventail de sources statistiques types pour évaluer les ressources humaines pour la santé (RHS) – et notamment les recensements de la population nationale – mais ce potentiel, en règle générale, n'a guère été mis au service du suivi des RHS.

Les recensements de la population peuvent être une source majeure de statistiques décrivant les RHS, et fournissant des informations précises sur l'effectif des personnels de santé et sa composition et sur la distribution par unité spatiale et selon les caractéristiques sociales et démographiques (*1, 2*). L'un des principaux atouts des données de recensement pour l'analyse RHS est la possibilité de ventiler les informations personnelles par sexe. Par opposition aux enquêtes, les recensements échappent aux problèmes liés aux échantillons de dimension trop réduite interdisant l'évaluation de certains sous-groupes. De plus, ainsi qu'il est indiqué dans le chapitre 7 du présent Manuel, les évaluations effectuées dans le cadre des établissements de santé aux fins du suivi de la dotation en personnel ont généralement omis la dimension sexospécifique.

On se propose, dans ce chapitre, de présenter les résultats d'analyses plurinationales des disparités liées au sexe parmi les personnels de santé en se fondant sur les données de recensement. Le chapitre se divise en cinq parties, dont la présente introduction. La section suivante montre l'importance de la prise en compte systématique de la parité hommes-femmes dans l'analyse des personnels de santé. Les sources des données de recensement utilisées ici sont présentées ensuite. La quatrième partie est l'analyse empirique, chacune des trois étapes du cadre dans lequel s'inscrit la vie active étant examinée aux fins de l'évaluation des RHS. Le chapitre s'achève sur des recommandations en faveur de l'utilisation de données ventilées par sexe, notamment pour les données de recensement, dans la perspective du suivi et de l'évaluation d'une planification et d'une gestion des ressources humaines soucieuses de l'égalité des sexes.

8.2 Importance des questions relatives aux disparités entre les sexes dans l'analyse des personnels de santé

Les femmes représentent environ 40 % de l'effectif estimatif de la population active mondiale (*3*). Dans de nombreux pays, où elles comptent pour plus de 75 % des personnels de santé (*4*), elles assurent une part indispensable de la prestation des services de santé. Pourtant, les problèmes liés aux disparités entre les sexes restent le plus souvent négligés dans l'élaboration des politiques relatives aux RHS et la planification dans ce domaine (*5*).

Dans de nombreux pays, on trouve surtout les femmes dans les professions de santé de moindre statut et elles sont minoritaires parmi les professionnels plus qualifiés. Par catégorie professionnelle, en particulier, les femmes sont majoritaires dans le personnel infirmier et chez les sages-femmes et dans les autres groupes « soignants » tels les agents de santé communautaires (*6*). Les femmes sont souvent peu représentées dans les autres catégories, par exemple parmi les médecins, les dentistes, les pharmaciens et les administrateurs.

La sous-représentation des femmes au niveau de la direction et de la prise des décisions peut être cause du déficit d'attention accordée aux conditions de travail particulières qui sont souvent celles des femmes et aux besoins spécifiques des femmes en matière de soins de santé, et à la méconnaissance de ces aspects.

Dans de nombreux contextes, l'utilisation des services de santé par les femmes dépend dans une mesure importante de la possibilité qu'elles ont d'être soignées par des femmes (*7, 8*).

Le fait de passer sous silence les problèmes liés aux disparités entre les sexes peut aussi être cause du manque de réactivité du système de santé aux besoins des hommes : les services de santé génésique, par exemple, sont souvent conçus de telle manière qu'ils n'encouragent pas la participation des hommes (*7*). Une meilleure reconnaissance du rôle des hommes en tant que dispensateurs de soins et l'amélioration de l'information sur cet aspect peuvent aider à rationaliser les normes liées aux sexospécificités dans la prestation des services de santé (*9*).

L'étude des disparités liées au sexe parmi les personnels de santé peut montrer que les systèmes de santé eux-mêmes peuvent refléter, voire exacerber, de nombreuses inégalités sociales qu'ils sont censés combattre et dont ils sont censés être à l'abri (*6*). Pour connaître les problèmes liés aux disparités entre les sexes parmi les personnels de santé et s'y atteler, il est important d'améliorer le dénombrement des femmes et des hommes dans l'effectif des personnels de santé pour aider à définir et hiérarchiser les interventions de planification et de gestion des RHS.

8.3 Utilisation des données de recensement pour l'analyse des personnels de santé

Strengthening the evidence base on gender Il est de la plus haute importance de renforcer les bases factuelles sur la sexospécificité et les personnels de santé dans les pays au revenu faible et intermédiaire. La plupart des (rares) travaux de recherche disponibles sur la sexospécificité et les RHS concernent les pays à économie de marché développée, notamment les États-Unis d'Amérique (*6*). S'il existe des archives de microdonnées de recensement pour la plupart des pays, l'accès à ces données et leur utilisation aux fins de la recherche sur les systèmes de santé ont été généralement limités. Pour certains pays, l'analyse des données de recensement peut être facilitée par la mise en oeuvre de projets de recherche concertés dont l'objectif est la publication des microdonnées. Seuls de rares pays au revenu faible ou intermédiaire ont réalisé et diffusé des analyses RHS nationales fondées sur des recensements.

Une analyse des sexospécificités chez les personnels de santé a été conduite dans 13 pays dans des régions et des contextes différents (Tableau 8.1). Comme décrit dans le chapitre 2 du présent Manuel, les recensements incluant des questions conçues pour recueillir des données sur la nature de l'activité professionnelle peuvent fournir des informations utiles aux fins de l'analyse RHS (Encadré 8.1). L'application des normes internationales à la collecte et au traitement des données facilite la production de statistiques comparables entre les pays et dans la durée sur de nombreux aspects de la dynamique professionnelle (*10*). Les comparaisons internationales des indicateurs RHS peuvent fournir l'occasion d'éclairer les problèmes liés aux personnels qui se posent avec acuité dans de nombreux pays, et de savoir comment les pays les ont résolus, le cas échéant (*11*).

Les données utilisées pour l'analyse proviennent de trois sources :

- Pour 11 pays – Afrique du Sud, Argentine, Brésil, Cambodge, Chili, Équateur, Hongrie, Philippines, Roumanie, Rwanda et Viet Nam – des échantillons de microdonnées ont été extraites du projet Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS), mené en collaboration avec les pays pour recueillir, conserver, harmoniser et diffuser les données et la documentation de recensement aux fins de la recherche sociale et économique (*12*). Dès la fin 2007, IPUMS-International avait créé un ensemble unique de microdonnées de recensement recouvrant 80 recensements réalisés dans 26 pays (*13*). Pour la présente analyse, les données du dernier cycle de recensement (couvrant la période 1995–2004) ont été utilisées pour les pays en développement et les économies en transition où une variable pour la profession a été incluse pour permettre de reconnaître les professions de santé.
- Pour un pays, la Thaïlande, l'accès aux microdonnées de recensement a été obtenu au moyen du National Statistical Office avec l'appui du programme national de recherche sur les priorités sanitaires lié aux systèmes et aux politiques de santé, International Health Policy Program – Thailand (*14*).
- Pour un autre pays, l'Ouganda, les données ont été tirées d'un volume spécial du recensement sur les agents de santé élaboré en collaboration avec le projet Developing Human Resources for Health (*15*). La publication incluait des tableaux et des cartes de l'effectif et de la distribution des professions de santé ainsi que des informations sur les variables utilisées dans les statistiques.

Dans la présente analyse, pour accroître la comparabilité inter-pays, les agents de santé ont été définis sur la base de la principale activité professionnelle auto-déclarée parmi les personnes économiquement actives telles qu'enregistrée dans le recensement, les titres, dans la mesure du possible, étant mis en

Tableau 8.1 Pays et sources de données de recensement

Pays	Catégorie de revenu[a]	Région[b]	Organisme chargé du recensement	Année	Recensés exerçant une profession de santé	
					Nombre	Pour 10 000 habitants
Argentine	Moyen supérieur	Amériques	Institut national de statistique et de recensement	2001	418 530	115.4
Brésil	Moyen supérieur	Amériques	Institut de géographie et de statistique	2000	1 463 001	86.1
Cambodge	Faible	Pacifique occidental	Institut national de statistique	1998	26 940	23.6
Chili	Moyen supérieur	Amériques	Institut national de statistique	2002	133 580	88.2
Équateur	Moyen inférieur	Amériques	Institut national de statistique et de recensement	2001	79 290	65.3
Hongrie	Moyen supérieur	Europe	Bureau central des statistiques	2001	169 960	166.5
Philippines	Moyen inférieur	Pacifique occidental	National Statistics Office	2000	360 217	48.0
Roumanie	Moyen supérieur	Europe	Institut national de statistique	2002	295 880	138.4
Rwanda	Faible	Afrique	National Institute of Statistics	2002	10 230	12.1
Afrique du Sud	Moyen supérieur	Afrique	Statistics South Africa	2001	256 393	60.0
Thaïlande	Moyen inférieur	Asie du Sud-Est	National Statistical Office	2000	294 905	48.4
Uganda	Faible	Afrique	Bureau of Statistics	2002	57 508	23.5
Viet Nam	Faible	Pacifique occidental	General Statistics Office	1999	253 500	33.2

a. Catégories de revenu établies par la Banque mondiale selon le revenu national brut par habitant.

b. Régions classées par l'Organisation mondiale de la Santé.

correspondance avec la Classification internationale type des professions, révision 1988 (CITP-88) (*16*), qui inclut les grands groupes suivants :

- Spécialistes de la santé (à l'exception du personnel infirmier et des sages-femmes) : médecins, dentistes, pharmaciens et autres activités de santé de niveau professionnel ;
- Personnel infirmier et sages-femmes : cadres infirmiers et sages-femmes, personnel infirmier et sages-femmes (niveau intermédiaire) ;
- Autres prestataires de services de santé : techniciens et professions intermédiaires de la santé (assistants médicaux, assistants en médecine dentaire, techniciens de laboratoire ; techniciens d'appareils électromédicaux), praticiens des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, personnel soignant (aides soignants en institution et à domicile compris) et autres personnels non répertoriés ailleurs ;
- Personnel de direction : administrateurs et cadres de services de santé et activités professionnelles similaires.

D'autres mesures ont également été prises pour améliorer la comparabilité compte tenu des particularités des divers recensements ; l'analyse exclut notamment les personnels expatriés dénombrés pour les Philippines, contrairement aux autres pays.

Le Tableau 8.1 montre le nombre et la densité des agents déclarant une activité professionnelle dans le domaine de la santé lors du recensement, dans les limites retenues ici. Comme on pouvait s'y attendre, dans tous les pays, la densité des agents de santé tend à croître avec le revenu national. Les densités les plus

Encadré 8.1 Questions utilisées dans le recensement de la population pour déterminer la profession principale, dans certains pays

Brésil (2000) : *Combien de professions avez-vous exercé dans la semaine du 23–29 juillet 2000 ?* (réponses possibles : « une », « deux ou plus ») ; *Quelle a été votre principale activité professionnelle pendant [cette] semaine ?* (question ouverte).

Chili (2002) : *Dans quelle situation, parmi les suivantes, vous êtes-vous trouvé la semaine dernière ?* (choix entre 10 options) ; *Quelle profession ou type d'activité exercez-vous, ou avez-vous exercé par le passé si vous êtes au chômage ?* (question ouverte).

Hongrie (2001) : *Quelle est votre source de revenus?* (choix entre 3 réponses au maximum sur 13 options) ; *Quel est le nom de la profession principale et quelles en sont les activités caractéristiques?* (question ouverte).

Philippines (2000) : *Quelle a été l'activité/la profession ordinaire de [la personne interrogée] au cours de ces douze derniers mois ?* (question ouverte).

Rwanda (2002) : *[La personne interrogée] était-elle employée entre le 15 juillet et le 15 août 2002 ?* (choix entre 8 réponses possibles) ; *Quelle est (était) la profession principale de [la personne interrogée] ?* (question ouverte).

Ouganda (2002) : *Quel type de travail [la personne interrogée] a-t-elle effectué au cours de ces 7 derniers jours ?* (question ouverte).

Viet Nam (1999) : *Quelle profession principale [la personne interrogée] a-t-elle exercée au cours de ces 12 derniers mois et quel poste [la personne interrogée] a-t-elle occupé (le cas échéant) ?* (question ouverte).

fortes sont observées dans les pays au revenu moyen supérieur, Hongrie et Roumanie, et les densités les plus faibles dans les quatre pays à faible revenu inclus dans l'étude (Cambodge, Rwanda, Ouganda et Viet Nam).

8.4 Analyse empirique

Les résultats présentés dans cette section sur les dimensions sexospécifiques des personnels de santé sont issus des données de recensement de 13 pays. La présente section se divise en trois parties, correspondant aux trois étapes de la vie professionnelle qui constituent le cadre pour l'analyse des RHS présenté au chapitre 1. Elle commence par une étude des disparités liées au sexe dans la population active, suivie de l'examen de chacune des étapes qui influent directement sur sa taille et sa distribution, à savoir l'entrée et la sortie.

8.4.1 Sexospécificité et les personnels de santé en activité

Les recensements qui incluent des questions bien conçues sur l'activité des travailleurs permettent d'identifier ceux qui exercent une activité liée à la santé. Ils présentent également l'avantage de permettre la ventilation par sexe de toutes les principales variables, ce qui donne la possibilité de détecter une éventuelle ségrégation professionnelle sexiste : un cadre pour l'évaluation de l'équité dans le traitement des deux sexes pouvant correspondre à un regroupement vertical (écarts dans le sex-ratio selon le statut professionnel relatif) ou un regroupement horizontal (différences entre sexes selon la spécialité) (*17*).

Dans la plupart des 13 pays, les femmes représentent la majorité des personnels de santé – schéma contrastant avec la situation observée pour le reste de la population nationale active, où les hommes tendent à être les plus nombreux (Tableau 8.2). Les exceptions à cette tendance sont le Cambodge, où les femmes sont minoritaires (40 %) dans les professions de santé mais légèrement majoritaires (51 %) dans le reste de la population active, et le Rwanda, où le pourcentage du personnel féminin est similaire pour les professions de santé et pour toutes les autres activités professionnelles confondues (environ 55 %).

L'examen plus approfondi des données factuelles fait apparaître un groupement horizontal et vertical dans les personnels de santé. Dans tous les pays où des données sont disponibles, les femmes constituent la majorité du personnel infirmier et des sages-femmes – jusqu'à plus de 90 % – mais ce n'est pas nécessairement le cas des autres catégories professionnelles (Tableau 8.2). Parmi les spécialistes de la santé (à l'exception du personnel infirmier), les femmes sont

Tableau 8.2 Distribution en pourcentage des personnels de santé par sexe, par profession, selon les données de recensement pour 13 pays (vers 2000)

Pays	Sexe	Personnels de santé					Reste de la population active
		Spécialistes de la santé (à l'exception du personnel infirmier et des sages-femmes)	Personnel infirmier et sages-femmes	Autres prestataires de services de santé	Cadres de direction des services de santé	Total	
Argentine	Hommes	ND	ND	32.9	35.5	33.0	63.6
	Femmes	ND	ND	67.1	64.5	67.0	36.4
Brésil	Hommes	55.1	18.7	25.9	44.2	32.7	62.8
	Femmes	44.9	81.3	74.1	55.8	67.3	37.2
Cambodge	Hommes	74.6	45.4	60.1	ND	59.8	48.6
	Femmes	25.4	54.6	39.9	ND	40.2	51.4
Chili	Hommes	43.6	ND	32.7	ND	38.8	66.0
	Femmes	56.4	ND	67.3	ND	61.2	34.0
Équateur	Hommes	57.7	8.5	18.2	ND	33.9	67.6
	Femmes	42.3	91.5	81.8	ND	66.1	32.4
Hongrie	Hommes	43.3	ND	9.8	ND	21.3	55.8
	Femmes	56.7	ND	90.2	ND	78.7	44.2
Philippines	Hommes	39.4	14.6	31.7	ND	27.6	50.2
	Femmes	60.6	85.4	68.3	ND	72.4	49.8
Roumanie	Hommes	31.9	5.6	13.4	ND	17.2	57.5
	Femmes	68.1	94.4	86.6	ND	82.8	42.5
Rwanda	Hommes	61.9	35.4	50.5	ND	43.7	45.0
	Femmes	38.1	64.6	49.5	ND	56.3	55.0
Afrique du Sud	Hommes	62.8	8.2	27.4	ND	22.1	59.3
	Femmes	37.2	91.8	72.6	ND	77.9	40.7
Thaïlande	Hommes	48.4	6.7	30.8	ND	25.1	52.0
	Femmes	51.6	93.3	69.2	ND	74.9	48.0
Ouganda	Hommes	68.8	13.0	54.9	ND	41.7	n.d.
	Femmes	31.2	87.0	45.1	ND	58.3	n.d.
Viet Nam	Hommes	55.2	22.2	31.4	ND	34.3	51.7
	Femmes	44.8	77.8	68.6	ND	65.7	48.3

Remarque : Les spécialistes de la santé incluent les médecins, les pharmaciens, les dentistes et les autres spécialistes des professions de santé tels que déclarés lors du recensement. Les autres prestataires de services de santé – selon le pays – incluent les techniciens et les professions intermédiaires de la santé, les praticiens des médecines traditionnelles, le personnel soignant et les autres personnels non répertoriés ailleurs. Les cadres de direction des services de santé incluent les administrateurs et les cadres des services de santé et les professions similaires. En Argentine, toutes les activités liées aux services de santé (spécialistes de la santé, personnel infirmier et sages-femmes) sont regroupées sous la rubrique « autres prestataires de services de santé ». Au Chili et en Hongrie, le personnel infirmier et les sages-femmes sont assimilés soit aux spécialistes de la santé soit aux autres prestataires de services de santé. En Ouganda, les cadres de direction et les planificateurs des services de santé sont inclus dans les spécialistes de la santé.

ND = non disponible (sur la base des sources de données disponibles ou de la classification des professions).

Figure 8.1 Distribution par sexe des médecins, selon les données de recensement pour certains pays (vers 2000)

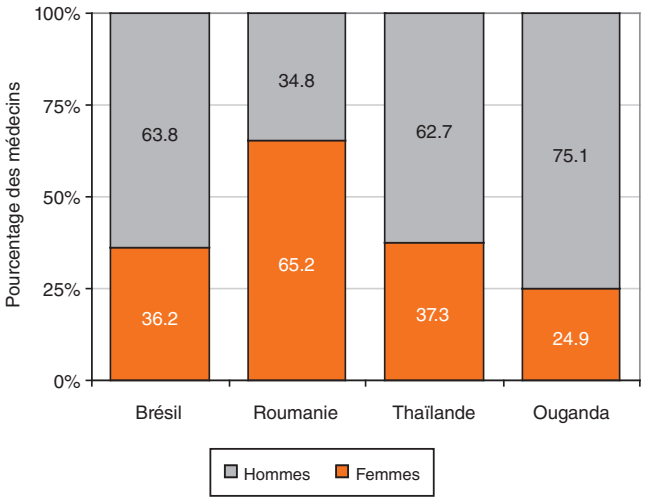
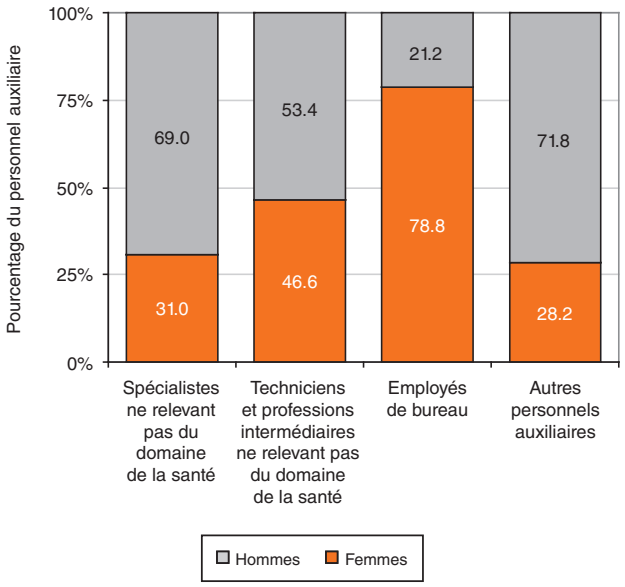


Figure 8.3 Distribution par sexe du personnel auxiliaire des systèmes de santé, par profession, Ouganda, recensement 2002



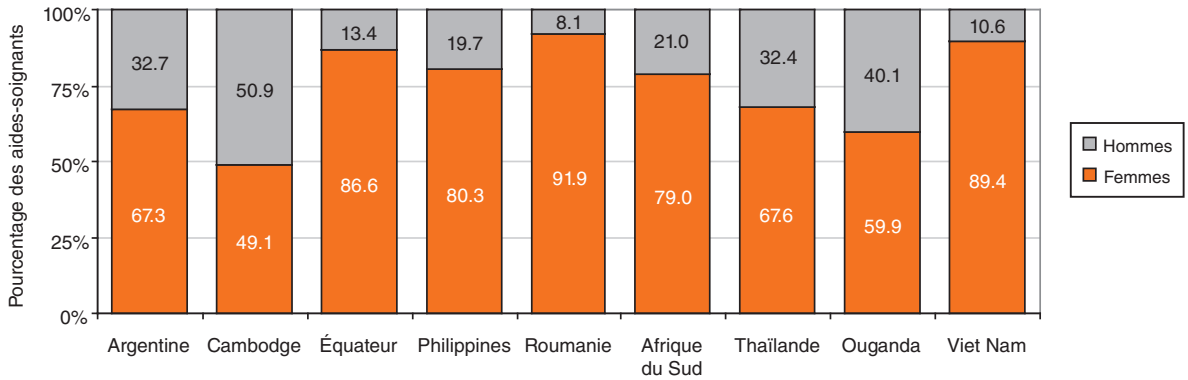
D'après : Ssennono, Petit and Leadbeter (*15*).

régulièrement sous-représentées au regard de leur part dans l'ensemble de l'effectif de santé. Les femmes sont également sous-représentées parmi les cadres de direction des services de santé au regard de leur part dans le marché des personnels de santé, comme on le voit dans les deux pays où la classification professionnelle nationale permet de les distinguer, à savoir l'Argentine et le Brésil.

On peut aussi relever une sous-représentation des femmes dans certaines professions. Comme en témoigne la Figure 8.1 les médecins sont essentiellement de sexe masculin dans les pays où des données sont disponibles. Quant aux aides-soignants – généralement moins qualifiés – cette catégorie de personnel tend à être numériquement dominé par les femmes (Figure 8.2). Une exception notable est la Roumanie, pays qui compte la plus forte proportion de femmes dans ses personnels de santé et où l'on trouve plus couramment des femmes médecins. On a imputé la moindre sous-représentation verticale des femmes par rapport aux autres régions à la participation accrue et plus ancienne des personnels de santé de sexe féminin dans les pays en transition d'Europe orientale ainsi qu'aux politiques sociales privilégiant l'égalité et appuyant les travailleuses et leur famille (*18*).

Les recensements qui fournissent des données sur le lieu de travail, outre le suivi des professions de santé, permettent également de répertorier les personnels exerçant d'autres activités (hors du domaine de la santé) dans l'industrie des services de santé, ou le personnel auxiliaire des systèmes de santé. Comme le montre l'exemple de l'Ouganda (Figure 8.3),

Figure 8.2 Distribution par sexe des aides-soignants, selon les données de recensement pour certains pays (vers 2000)



la sous-représentation des femmes peut également toucher le personnel auxiliaire. Les femmes sont sous représentées dans les spécialités techniques ne relevant pas du domaine de la santé (par exemple la comptabilité et les finances, l'ingénierie, les technologies de l'information) ; de plus, dans ces domaines, elles sont moins nombreuses parmi les cadres par rapport à leurs homologues des professions intermédiaires. En revanche, les femmes sont surreprésentées parmi les employés de bureau.

8.4.2 Sexospécificité et entrée dans la vie professionnelle

Le regroupement professionnel par sexe peut mettre en évidence les différences d'accès aux études et à la formation débouchant sur une activité professionnelle qualifiée entre les hommes et les femmes. L'un des avantages des recensements pour le suivi des aspects liés à l'égalité des sexes à l'entrée des personnels de santé dans la vie active tient à la disponibilité de données représentatives au niveau national sur le réservoir de candidats ayant qualité pour suivre des études et une formation en santé de niveau supérieur. Le suivi du réservoir des candidats qui remplissent les conditions requises, bien qu'important pour la stratégie RHS, est souvent négligé dans les travaux de recherche et de planification liés aux personnels de santé (voir le chapitre 4). Le suivi des différences d'accès aux études selon le sexe revêt aussi une importance particulière : le rapport filles-garçons aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire est l'un des principaux indicateurs des objectifs du Millénaire pour le développement (*19*).

Tableau 8.3 Ratio femmes-hommes selon le degré d'instruction, parmi les personnels de santé et dans la population totale, d'après les données de recensement pour certains pays (vers 2000)

Pays	Groupe	Niveau d'études		
		Primaire au maximum	Secondaire	Tertiaire
Argentine	Personnels de santé	4.5	3.0	1.2
	Population totale	1.0	1.4	0.9
Brésil	Personnels de santé	2.2	3.4	1.3
	Population totale	1.0	1.3	1.1
Cambodge	Personnels de santé	0.8	0.6	0.3
	Population totale	1.1	0.4	0.3
Chili	Personnels de santé	1.1	2.4	1.1
	Population totale	1.0	1.1	0.8
Équateur	Personnels de santé	6.9	5.3	0.9
	Population totale	1.0	1.1	0.8
Hongrie	Personnels de santé	12.4	9.4	1.3
	Population totale	1.3	0.9	1.0
Philippines	Personnels de santé	3.2	2.8	2.4
	Population totale	1.0	1.0	1.4
Roumanie	Personnels de santé	9.0	5.8	2.1
	Population totale	1.3	0.8	0.9
Rwanda	Personnels de santé	1.3	1.7	0.3
	Population totale	1.1	0.8	0.3
Afrique du Sud	Personnels de santé	3.7	5.5	1.3
	Population totale	1.1	1.1	0.9
Thaïlande	Personnels de santé	1.9	2.6	1.7
	Population totale	1.1	0.9	1.1
Viet Nam	Personnels de santé	2.5	2.4	0.8
	Population totale	1.1	0.8	0.5

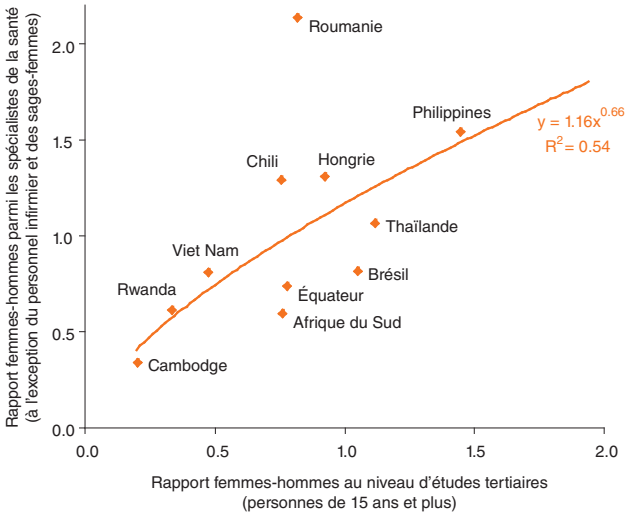
Remarque : Les données relatives au degré d'instruction visent les personnes de 15 ans et plus. Le niveau secondaire inclut l'enseignement postsecondaire non-universitaire. Les personnels de santé sont définis comme les personnes déclarant exercer une profession de santé lors du recensement.

Une analyse illustrant le déséquilibre aux dépens des femmes dans le degré d'instruction basée sur les données de recensement est présentée dans le Tableau 8.3. Dans la quasi-totalité des pays, les agents de santé de sexe féminin dépassent en nombre leurs homologues de sexe masculin dans les catégories ayant un moindre niveau d'instruction, primaire ou secondaire. De plus, à ces niveaux, le déséquilibre est plus prononcé chez les personnels de santé en comparaison de la population adulte en général. Il est particulièrement marqué dans les deux pays d'Europe orientale. L'exception est le Cambodge où, parmi les personnels de santé ayant un moindre niveau d'instruction, les femmes sont moins nombreuses que les hommes ; cela peut tenir au fait que le Cambodge est l'un des pays où le niveau d'études général est le plus bas (98 % de la population adulte ayant, dans le meilleur des cas, effectué une scolarité primaire).

Bien qu'on observe un ratio femmes-hommes élevé parmi les RHS à tous les niveaux d'études dans la plupart des pays – tendance témoignant d'une féminisation générale des agents de santé – le ratio est en général nettement inférieur au niveau tertiaire au regard du niveau primaire. Pour ce qui est de la catégorie d'études supérieure, le rapport femmes-hommes parmi les personnels de santé tend à suivre de plus près celui de la population générale.

Pour pousser plus loin l'analyse, comme le montre la Figure 8.4, les pays où les inégalités entre les sexes sont les plus marquées concernant l'accès aux études supérieures tendent à être ceux où les femmes sont les plus sous-représentées parmi les spécialistes de la santé. Parmi les 11 pays dont les données de recensement sont comparables, on observe une relation étroite et directe entre le rapport hommes-femmes au niveau d'études tertiaires dans la population générale et le rapport hommes-femmes parmi les spécialistes de la santé. En particulier, le coefficient de corrélation, qui mesure la force d'une relation entre deux variables, apparaît relativement élevé au regard des normes des sciences sociales (0,54 pour l'analyse des tendances dans les 11 pays, ou 0,67 si on exclut le point des données extrêmes pour la Roumanie).

Figure 8.4 Relation entre le rapport femmes-hommes au niveau d'études tertiaires et l'activité des spécialistes de la santé, selon les données de recensement pour certains pays (vers 2000)



8.4.3 Sexospécificité et sortie de la vie professionnelle

Bien qu'un recensement soit transversal, c'est-à-dire qu'il couvre une période donnée, il est possible d'utiliser une série de recensements pour évaluer les sorties de la vie professionnelle. En Thaïlande, comme dans de nombreux autres pays, les recensements sont décennaux. La méthode de l'analyse de cohorte a été utilisée dans deux recensements successifs pour mesurer le taux d'attrition net par sexe, c'est-à-dire qu'on a suivi la même cohorte d'un recensement au suivant en s'appuyant sur les données par âge. C'est ainsi qu'on a comparé le nombre des infirmières de 35–39 ans en 1990 au nombre ultérieur des infirmières de 45-49 ans pour estimer le taux net d'attrition (ou l'effet net des gains et des pertes de personnel) pour cette cohorte. Il en est résulté de nouvelles difficultés concernant la comparabilité des données. Le système de classification des professions, par exemple, a changé d'un recensement à l'autre : en 1990, la version de 1968 de la CITP était en vigueur tandis que, pour le recensement de 2000, les regroupements des professions ont

Tableau 8.4 Estimation des taux d'attrition des personnels de santé dans l'intervalle entre les recensements par sexe, Thaïlande, recensements de 1990 et de 2000

Groupe d'âge		Hommes			Femmes		
		Nombre		Perte (%)	Nombre		Perte (%)
en 1990	en 2000	en 1990	en 2000		en 1990	en 2000	
Médecins							
35–39	45–49	1872	1543	**18**	661	583	**12**
40–44	50–54	1368	1114	**19**	527	466	**12**
45–49	55–59	732	543	**26**	332	272	**18**
Infirmières							
35–39	45–49	694	596	**14**	7619	6755	**11**
40–44	50–54	562	407	**28**	5352	4541	**15**
45–49	55–59	459	270	**41**	3042	2217	**27**

été mis en correspondance avec la version de 1988. Les analyses des données de recensement de la Thaïlande présentées ici ont été effectuées sur la base de la CITP-88.

Le Tableau 8.4 fait apparaître l'évolution de l'effectif du personnel pendant la décennie pour certaines cohortes dans deux groupes, les médecins et les infirmières. Presque tous les agents de santé nouvellement formés commençant à pratiquer avant 35 ans, et en supposant négligeable l'immigration en provenance de l'étranger, le nombre des agents de 35 ans et plus peut être utilisé pour calculer le taux d'attrition, ou la réduction en pourcentage de l'effectif total des spécialistes de la santé au cours des dix années précédentes.

Trois grandes tendances peuvent être vérifiées à partir des données de recensement : la hausse des taux d'attrition avec l'âge ; les départs plus nombreux parmi les professionnels de la santé de sexe masculin que chez leurs homologues féminines ; et, dans les groupes plus âgés, l'attrition plus importante chez les infirmières que chez les médecins. Le point culminant est le taux d'attrition maximum observé chez les infirmiers plus âgés. Les raisons des départs peuvent être : le départ à la retraite, l'expatriation, le changement de carrière, les pathologies entravant le travail, le décès ou d'autres causes. Ces observations soulignent l'importance pour les analystes, les planificateurs et les décideurs dans le domaine des RHS de la prise en compte des questions relatives aux disparités entre les sexes, de même que l'activité professionnelle et l'âge, au nombre des principales variables de l'offre nationale de personnel et de la planification des besoins et des projections.

8.5 Résumé et conclusions

Le présent chapitre a porté sur l'utilisation des données de recensement national de la population pour les évaluations RHS par sexe devant servir de base pour la formulation de politiques reposant sur des données probantes. Les recensements de population peuvent être une source utile d'informations aux fins du suivi et de l'évaluation des personnels de santé. Les données de recensement appropriées permettent notamment de calculer un certain nombre d'indicateurs des personnels de santé et leur ventilation par sexe, élément indispensable pour l'évaluation de l'équité dans le traitement des deux sexes parmi les personnels.

Un recensement n'est utile pour l'analyse des personnels de santé que s'il contient des variables relatives à l'activité économique convenablement définies et classées qui permettent de distinguer les professions de santé des autres professions. Ainsi qu'il est dit dans le chapitre 2, les données professionnelles recueillies au moyen d'un recensement devraient en principe être traitées jusqu'au niveau inférieur de ventilation de la classification CITP (ou son équivalent national). Les études de cas présentées ici ont montré que les recensements pouvaient fournir des informations pertinentes concernant de nombreux aspects de la planification et de la conception des politiques en matière de ressources humaines pour la santé, en particulier d'un point de vue tenant compte des sexospécificités.

Pour plus d'utilité aux fins de la recherche et de l'élaboration des politiques, les recensements de la population devraient être faits à intervalles réguliers, au minimum tous les dix ans (*10*). Bien que l'importance des recensements soit reconnue, de nombreux pays n'ont pas participé au cycle précédent en 2000 ; en Afrique, le tiers des pays (17 sur 53) s'est abstenu, et près de la moitié de la population du continent n'a de ce fait pas été dénombrée. Sous l'effet de l'intensification des mesures et de l'appui fourni aux niveaux national, régional et international, à la mi-2008, des recensements avaient été entrepris ou planifiés dans 51 pays d'Afrique pour le cycle de 2010 (*20*).

L'un des principaux obstacles à l'utilisation des sources de recensement pour l'analyse RHS (outre la longueur relative des intervalles) a été l'accès limité aux microdonnées pour la recherche en santé, et leur utilisation limitée, en particulier dans les pays au revenu faible et intermédiaire. Afin d'accroître au maximum l'utilisation des recensements, des liens de collaboration devraient être prévus au préalable entre les ministères de la santé, les bureaux de recensement et les autres acteurs concernés pour l'élaboration d'une stratégie de collecte et de traitement des données et pour leur diffusion et leur utilisation ultérieures. Ces dernières devraient si possible inclure un éventail des différents outils de diffusion utilisés ici : i) accès public aux échantillons de microdonnées pour les recherches scientifiques (après application de techniques pour les rendre anonymes pour protéger la confidentialité) ; ii) accès limité aux bases de données complètes (tel l'accès sécurisé pour les chercheurs approuvés) ; et iii) profils spécialisés de personnels de santé en tant qu'élément des séries nationales de publications des recensements. Dans la pratique, le coût de la collecte, du traitement et de la mise en tableaux des données représentatives au plan national sur les RHS sera marginal pour les recensements incluant déjà des questions sur l'activité économique.

En règle générale, l'analyse a conforté l'idée selon laquelle la situation des ressources humaines dans les systèmes de santé reflète souvent, ou exacerbe, les normes relatives à la sexospécificité et les inégalités dans la société élargie, notamment pour ce qui est de l'accès aux études et à la formation nécessaires

pour devenir un spécialiste qualifié d'une profession de santé. La plupart des analyses RHS sont abordées sous l'angle professionnel, accordant peu d'attention à la problématique hommes-femmes à l'intérieur des groupes professionnels et dans l'ensemble des groupes. Il est important d'intégrer la lutte contre les inégalités entre les sexes dans les stratégies de suivi et d'évaluation des personnels de santé pour faire en sorte que la planification et la gestion des personnels de santé utilisent une démarche de sensibilisation aux problèmes concernant l'égalité des sexes qui soit fondée sur des bases factuelles, conformément aux besoins et aux intérêts des agents de santé des deux sexes. Les activités de recherche, d'élaboration des politiques et de mise en oeuvre des programmes pour réaliser l'égalité des sexes parmi les personnels de santé devraient contribuer plus largement au renforcement des systèmes de santé. L'accès à des informations fiables et complètes sur les sexospécificités et les personnels de santé – notamment au moyen des données ventilées par sexe issues d'un recensement de la population – peut étayer les mesures requises pour réaliser l'égalité des sexes.

Bibliographie

1. Diallo K et al. Monitoring and evaluation of human resources for health: an international perspective. *Human Resources for Health*, 2003, 1:3 (http://www.human-resources-health.com/content/1/1/3, accessed 10 January 2009).
2. Gupta N et al. Uses of population census data for monitoring geographical imbalance in the health workforce: snapshots from three developing countries. *International Journal for Equity in Health*, 2003, 2:11 (http://www.equityhealthj.com/content/2/1/11, accessed 11 January 2009).
3. *Les Tendances mondiales de l'emploi des femmes*. Genève, Bureau international du travail, 2008 (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/ – -dgreports/ – -dcomm/documents/publication/wcms_091226.pdf, accessed 23 January 2009).
4. Gupta N et al. Assessing human resources for health: what can be learned from labour force surveys? *Human Resources for Health*, 2003, 1:5 (http://www.human-resources-health.com/content/1/1/5, accessed 15 January 2009).
5. Standing H. Gender: a missing dimension in human resource policy and planning for health reforms. *Human Resources Development Journal*, 2000, 4:1 (http://www.who.int/hrh/en/HRDJ_4_1_04.pdf, accessed 23 January 2009).
6. George A. *Human resources for health: a gender analysis*. Background paper prepared for the WHO Commission on Social Determinants of Health, 2007 (http://www.who.int/social_determinants/resources/human_resources_for_health_wgkn_2007.pdf,accessed 23 January 2009).
7. Sen G, Ostlin P, George A. *Gender inequity in health: why it exists and how we can change it*. Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health, 2007 (http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf, accessed 23 January 2009).
8. Shengelia B et al. Access, utilization, quality, and effective coverage: an integrated conceptual framework and measurement strategy. *Social Science and Medicine*, 2005, 61(1):97–109.
9. Reichenbach L. The overlooked dimension: gender and the global health workforce. In: Reichenbach L, ed. *Exploring the gender dimensions of the global health workforce*. Cambridge, MA, Harvard University, 2007.
10. Division de statistique des Nations Unies. *Principes et recommandations concernant les recensements de la population et de l'habitat: révision 2*. New York, Nations Unies, 2008..
11. Dubois CA, McKee M. Cross-national comparisons of human resources for health: what can we learn? *Health Economics, Policy and Law*, 2006, 1:59–78.
12. McCaa R, Ruggles S. IPUMS International: a global project to preserve machine-readable census microdata and make them usable. In: Hall PK, McCaa R, Thorvaldsen G, eds. *Handbook of international historical microdata for population research*. Minnesota, MN, Minnesota Population Center, 2000.
13. Minnesota Population Center. *Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS)-International: version 3.0*. Minneapolis, MN, University of Minnesota, 2007 (http://www.ipums.umn.edu, accessed 23 January 2009).
14. *About IHPP*. International Health Policy Program-Thailand (http://www.ihpp.thaigov.net/about.html, accessed 23 January 2009).
15. Ssennono V, Petit P, Leadbeter D. *Uganda 2002 population and housing census: special analysis on health workers commissioned by the Developing Human Resources for Heath Project*. Kampala, Uganda Bureau of Statistics and Developing Human Resources for Heath Project, 2005.
16. *La Classification internationale type des professions (CITP)*. Organisation internationale du Travail (http://www.ilo.org/public/french/bureau/stat/isco/index.htm, accessed 23 January 2009).
17. Gornick JC. *Gender equality in the labour market: a comparison of the public and private sectors in six countries*. Luxembourg Employment Study Working Paper Series No. 7. Syracuse, NY, Syracuse University, 1996 (http://www.lisproject.org/publications/leswps/leswp7.pdf, accessed 23 January 2009).
18. Anker R. *Gender and jobs: sex segregation of occupations in the world*. Geneva, International Labour Office, 1998.
19. *Objectifs du Millénaire pour le développement: Rapport 2008*. New York, Nations Unies, 2008 (http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2008/MDG_Report_2008_Fr.pdf, accessed 23 January 2009).
20. African Centre for Statistics. Status of implementation of 2010 round of population and housing censuses in Africa. *African Statistical Newsletter*, 2008, 2(2):7–9 (http://www.uneca.org/statistics/statnews/ACSNewsletterJune2008.pdf, accessed 23 January 2009).

9 L'analyse des personnels de santé fondée sur des sources de données administratives : mise en oeuvre de systèmes d'information sur les ressources humaines dans plusieurs pays

PAMELA MCQUIDE, DYKKI SETTLE, WALID ABUBAKER, GHANIM MUSTAFA ALSHEIKH, CÉLIA REGINA PIERANTONI, SHANNON TURLINGTON, DANNY DE VRIES

9.1 Introduction

Le moyen le plus efficace et le plus rapide de suivre l'évolution de la situation concernant les personnels de santé est de se référer à un système courant d'informations administratives. Les recensements et les enquêtes, en population ou en établissement, sont des outils indispensables pour obtenir un instantané des effectifs de santé d'un pays mais ils doivent être recommencés périodiquement pour renseigner sur l'évolution de la situation. Vu le coût prohibitif d'une utilisation régulière de ces instruments, les données obtenues par ces sources devraient être considérées comme un complément (si essentiel soit-il) au système national habituel d'information sur les ressources humaines (SIRH), qui signale tous les changements intervenant dans le domaine des personnels de santé et constitue la source d'informations la plus rapidement disponible. Ces systèmes sont en principe utilisés par les organisations administratives du pays, tels les ministères de la santé, les associations et les conseils professionnels, pour autoriser, gérer et planifier les personnels de santé. Il est dans l'intérêt de ces organisations de veiller à l'actualité et à l'exactitude des informations que contiennent les SIRH.

Un SIRH peut être une simple armoire de dossiers contenant les fiches du personnel ou un système complexe incluant plusieurs bases de données capable d'analyser les problèmes liés au personnel et de contribuer à la recherche de solutions. La force d'un SIRH n'est pas affaire de technologie ; elle dépend de sa capacité à s'atteler aux questions concernant les personnels au moment où elles se posent et à fournir à temps des informations exactes. Dans la plupart des pays au revenu faible ou intermédiaire, les données des SIRH sont systématiquement recueillies sur support papier. Si un tel système peut être fonctionnel, l'utilisation des données ainsi obtenues est souvent extrêmement limitée. Si les dossiers correspondant à un rôle particulier ou une personne peuvent être localisés et retrouvés (plus ou moins facilement), leur utilisation est souvent entravée en raison de l'énergie déployée pour actualiser ou regrouper les données, de la difficulté de relier les données à un certain niveau entre plusieurs dossiers, et des problèmes de qualité des données, tels les dossiers incomplets, les retards et les incohérences. Il en résulte que les décideurs n'ont pas toujours accès en temps voulu aux éléments d'information dont dépend la conception d'une stratégie efficace de déploiement des ressources humaines pour la santé (RHS). Par exemple :

- Combien de médecins et d'infirmières sont en cours de formation et dans quelles spécialités ?
- Comment sont répartis les agents de santé entre zones urbaines et zones rurales ?
- Pourquoi les professionnels de la santé quittent le secteur des services de soins ?
- Combien de professionnels de la santé sont actuellement au chômage ?

S'ils disposent des réponses à ces questions et à d'autres interrogations générales essentielles, les responsables pourront efficacement :

- assurer une offre régulière de professionnels de la santé qualifiés ;
- affecter des ressources humaines dotées des compétences requises aux postes et aux endroits voulus compte tenu des besoins en soins de santé à satisfaire ;
- retenir dans le pays les personnels de santé compétents et expérimentés.

Un SIRH bien développé et complet rassemble toutes les données relatives aux ressources humaines depuis le début de la formation préalable des professionnels de la santé jusqu'au moment où ils cessent d'exercer

leur profession de santé. Au moyen de ce système, les décideurs peuvent trouver rapidement les réponses dont ils ont besoin pour évaluer les problèmes liés aux RHS, planifier des interventions efficaces et en examiner les résultats. Dès lors qu'elles sont conçues, gérées et tenues à jour de façon satisfaisante, les données RHS peuvent constituer une source d'information efficace au regard de leur coût et extrêmement utile aux fins du suivi et de l'évaluation des effets de l'évolution de la politique sociale aux niveaux national et infranational.

L'expérience des pays montre que les systèmes courants de données sur la santé, souvent moins précis que les données obtenues par recensement ou sondage, notamment lors des phases initiales, tendent à gagner en précision au fil du temps (*1*). Un SIRH fonctionnel, contrairement à un sondage, permet de suivre en permanence les données détaillées dans des échantillons de grande dimension, y compris les analyses géographiques sous-nationales. De plus, naturellement longitudinal, il est capable d'enregistrer la dynamique des personnels de santé. Un suivi des informations continues et actuelles relatives à une même personne est possible sur des périodes prolongées à moindres frais par point de donnée. Les progrès informatiques permettent désormais de relier diverses bases de données administratives plus facilement, à moindres frais et de manière plus fiable que précédemment (*2*).

En même temps, de nombreux pays au revenu faible ont besoin de renforcer leurs capacités, tant humaines que techniques, pour améliorer l'utilisation des données des SIRH, et notamment la planification, la conception de logiciels, l'appui à l'infrastructure et la gestion, ainsi que les stratégies d'utilisation et de renforcement des données. Une stratégie nationale complète devrait reposer notamment sur les principes sous-jacents suivants :

- une approche fondée sur la participation associant dès le départ les acteurs concernés de divers ministères et secteurs, et renforçant leur adhésion
- une méthode de conception itérative intégrant dans la mesure du possible les systèmes, outils et processus existants afin de réduire les coûts et d'accélérer la mise en oeuvre ;
- un logiciel bien développé adapté au contexte national et capable de répondre aux principales questions liées à la politique RHS du pays ;
- l'accent mis sur le renforcement des capacités, la pérennité et l'amélioration constante du système par la formation et l'appui technique ;
- des mesures suivies pour former les décideurs à l'analyse et à l'utilisation des données issues du SIRH afin d'assurer l'adéquation des décisions prises dans ce domaine.

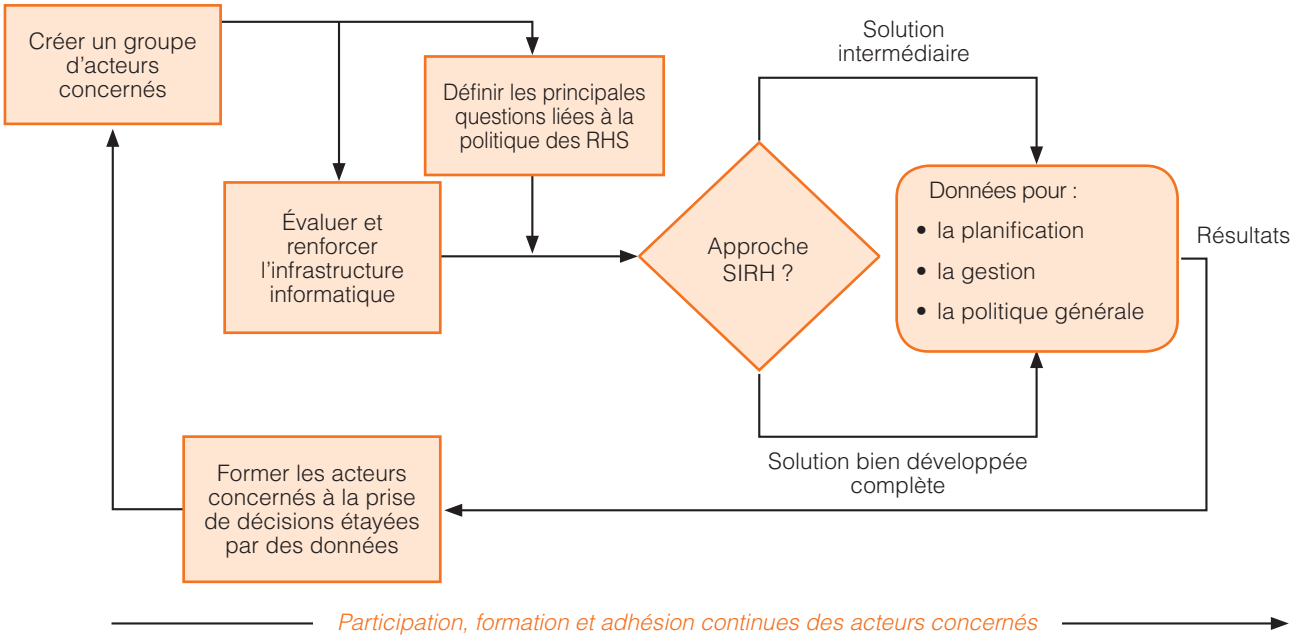
Le présent chapitre décrit les éléments essentiels et les enseignements retirés à ce jour concernant la mise en oeuvre d'une initiative complète de renforcement des SIRH. L'examen d'une série d'étapes critiques dans l'élaboration et le renforcement d'un SIRH complet est suivi de la présentation de plusieurs études de cas s'inspirant de l'expérience de pays au revenu faible ou intermédiaire.

9.2 Premières étapes recommandées en vue de la conception d'un système d'information sur les ressources humaines

L'élément le plus important dont il faut se souvenir au tout début de la conception d'un SIRH est le fait que, de même que les ressources humaines sont une composante d'un système de santé (*3*), le SIRH est un élément constitutif du système d'information sanitaire complet. Et tout comme chaque aspect du système de santé (prestation de services institutionnels ou de proximité, disponibilité de produits médicaux, financement et administration) contribue au succès des agents de santé et que les agents de santé influent sur le fonctionnement du système, il existe une interdépendance essentielle entre le SIRH et les autres composantes du système d'information sanitaire. Dans un système d'information sanitaire bien développé et complet, le SIRH fera autorité auprès des autres composantes en tant que source de données sur les RHS. D'où le rôle essentiel du SIRH pour l'intégrité et le succès de l'ensemble du système de santé.

L'élaboration et le renforcement du SIRH se déroulent en principe en cinq étapes principales fondées sur la participation (Figure 9.1). Un groupe dirigeant d'acteurs concernés, ou un groupe spécial national incluant les principaux acteurs concernés et coiffé par le ministère de la santé, est d'abord constitué, et les principales questions soulevées par la politique des RHS sont définies. Le personnel technique du SIRH procède ensuite à l'évaluation des besoins pour déterminer l'infrastructure existante (par exemple les réseaux en place, la connectabilité à l'Internet, les logiciels) et les données déjà recueillies par les différents ministères, conseils et autres organisations. Une fois convenues les questions et les infrastructures par le groupe des acteurs concernés, des solutions adaptées devront être trouvées pour que les logiciels des SIRH répondent aux principales questions liées à la politique et à la gestion

Figure 9.1 Cadre pour l'institutionnalisation d'un système d'information sur les ressources humaines



D'après : Capacity Project (*1*)

des personnels de santé de chaque pays. Il pourra en résulter soit une solution intermédiaire soit un système bien développé (à composantes multiples) capable d'apporter aux administrateurs et aux décideurs l'appui dont ils ont besoin pour utiliser et analyser efficacement les données et prendre des décisions sûres, en connaissance de cause. Au stade de l'utilisation des données, l'attention porte sur la manière dont les données sont effectivement utilisées pour la prise des décisions. Tout au long du processus, la formation et le renforcement des capacités de l'équipe du pays qui pourra ainsi, à l'avenir, soutenir, utiliser et améliorer par elle-même le système, assureront la pérennité et l'amélioration continue du SIRH.

9.2.1 Constituer un groupe dirigeant d'acteurs concernés

Le succès de la mise en oeuvre d'un SIRH passe par sa capacité à répondre aux besoins qui existent dans le pays. La création d'un groupe dirigeant incluant tous les principaux acteurs concernés qui produisent et utilisent des informations sur les RHS contribue à la focalisation du SIRH sur les besoins du pays. Ce groupe démarrera, dirigera et encadrera toutes les activités ultérieures liées au renforcement du SIRH. Le groupe dirigeant d'acteurs concernés dote les parties prenantes des moyens nécessaires pour concevoir un SIRH qui répond à leurs besoins, assure l'adhésion au système et renforce les capacités requises pour soutenir, utiliser et améliorer le SIRH. L'association des principaux acteurs concernés présente en outre l'avantage d'ouvrir la communication entre des groupes de personnes qui n'ont pas coutume de se réunir, ce qui facilite la collaboration et l'échange de données entre ces groupes.

Le groupe dirigeant d'acteurs concernés doit comprendre des spécialistes de la planification et de la production des personnels de santé, et des systèmes d'information. La première réunion devrait déboucher sur la définition du mandat du groupe (direction, membres, responsabilités, mission, fonction et tâches) et des principes de fonctionnement des réunions (égalité des membres, nécessité d'entendre l'avis de tous les participants et nécessité d'un consensus pour la prise des décisions).

Après l'adoption du mandat et des principes opérationnels, le groupe est prêt à entamer la définition des principales questions relatives aux RHS appelant une réponse et des indicateurs qui seront utilisés pour suivre la situation des personnels de santé au moyen du SIRH, et à examiner les aspects liés à la confidentialité et la propriété des données, et aux politiques d'échange de données. Il est indispensable que le pays recense et s'approprie ces questions pour assurer le succès de son SIRH et s'assurer qu'il est effectivement utilisable. Une fois ces questions définies, le groupe continuera de se réunir régulièrement pour orienter le développement de l'infrastructure, la programmation, la saisie de données, l'établissement de rapports et l'utilisation des données aux fins du processus décisionnel. Il est particulièrement important que les questions concernant la confidentialité et la propriété des données soient examinées dès le début car ce ne sont pas là des

considérations habituelles dans le cadre d'un système utilisant des données imprimées mais elles peuvent avoir des conséquences graves si on omet de prévoir et d'instituer d'emblée les sauvegardes nécessaires.

De nombreux acteurs concernés sont associés. Les ministères, les organes d'enregistrement ou de certification ou chargés de la délivrance des permis, les organisations privées et d'autres acteurs concernés travaillent de concert à la mise en place d'un SIRH bien développé et complet qui suit le parcours des professionnels de la santé depuis le début de leur formation jusqu'à ce qu'ils cessent d'exercer. Selon l'étendue du développement du SIRH, il pourra être nécessaire d'inclure dans le groupe dirigeant des employés de sites institutionnels de prestation de services pour veiller à l'exactitude des données au niveau individuel et assurer leur accès aux informations requises (par exemple, le versement direct de leur traitement sur leur compte bancaire). A tout moment, l'essentiel est le renforcement de l'adhésion au SIRH et des capacités.

9.2.2 Développement de l'infrastructure

Malgré l'élan souvent imprimé par le groupe dirigeant des acteurs concernés, l'expérience montre qu'aucun pays n'est jamais prêt d'emblée à établir un SIRH complet et bien développé. Le renforcement du système d'information suivant des étapes planifiées apporte des avantages rapides sans surcharger l'infrastructure nécessaire pour soutenir le système. Les enquêteurs et les administrateurs, le personnel d'appui technique et les décideurs doivent être formés à chaque étape, se familiariser avec le nouveau système avant d'aborder l'étape suivante le moment venu. Une formation est notamment indispensable pour l'actualisation des nouvelles informations à chaque étape de la vie professionnelle (par exemple la formation préalable, les nouvelles affectations, les réaffectations, les migrations, les départs à la retraite, les décès).

L'amélioration de l'infrastructure informatique existante est en général rapide et elle entraîne souvent une hausse de l'efficacité et de la productivité. Les améliorations proposées concernant l'infrastructure devraient reposer sur une évaluation technique et envisager des solutions économiques de nature à relever rapidement mais sensiblement le niveau des systèmes et des processus existants. Au nombre des améliorations recommandées pourraient figurer l'achat d'ordinateurs pour les agents appelés à saisir ou consulter des données dans le système, l'amélioration des logiciels et des outils employés, l'augmentation de la capacité de stockage des données, le développement de la connexité pour la transmission de données et l'extension des services d'appui technique.

9.2.3 Étapes de la mise au point du SIRH

Selon leur forme, les systèmes d'information sur les RHS existants peuvent être renforcés en plusieurs étapes itératives. Une solution intermédiaire peut être appliquée pour la gestion des données sur les RHS en attendant que le système soit pleinement développé. On peut recourir à des solutions intermédiaires pour permettre au ministère ou à une autre organisation de commencer sans délai à saisir et gérer ses propres données RHS. Celles-ci pourront ensuite être aisément intégrées dans la solution développée lorsqu'elle sera disponible et que l'utilisateur sera prêt à l'appliquer.

Là où il n'existe qu'un système de données imprimées, un registre électronique pourra être mis en place. Là où il existe déjà un registre électronique, on pourra établir une base de données simple. Là où il existe une base de données simple, celle-ci pourra être progressivement consolidée ou étendue. Il se peut par exemple que la base de données courante repose sur un système si obsolète et si peu fiable que les responsables ne puissent se servir des résultats. Une solution intermédiaire particulièrement utile consiste à élaborer un bref formulaire d'enquête qui permettra de recueillir un minimum d'informations exactes sur les agents de santé au niveau de l'établissement et d'enregistrer ces données. Ces données pourront servir à actualiser les bases de données et à rendre le système à nouveau opérationnel. Une autre solution intermédiaire importante peut être la définition d'un SIRH tenant compte des sexospécificités.

L'objectif d'une telle méthode itérative de renforcement est de veiller à ce que chaque programme national ou organisationnel puisse tirer parti rapidement du renforcement d'un SIRH quelles que soient les ressources disponibles. Le fait de procéder par itération réduit aussi l'impact de trop gros changements en un trop court laps de temps tout en assurant que chaque étape conduit à la solution bien développée et complète visée.

Lorsqu'une organisation ou un pays est prêt et que l'infrastructure appropriée et les systèmes d'appui sont en place, un ensemble complet de logiciels bien développés peut être appliqué pour suivre attentivement le parcours des prestataires de services de santé qualifiés depuis le début de leur formation jusqu'à ce qu'ils cessent d'exercer leur profession de santé. Quatre composantes sont nécessaires pour s'atteler aux questions les plus critiques concernant la planification, la production et la gestion des personnels de santé :

- **Titres requis.** Cet élément est utilisé pour recueillir et regrouper les données sur les prestataires de services de santé qualifiés et il accélère l'établissement de formulaires courants, tels les titres et

autorisations d'exercer ou les fiches portant les résultats des examens professionnels, précédemment remplis manuellement. Cet élément devrait être détenu par l'autorité chargée de la délivrance des permis ou certificats pour un groupe d'agents de santé, tels les médecins ou le personnel infirmier. Dans la plupart des pays, il s'agit de conseils d'administrations ou de réglementation. Ces données sont essentielles pour les autorités chargées du recrutement dans tout le pays qui peuvent ainsi s'assurer que seuls des personnels de santé professionnels compétents sont recrutés, compte tenu de l'existence de documents imprimés falsifiés dans de nombreux pays.

- **Administration.** Cette composante suit les informations détaillées concernant les personnels de santé employés par le ministère de la santé, un établissement de soins du secteur public comme un hôpital, ou un site de prestation de soins du secteur privé dans le pays. Outre des informations relatives à l'affectation d'un agent de santé, elle peut inclure d'autres données pertinentes concernant notamment l'appréciation des performances, les mesures disciplinaires, le départ à la retraite, le changement d'emploi et la rémunération.
- **Éducation et formation.** On distingue deux composantes principales relatives à la formation : i) les études précédant l'entrée dans la vie professionelle, niveau et domaine d'études conduisant au diplôme requis pour l'exercice d'une profession de santé ; et ii) la formation continue ou en cours d'emploi, qui actualise les connaissances, la pratique et les compétences professionnelles de chaque prestataire de services de santé. La formation continue peut être nécessaire pour maintenir la validité du permis d'exercer dans certains pays. Ces deux éléments concernant la formation peuvent être inclus dans les systèmes liés aux titres ou à l'administration et ils peuvent aussi constituer des systèmes autonomes, selon les besoins d'un pays.
- **Planification.** Cette composante utilise des données provenant de tous les autres systèmes et des applications de modélisation statistique pour dresser un tableau complet de l'effectif des personnels de santé du pays et permettre de projeter les modalités de l'évolution future de cet effectif (sur la base d'influences connues comme l'âge du départ à la retraite, le nombre d'agents de santé qualifiés entrant chaque année dans la population active, les taux d'attrition, les changements démographiques, les normes de dotation en personnel, les schémas de morbidité et d'autres facteurs). L'élément planification et modélisation du SIRH peut aider les décideurs à évaluer leurs besoins en personnels de santé et à prendre des décisions qui répondront effectivement à ces besoins.

Ces quatre éléments peuvent constituer collectivement une puissante chaîne de réaction pour l'analyse, la planification et la gestion des ressources et des besoins liés aux personnels de santé. Si les quatre composantes utilisent la même programmation de base, la même architecture pour les bases de données et les mêmes systèmes informatiques d'appui, dès lors que l'une d'elles est entièrement mise en oeuvre, les autres peuvent y être adjointes, et ce à moindres frais. Chacun des quatre systèmes peut être utilisé indépendamment ou intégré dans des logiciels préexistants pour apporter une solution sur mesure adaptée au contexte national, comblant les lacunes que les systèmes en place peuvent avoir laissées (*1*).

9.2.4 Encourager l'utilisation des données pour une prise de décisions efficace

Un SIRH devrait avoir pour objectif principal de promouvoir une meilleure utilisation des données afin d'assurer que des décisions efficaces sont prises pour résoudre les problèmes quotidiens et influer de manière positive sur les politiques et les pratiques liées aux RHS. Cependant, on peut difficilement attendre d'un petit nombre de personnes penchées sur des rapports qu'elles prennent des décisions fiables et contraignantes. L'utilisation des données pour une prise de décisions efficace suppose la participation active d'un large éventail d'acteurs concernés travaillant de concert. Une bonne connaissance du contexte dans lequel les données sont utilisées pour la prise des décisions est en outre indispensable.

Au lieu de confier à un consultant extérieur le soin de fournir un programme de formation prêt à l'emploi pour l'utilisation des données aux fins de la prise des décisions, par exemple, tous les acteurs concernés nationaux devraient s'interroger sur la manière dont ils utilisent les données maintenant, à titre individuel et au niveau de leur organisation, et se demander quels facteurs sont importants dans leur contexte pour l'utilisation efficace des données. Exemples d'approches employées dans des pays pour améliorer l'utilisation des données aux fins de la prise des décisions :

- cartographier l'utilisation des données à l'appui d'une décision, pour procéder ensuite à des études de cas sur l'utilisation pratique des données ;
- donner la possibilité aux décideurs de faire l'expérience de la prise de décisions critiques pour les aider à renforcer leurs capacités en utilisant des données réelles dans des situations réelles ;
- améliorer la communication entre utilisateurs des données ;
- trouver et saisir des occasions d'améliorer l'échange de données entre divers niveaux de l'organisation et avec d'autres acteurs concernés.

9.2.5 Comment assurer la pérennité et l'amélioration continue du système

Un système d'information doit être constamment soutenu et amélioré pour conserver une utilité et une pérennité optimales. Selon le contexte et les besoins du pays, les stratégies favorisant la pérennité incluent la collecte ininterrompue de l'avis des acteurs concernés au sujet de l'évolution des besoins en matière de données et des nouvelles améliorations adaptées à ces besoins. L'association précoce des acteurs concernés à la conception et à la mise en oeuvre ultérieure du SIRH favorise leur adhésion au système. Dans ce cadre, le renforcement du SIRH doit notamment passer par la formation des décideurs et des acteurs concernés à l'utilisation et l'analyse efficaces des données pour qu'ils prennent des décisions sûres, en connaissance de cause. De plus, la formation des enquêteurs, du personnel d'appui au système et des administrateurs du système contribue à l'amélioration de l'infrastructure technologique, de la qualité et de l'intégrité des données. La qualité des données est primordiale et il faut insister sur ce point à chaque étape du processus, depuis la collecte jusqu'à l'analyse et l'interprétation des données.

Seules des données exactes et complètes peuvent étayer la prise des décisions. La normalisation des formulaires de collecte des données et de codage peut faciliter l'utilisation et la validité interne. Les mesures prises pour réduire au maximum les erreurs de saisie lors du transfert de données imprimées sur des formulaires électroniques peuvent en outre contribuer à améliorer la qualité des données. La double saisie, à savoir l'entrée d'informations dans une base de données électronique en deux temps par deux personnes différentes, peut réduire les erreurs de saisie car, en cas de différence entre les données, on se réfère au document originel. Si la double saisie coûte trop cher ou prend trop de temps, un système de vérification aléatoire peut être utilisé pour contrôler une liste de données électroniques choisies au hasard par rapport aux données de départ. La double saisie et le contrôle aléatoire permettent aux administrateurs des données de repérer, d'enregistrer et de corriger les erreurs. Un registre des erreurs peut aussi être utilisé pour améliorer ultérieurement les méthodes de formation et les formulaires de collecte des données ou modifier les logiciels.

Les mises à jour systématiques et fiables peuvent aussi améliorer la qualité des données en veillant au maintien de la pertinence des données aux fins de la planification et de la prise des décisions. Les données adressées au niveau central peuvent être envoyées (par voie électronique ou en format papier) aux représentants provinciaux ou de district pour qu'ils les examinent et les actualisent à intervalles réguliers. De même, des mécanismes doivent être mis en place pour faciliter le flux des données et des rapports entre le centre et les districts, et entre les hôpitaux, les centres de santé et les autres sites de prestation de services. Cet échange d'informations permet au SIRH de mieux tenir compte des changements concernant les personnels – nouvelles affectations, transferts, formations spéciales en cours d'emploi et départs. La communication des données, tout en améliorant l'exactitude, permet en outre aux planificateurs sanitaires à tous les niveaux d'avoir accès à des informations précieuses pour la prise des décisions générales et administratives. De plus, l'accès du public aux données globales sur les SIRH peut faciliter la planification et la recherche sur les RHS dans tous les secteurs, et notamment les organisations non gouvernementales, les instituts de recherche universitaires et les responsables politiques.

Si importante soit la communication des données pour en améliorer la qualité et encourager les décideurs à appuyer leurs décisions sur des bases factuelles, le maintien de la sécurité des données est tout aussi essentiel. Les données des SIRH incluent des informations personnelles qu'il faut sécuriser pour établir la confiance dans le système. La mise en oeuvre et le respect d'une politique de sécurité des données dès les premiers stades de la conception du système d'information aideront à assurer la confidentialité et l'intégrité des données (Encadré 9.1) (*4*). Un système à plusieurs niveaux d'accès selon le rôle des usagers peut être mis en place. Pareil système peut par exemple permettre à certains usagers de saisir des données sans accéder aux rapports, à d'autres usagers de consulter les rapports sans pouvoir saisir ni modifier les données, et à un troisième groupe d'usagers d'accéder uniquement aux rapports globaux, sans pouvoir voir ni modifier les dossiers individuels. Un mot de passe, qui sera changé régulièrement, devra être donné à tous les usagers du SIRH, et un système devra être établi pour sauvegarder les données à intervalles réguliers.

Un renforcement des compétences est nécessaire pour soutenir, maintenir et développer les systèmes informatiques. Cette partie de la stratégie peut inclure la création de communautés régionales d'usagers pour faciliter la solution des problèmes et la diffusion des améliorations apportées aux systèmes, éventuellement en collaboration avec les établissements d'enseignement locaux.

L'exploitation des résultats des SIRH pour améliorer la planification et la gestion des RHS dans les pays en développement nécessite un mécanisme d'appui commun. Lorsque les responsables politiques et les autres acteurs concernés principaux accèdent à

Encadré 9.1 Confidentialité et sécurité des informations sur les RHS

Vu l'attention croissante accordée aux possibilités et aux obstacles liés aux ressources humaines dans la réalisation des objectifs des systèmes de santé, la collecte d'informations de nature à améliorer le développement et le suivi des RHS est davantage privilégiée. Le fait de disposer de données longitudinales, ou d'informations recueillies en différents points au fil du temps, permet le suivi de chaque agent de santé dans ses activités sur le marché du travail et d'autres faits importants, à l'appui de la prise de décisions fondées sur des bases factuelles pour les politiques et les programmes concernant des moments critiques de la vie professionnelle.

Les informations au niveau des prestataires prennent plus d'importance encore lorsqu'elles sont utilisées aux fins des stratégies de développement des ressources humaines ou du suivi de la prestation des services de santé. Cela requerra des systèmes d'information, sur support papier ou électroniques, garantissant la confidentialité aux agents de santé tout en permettant un accès relativement aisé aux informations individuelles et globales. Les systèmes mis en oeuvre doivent aussi traiter de la question de la disponibilité du système.

L'utilisation de données personnelles pour réaliser les objectifs des systèmes de santé doit tenir compte du droit de chacun à la protection des données personnelles et à la confidentialité, et elle doit respecter les principes des droits de l'homme.

Lors de l'adoption de mesures de protection des données, il convient de distinguer entre la protection physique des données contre les menaces environnementales et la protection requise contre toute utilisation inopportune de renseignements sensibles, fortuite ou délibérée.

Trois concepts interdépendants, appliqués de manière différente, influent sur l'élaboration et l'application des mesures de protection des données sensibles : le respect de la vie privée, la confidentialité et la sécurité.

Le respect de la vie privée est un concept à la fois juridique et éthique. Le concept juridique désigne la protection qui a été accordée par la loi à une personne pour contrôler tant l'accès aux informations personnelles que leur utilisation, et il établit le cadre général dans lequel sont appliquées la confidentialité et la sécurité.

La confidentialité a trait au droit de chacun à la protection de ses données pendant leur stockage, leur transfert et leur utilisation, pour prévenir la communication non autorisée de ces informations à des tiers. L'élaboration de politiques et de modalités relatives à la confidentialité doit notamment porter sur l'utilisation et la diffusion appropriées des données relatives à un agent de santé, compte tenu de manière systématique des aspects éthiques et juridiques tels que définis par les lois et règlements sur le respect de la vie privée.

La sécurité est un ensemble d'approches techniques qui traitent de questions couvrant les aspects physiques, électroniques et opérationnels de la protection des informations recueillies dans le cadre du SIRH. Elle doit veiller à la protection des données contre une publication inopportune, fortuite ou malveillante, et prévenir la non-disponibilité de données en raison d'une panne du système ou d'utilisations erronées.

Source : Adaptation d'un document de l'ONUSIDA (*4*).

un important volume d'informations sur les personnels de santé, il leur est difficile d'envisager d'autres utilisations de ces données au-delà des rapports habituels qu'ils établissaient précédemment sur support papier. Les données du SIRH sont en outre produites dans un contexte décisionnel hautement politique et les affectations peuvent changer fréquemment (*5*). Les données servant à la prise des décisions obligent les principaux acteurs concernés à s'inscrire dans un mécanisme pratique, fondé sur la participation, couvrant l'utilisation, l'interprétation et l'application des nouvelles informations du SIRH tout en tenant compte des capacités qu'il faudra renforcer pour opérer les changements aux niveaux individuel, organisationnel et politique. Ils

peuvent être appelés à communiquer des informations et des rapports désormais disponibles et à se former à différentes techniques efficaces d'interprétation des informations et de présentation des données factuelles pour répondre aux principales questions sur la politique à mettre en oeuvre. Le fait que les principaux acteurs concernés présentent leurs propres données à leurs pairs aide à renforcer l'adhésion et la confiance dans l'utilisation de ces données pour étayer les décisions administratives et générales. La phase ultime consiste à élaborer un plan pour la diffusion régulière de ces données du SIRH, selon le cycle des rapports nationaux.

9.3 Études de cas nationales

Exemples de mesures prises dans trois pays au revenu faible ou intermédiaire – Ouganda, Soudan et Brésil – pour la conception, le renforcement et l'évaluation de leur SIRH :

9.3.1 Établissement d'un système d'information sur la délivrance des permis d'exercer aux professionnels de la santé en Ouganda

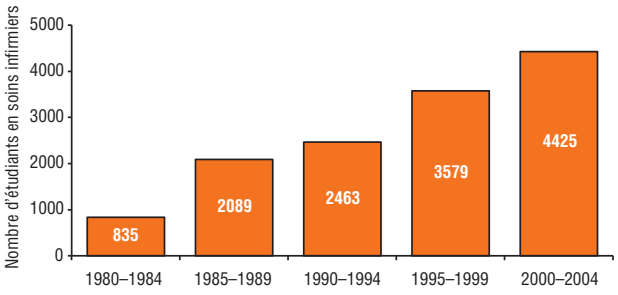
En Ouganda, le ministère de la santé (*6*) et quatre conseils de réglementation des professionnels de la santé, incluant le Conseil des infirmières et des sages-femmes, avaient besoin d'informations actuelles et fiables sur le nombre des professionnels de la santé, par groupe, ayant été autorisés à exercer dans le pays, la formation qu'ils avaient reçue, s'ils cessaient d'exercer leur profession et, dans l'affirmative, pourquoi. Jusqu'à récemment, en dépit de l'existence d'un système complexe de formulaires imprimés, aucun moyen ne permettait de rassembler ou d'analyser les données, et il était difficile ne serait-ce que de trouver l'adresse d'une infirmière ou de savoir si elle était autorisée à exercer.

Un groupe dirigeant d'acteurs concernés a été constitué, incluant les représentants de plusieurs départements du ministère de la santé, des quatre associations chargées de délivrer les permis d'exercer, des établissements de formation et d'organisations non gouvernementales, ainsi que des consultants spécialisés dans la planification des personnels de santé et les systèmes d'information du Capacity Project (*1*), initiative mondiale sur les RHS financée par l'Agence des États-Unis d'Amérique pour le développement international. L'objectif était d'élaborer un système d'information sur les immatriculations et les permis d'exercer qui suivrait le parcours de tous les professionnels de la santé, du début de leur formation préalable jusqu'à ce qu'ils cessent d'exercer. L'une des premières activités du groupe d'acteurs concernés a été de dresser la liste des principales questions générales qu'il souhaitait voir abordées concernant le personnel infirmer et les sages-femmes, pour que la première mesure de renforcement du SIRH soit la publication de rapports réguliers répondant à ces questions.

Des améliorations ont été apportées au réseau et à l'infrastructure matérielle du Conseil ougandais des infirmières et des sages-femmes, organe de réglementation chargé de la délivrance des permis d'exercer aux infirmières et sages-femmes travaillant dans le pays. Un logiciel d'accès libre a été installé : *iHRIS Qualify*, base de données pour le suivi de la formation, de la certification et des permis d'exercer (*7*). Les logiciels informatiques « d'accès libre » sont distribués sous licence, permettant à quiconque d'étudier, de copier et de modifier le code source (ensemble d'instructions créant un logiciel) et de redistribuer le logiciel, modifié ou non, sans restriction et sans devoir s'acquitter d'aucune redevance. Cela signifie que les produits peuvent être distribués à un coût minimum, et que les usagers peuvent continuer à utiliser et améliorer leur système sans avoir à payer des frais élevés d'autorisation ou de mise à niveau. Les logiciels d'accès libre présentent néanmoins des inconvénients, le plus important étant le risque de ne pas offrir un appui satisfaisant aux usagers des pays manquant de personnel compétent en matière de nouvelles technologies de la communication et de l'information, et où personne n'est responsable en cas de panne de logiciel ou d'accès non autorisé. L'utilisation de logiciels d'accès libre encourage toutefois la conception de logiciels dans le contexte, et c'est souvent la solution la plus économique dès lors qu'il existe un fond de compétences informatiques dans le pays ou, mieux encore, dans le système de santé. Il est également possible de faire appel à la communauté d'appui mondiale d'accès libre qui s'est constituée autour de ces technologies pour apporter une aide bénévole et améliorer les systèmes. Cela peut être très utile lorsqu'il s'agit d'aider les usagers à répondre à des questions, de régler des problèmes de logiciels, voire de concevoir de nouveaux modules. Il en résulte un système entièrement sur mesure (restant toutefois économique) qui peut croître et évoluer au fil du temps.

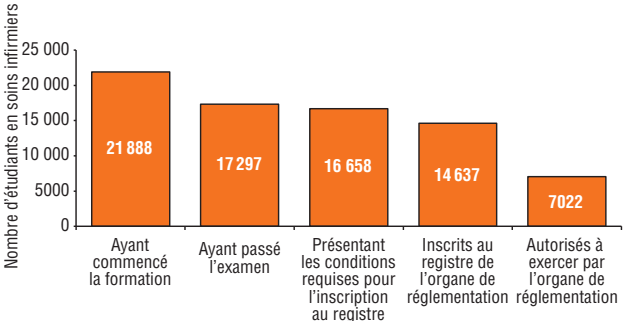
En Ouganda, les équipes chargées de la mise en oeuvre ont été formées à la programmation et l'installation des logiciels. Les données des registres historiques du Conseil ougandais des infirmières et des sages-femmes ont d'abord été saisies, suivies des trois autres organes chargés de la délivrance des permis d'exercer – pour les praticiens de la médecine et de la dentisterie et les professionnels de santé apparentés. Des contrôles de qualité ont été intégrés dans les méthodes de saisie et de traitement des données,

Figure 9.2 Nombre d'étudiants commençant à suivre les programmes de formation aux soins infirmiers (débouchant sur le titre de cadre infirmier ou infirmière de niveau intermédiaire) en Ouganda, 1980–2004



D'après : Capacity Project (*1*).

Figure 9.3 Nombre d'étudiants en soins infirmiers qui ont commencé leur formation entre 1980 et 2004, ont réussi l'examen donnant le droit d'exercer et ont été diplômées, inscrits au registre et autorisés à exercer par le Conseil ougandais des infirmières et des sages-femmes



D'après : Capacity Project (*1*).

et notamment l'attribution d'un numéro d'identification unique à l'intérieur et entre les groupes professionnels pour pallier les biais potentiels comme le double comptage (par exemple lorsqu'un professionnel de la santé a suivi plusieurs types de formation), et un système de double saisie des données pour en assurer l'exactitude et permettre de détecter les problèmes de saisie. Une autre méthode utilisée pour valider les données a consisté à demander à chaque agent de santé à son entrée dans le conseil approprié de vérifier les données et d'actualiser les informations ayant éventuellement changé, sur une version imprimée de leur dossier électronique. Cette technique permet de tenir à jour la base de données et sensibilise les professionnels de la santé au besoin d'exactitude des données.

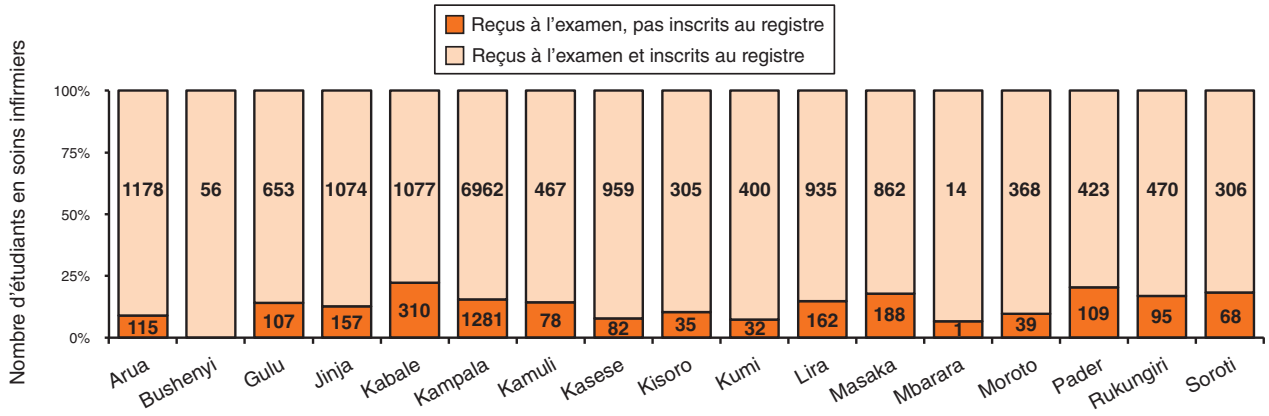
Les trois figures qui suivent donnent des exemples du type d'informations que la base de données permet d'examiner, à partir des dossiers administratifs de tous les élèves en soins infirmiers et formation de sages-femmes ayant commencé leur études entre 1980 et 2004. La Figure 9.2 montre l'augmentation des inscriptions aux programmes de formation du personnel infirmier et des sages-femmes pendant cette période.

La Figure 9.3 présente les données sur l'issue des programmes de formation et les titres professionnels du personnel infirmier et des sages-femmes en Ouganda. Sur 21 888 étudiants en soins infirmiers ayant commencé leur formation entre 1980 et 2004, 17 297 seulement ont achevé le programme de formation et se sont présentés à l'examen. Parmi ceux qui ont réussi l'examen, 16 658 ont été reconnus comme remplissant les conditions requises pour l'inscription au registre du Conseil des infirmières et des sages-femmes et 14 637 ont été inscrits au registre en définitive – soit environ les deux tiers des élèves de départ. Ces données sont notamment utilisées pour vérifier que le personnel infirmier et les sages-femmes engagés sont inscrits au registre du Conseil ougandais des infirmières et des sages-femmes, les autorités centrales et du district ayant accès au SIRH pour s'assurer que les postulants à des emplois professionnels sont en règle avec le Conseil.

La Figure 9.4 recense les écoles de soins infirmiers par district, précisant où les réussites aux examens diplômants et les inscriptions au registre sont les plus nombreuses, et où les étudiants ont plus de difficultés. Par exemple, 18 % des infirmières et des sages-femmes ayant effectué leur scolarité dans le District de Kampala et 11 % de ceux qui ont fréquenté l'école du District de Kisoro ont réussi l'examen mais n'ont pas été inscrits au registre du Conseil. En revanche, tous les infirmières et sages-femmes scolarisés et ayant réussi l'examen dans le District de Bushenyi ont été inscrits au registre.

Ces données ont des incidences importantes pour les pouvoirs publics vu le gaspillage des ressources nationales consacrées à la formation de professionnels de la santé qui n'achèvent pas leur formation et ne sont pas inscrits au registre de l'organe de réglementation compétent. Elles posent aussi la question de la sélection des élèves et des modalités des examens. S'ils ignorent le nombre des élèves qui n'ont pas terminé leur formation, les décideurs et les planificateurs ne savent pas comment budgétiser et planifier la formation ou l'affectation des personnel de santé pour répondre aux besoins du pays. Ces données aident en outre les éducateurs, les conseils professionnels et divers ministères à repérer les problèmes potentiels dès les premiers stades, à hiérarchiser les interventions, à indiquer où des recherches et un suivi supplémentaires s'imposent, et à désigner les facteurs qui ont joué un rôle important en cas de résultats positifs et dont les acteurs concernés peuvent retirer un enseignement.

Figure 9.4 Nombre et pourcentage des étudiants en soins infirmiers reçus à l'examen diplômant et inscrits au registre du Conseil ougandais des infirmières et des sages-femmes, par district (entrants entre 1980 et 2001)



D'après : Capacity Project (*1*).

Sur la base des résultats examinés précédemment, il a été recommandé, en Ouganda, d'approfondir la question des causes des taux d'échec élevés parmi les étudiants en soins infirmiers et formation de sages-femmes et de proposer d'éventuelles solutions (*8*). Une réunion interministérielle d'acteurs concernés a été organisée pour traiter de plusieurs aspects liés à l'examen des infirmières en vue de leur inscription au registre du Conseil des infirmières et des sages-femmes.

9.3.2 Institutionnalisation d'un cadre de suivi des personnels de santé au Soudan

Plusieurs stratégies et initiatives ont été mises en oeuvre au Soudan ces dernières années pour améliorer la performance du système de santé, et notamment des stratégies en faveur de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et d'autres objectifs internationaux, régionaux et nationaux liés à la réduction de la pauvreté et à l'amélioration de la santé de la population. Aussi le Ministère fédéral de la santé du Soudan a-t-il décidé de suivre attentivement les performances institutionnelles des principaux départements et programmes à tous les niveaux (*9, 10*). En collaboration avec l'Organisation mondiale de la Santé, le Ministère a conçu un tableau complet, adapté au contexte national, pour suivre et évaluer la performance du système de santé. Ce tableau, à partir de données de base, fixait des cibles périodiques pour chaque indicateur convenu, sur la base desquelles le système d'information suivrait les progrès réalisés au fil du temps. Trois grandes sections ont été incluses :

- les indicateurs globaux, notamment ceux qui ont trait à la couverture du système de santé et à la densité des personnels de santé ;
- les indicateurs particuliers à une maladie, comme ceux qui concernent le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose ;
- les indicateurs liés à un département ou un programme spécifique.

Pour assurer l'adhésion nationale, les activités ont été dirigées par le Ministère de la santé, notamment pendant le lancement et l'institutionnalisation du système d'information. Outre des spécialistes reconnus au plan international, un certain nombre d'autres partenaires et de représentants de la population ont été invités à participer tout au long du processus d'élaboration et d'évaluation. Parallèlement au plaidoyer du sous-secrétaire du Ministère de la santé, le Département de la planification sanitaire a été prié de créer une nouvelle unité institutionnelle de suivi et d'évaluation, avec un effectif de personnel professionnel et d'appui à plein temps. Un profil détaillé a été dressé pour l'unité, incluant un mandat opérationnel pour les équipes centrale et infranationales.

Chaque département et programme principal a choisi un interlocuteur chargé de la mise en oeuvre de ses plans de suivi et d'évaluation conformément aux indicateurs, bases et cibles appropriés. Le Département du développement des ressources humaines a notamment établi un plan spécial annuel de suivi et d'évaluation applicable à la dynamique de certaines variables des RHS, concernant notamment l'entrée dans la vie professionnelle, l'activité et le départ. L'objectif était de concevoir un système pérenne d'information et de suivi pour l'actualisation, la vérification et l'analyse rapides et ininterrompues des données sur la dynamique des personnels de santé. Le plan s'est appuyé sur la stratégie nationale décennale des RHS et d'autres initiatives pertinentes. Le plan de suivi et d'évaluation a été examiné en profondeur, analysé et approuvé par un large éventail de membres du personnel du Département des ressources humaines pour la santé et par le sous-secrétaire du Ministère de la santé.

Des rapports de suivi et d'évaluation spéciaux sur les RHS ont été présentés lors des réunions départementales mensuelles d'examen des performances, et notamment les progrès réalisés et la définition transparente des domaines appelant des améliorations. Sans aborder les questions globales telles que la fidélisation et les migrations, les rapports ont suivi le recrutement, les affectations, les transferts, les départs, les opportunités de formation préalable et en cours d'emploi et la conformité avec les systèmes d'incitation fondés sur les performances. Une fois approuvés après l'examen départemental, des panneaux muraux présentant les variations statistiques mensuelles ont été affichés dans chaque unité du Département. Les données relatives aux activités de suivi et d'évaluation liées aux RHS ont en outre été saisies pour l'établissement du rapport statistique annuel du Ministère dans son ensemble.

Un certain nombre de mesures pratiques en vue de la conception et de l'institutionnalisation du système d'information et de suivi relatif aux RHS ont été prises au Soudan, et notamment les suivantes :

- stratégie de la masse critique : plaidoyer pour sensibiliser à l'utilité essentielle du SIRH et obtenir l'engagement des pouvoirs publics ;
- adhésion et encadrement institutionnels : équipes pluridisciplinaires dirigées par un responsable national ;
- consensus autour d'un ensemble limité d'indicateurs principaux adaptés au contexte national, incluant des bases et des critères clairement définis ;
- passage à l'électronique : déploiement de logiciels faciles à utiliser pour suivre les progrès ;
- perfectionnement des méthodes et adaptation locale : permettre assez de souplesse pour affiner et adapter ou réadapter le système d'information en fonction de l'évolution du contexte local pour les personnels de santé ;
- formation à l'analyse, la diffusion et l'utilisation des données et aux compétences informatiques de base pour le personnel national du développement des ressources humaines et les coordonnateurs et les interlocuteurs chargés du suivi et de l'évaluation ;
- diffusion transparente des informations crées par le système, y compris des séances périodiques de diffusion parmi les principaux acteurs concernés afin d'obtenir des contributions et de rapprocher au maximum les points de vue.

Le Tableau 9.1 présente des résultats issus du système d'information et de suivi relatif aux RHS au Soudan. Ces résultats tiennent pour une large part au lien établi entre l'analyse du suivi et de l'évaluation et le mode de résolution des problèmes et l'amélioration stratégique des RHS : il est vain d'investir dans un système d'information complexe si les résultats s'appliquent

Tableau 9.1 Indicateurs et critères du système d'information et de suivi relatif aux personnels de santé au Soudan, 2006–2007

Indicateur	Période	Cible	Résultat	Déficit	Taux de conformité	Rectifications proposées
1. Nombre de médecins nouvellement diplômés commençant leur internat en temps voulu	1er trimestre 2007	750	750	0	100%	Le système d'affectation a été sensiblement amélioré depuis l'utilisation du nouveau système électronique/en ligne (2006), avec un délai d'attente maximum de 3 mois.
2. Nombre de visites d'encadrement des internes dans trois hôpitaux désignés utilisant la liste de contrôle approuvée pour l'assurance de la qualité	1er trimestre 2007	10	3	7	30%	Le taux de conformité est trop faible, question à soulever lors des prochaines réunions d'examen des performances/ personnels du Département des ressources humaines. S'efforcer de faire état de résultats qualitatifs, pas seulement quantitatifs.
3. Nombre de spécialistes médicaux affectés dans des zones insuffisamment desservies	1er–4e trimestres 2006	12	7	5	58%	Revoir le nouveau système d'incitation et recommander des modifications pour inciter davantage de spécialistes à travailler en dehors de la capitale.

D'*après :* Ministère fédéral de la santé de la République du Soudan.

exclusivement au suivi de la mise en oeuvre. Le système doit inclure des mécanismes qui permettent de repérer et de rectifier les domaines appelant des améliorations.

9.3.3 Évaluation d'un système d'information et de gestion lié aux RHS au Brésil

Au Brésil, le Système d'information et de gestion des RHS (SIGRHS) s'inscrit dans le contexte de la réforme des systèmes de santé. Il a été conçu comme un instrument destiné à recueillir, traiter et utiliser les données primaires utiles pour la planification et la gestion des personnels de santé. Il devait fournir aux administrateurs régionaux et locaux de la santé des informations qui leur permettent d'améliorer les décisions concernant leur personnel. Créé en 1987 par le Département de la santé de l'État de Rio de Janeiro et appliqué par l'Institut de médecine sociale de l'Université de l'État de Rio de Janeiro, le SIRH a été constamment actualisé, modifié et évalué en réponse aux demandes locales et au fur et à mesure des innovations informatiques. La mise au point de nouvelles applications informatiques conviviales, en particulier, a facilité les opérations de saisie au niveau régional et permis d'inclure des variables quantitatives et qualitatives sur la gestion des RHS.

Le SIRH contient des données issues de dossiers administratifs d'établissements à différents niveaux et de types différents. La collecte et la saisie des données utilisent des modèles normalisés. Les éléments de base entrés dans le système incluent notamment les caractéristiques socio-démographiques des agents de santé, les qualifications professionnelles et les variables liées à l'emploi, comme le poste occupé, le secteur d'emploi et les horaires de travail. Ces éléments permettent d'établir le profil des personnels de santé – distribution par tranche d'âge, sexe et niveau d'études. Ils peuvent servir à évaluer, notamment, l'éventail des compétences des personnels de santé et l'affectation des personnels entre différents types de fonctions, établissements de santé et régions. L'actualisation régulière des données permet aussi d'estimer les taux d'attrition. Les données proviennent principalement des fichiers et des listes des membres du personnel des services de santé publique. Vu la nature confidentielle de ces données, une équipe technique surveille le niveau d'accès, partiel ou total, aux informations contenues dans le système aux fins de la recherche.

L'utilisation de données administratives présente de nombreux avantages par rapport à d'autres types de sources statistiques standard. Précédemment, les informations relatives aux RHS au Brésil provenaient de grandes bases de données, établies par différents organismes nationaux dans plusieurs objectifs, comme le recensement décennal de la population, les enquêtes par sondage auprès des ménages dont l'enquête mensuelle sur la population active, et les enquêtes dans les établissements de santé réalisées par le Bureau central de statistique (*11*). Au nombre des autres sources d'information sur le marché du travail figurent divers registres sur les emplois, les salaires, les recrutements et les licenciements du Ministère du travail, et des données sur des professions spécifiques provenant des systèmes d'enregistrement d'associations professionnelles, de syndicats et de conseils (*12*). Ces sources, cependant, sont souvent dispersées et difficilement utilisables à l'appui des pratiques et des stratégies gestionnaires au niveau local, en particulier dans le secteur de la santé.

La réforme et la décentralisation des systèmes de santé, jointes à la disponibilité des nouvelles technologies de l'information au niveau des organisations de santé locales, sont à l'origine de la mise en oeuvre du SIRH au Brésil. Pour évaluer le succès de l'entretien et de la consolidation du système, et l'utilisation des informations comme instrument de planification et de gestion, une enquête a été réalisée en collaboration avec l'Université de l'État de Rio de Janeiro sur la mise en oeuvre du SIRH et ses performances. Un outil d'appréciation a été conçu à partir d'un cadre d'évaluation du processus de mise en oeuvre couvrant trois composantes essentielles des responsabilités des politiques et des programmes de santé : niveaux administratif, politique et communautaire (13,14). L'enquête a porté sur plusieurs acteurs concernés dans le pays au moyen de visites de terrain et d'entretiens semi structurés. Les objectifs spécifiques de l'enquête s'établissaient comme suit :

- définition des différents types et degrés de participation des acteurs pertinents à la mise en oeuvre et l'utilisation du SIRH ;
- définition des opportunités et des contraintes liées à l'intégration d'informations supplémentaires dans le domaine de la gestion des RHS, en particulier des informations qualitatives ;
- évaluation du niveau de satisfaction des administrateurs des services de santé concernant l'utilisation des informations contenues dans le SIRH ;
- profil de l'utilisation des informations produites par le SIRH parmi d'autres organisations à l'intérieur et à l'extérieur du secteur de la santé.

La performance du SIRH a été évaluée au moyen de plusieurs critères, dont la couverture, le degré d'exhaustivité, la qualité, la ponctualité et la régularité de l'utilisation (Tableau 9.2) (*15*). Quarante-cinq pour

Tableau 9.2 Indicateurs et critères correspondants utilisés pour évaluer la performance du système d'information et de gestion lié aux RHS au Brésil

Indicateur	Réponses possibles pour le niveau de performance		
	Élevé	Moyen	Faible
Couverture de la mise en oeuvre du SIRH parmi les serveurs enregistrés du réseau des services de santé publique	Au moins 90 % des serveurs enregistrés	Entre 70 et 90 % des serveurs enregistrés	Moins de 70 % des serveurs enregistrés
Degré d'exhaustivité des sources d'information rassemblées dans le SIRH	Collecte de données provenant de sources primaires et tous les champs complétés	Principalement sources de données secondaires avec au moins un examen des sources primaires	Collecte/rassemblement incomplets des données
Productivité de la mise en oeuvre du SIRH	Émission du premier rapport de diffusion moins de 3 mois après la collecte des données	Émission du premier rapport de diffusion dans les 3 à 6 mois suivant la collecte des données	Émission du premier rapport de diffusion plus de 6 mois après la collecte des données, ou aucun rapport émis
Régularité de la mise en oeuvre du SIRH	Collecte des données systématiquement actualisée	Collecte des données actualisée occasionnellement ou sur demande	Collecte des données non actualisée
Régularité de l'utilisation du SIRH	Rapports de diffusion publiés régulièrement, jusqu'à 4 au cours de ces 4 derniers mois ou sur demande	Rapports de diffusion publiés de façon irrégulière, mais au moins une fois au cours de ces 6 derniers mois	Aucun rapport de diffusion publié

D'après : Pierantoni (*15*).

cent des sites couverts par l'enquête ont été classés comme ayant un niveau élevé de performance pour le SIRH, 33 % une performance moyenne et les 22 % restants une performance insuffisante. Bien qu'il n'ait pas été spécifiquement prévu d'évaluer les caractéristiques techniques ni le fonctionnement du programme informatique du système d'information, les résultats de l'enquête ont néanmoins fourni des renseignements sur la praticabilité de l'instrument, utiles pour les mises à jour ultérieures.

Le Tableau 9.3 présente certains résultats sur les effets institutionnels de la mise en oeuvre du SIRH au Brésil (*15*). Vu la gestion décentralisée du système de santé dans ce contexte, on ne s'attendait pas à l'homogénéité des besoins en information sur les SIRH, des attentes concernant le SIRH, des capacités à mettre en oeuvre et utiliser le système, ni des réponses recueillies lors de son évaluation. Les résultats penchent toutefois vers une orientation globalement positive de l'utilisation des informations sur les personnels de santé dans différentes situations. Le besoin d'informations complètes pour les mécanismes de gestion des RHS et des systèmes de santé l'emporte sur l'observation des performances mêmes les plus faibles dans la mise en oeuvre du système d'information en tant que tel.

Plus récemment, à la demande du Ministère brésilien de la santé (*16*), le système d'information a été actualisé pour intégrer des informations plus détaillées sur l'éducation et la formation des agents de santé, et notamment le nombre des diplômés des programmes avancés de formation aux professions de santé. Un nouveau logiciel sur les diplômés (SIGRAS) et la version la plus récente du logiciel sur les effectifs SIGRHS ont été mis à en ligne (*17*) (voir également l'Encadré 9.2). Les programmes disponibles en ligne ou reposant sur les réseaux de télécommunications, adaptables aux besoins des utilisateurs, devraient aider à faciliter l'intégration des données des établissements de santé locaux dans d'autres informations sur la production et la gestion des RHS, à réduire les dépenses de fonctionnement, à renforcer la diffusion et l'utilisation des données, et à étendre la base de données factuelles à l'appui de la prise des décisions afin de modifier la gestion à l'intérieur des organisations.

9.4 Conclusions

Compte tenu de l'intérêt croissant pour le renforcement du système de santé, et en particulier sa fonction essentielle liée aux ressources humaines, la nécessité

Tableau 9.3 Indicateurs et résultats de l'évaluation de l'impact institutionnel du système d'information et de gestion lié aux RHS au Brésil

Indicateur	Résultat escompté	Réponses possibles pour l'impact institutionnel		Résultats de l'enquête *(n = 9 sites)*
		Oui	Non	
Utilisation des informations du SIRH pour la planification et la gestion des RHS	Amélioration de la planification, de la gestion et des capacités des RHS	La mise en oeuvre du SIRH a influé sur au moins trois des processus suivants : - qualifications professionnelles ; - planification des effectifs ; - constitution des équipes ; - formation continue ; - plans pour la dotation en personnel, les carrières et la rémunération ; - décentralisation de la gestion des RHS.	La mise en oeuvre du SIRH n'a pas modifié les processus de gestion des RHS.	Oui = 100 %
Utilisation des informations du SIRH pour la gestion du système de santé au niveau local	Encouragement à innover/reformuler les méthodes de gestion des systèmes de santé décentralisés	La mise en oeuvre du SIRH a influé sur au moins l'un des processus suivants : - restructuration des services de santé locaux ; - intégration des informations sur les RHS dans d'autres bases de données du système de santé ; - mise en oeuvre de programmes destinés à améliorer les performances.	La mise en oeuvre du SIRH n'a pas modifié la gestion du système de santé.	Oui = 78 %

D'après : Pierantoni (*15*).

d'étayer par des données et d'analyser les tendances et les résultats concernant les personnels de santé s'inscrit dans le programme mondial et national de suivi des performances du système de santé. Si l'installation et l'entretien d'un SIRH opérationnel aux niveaux national, régional et mondial ne sont pas une entreprise facile, ils sont réalisables, compte tenu de l'engagement des pouvoirs publics et de la volonté croissante dans de nombreux pays de produire des politiques fondées sur des données factuelles pour progresser dans la solution des problèmes liés aux RHS. La conception et la pérennité d'un SIRH complet à l'appui de la prise des décisions sont une question d'encadrement, de moyens financiers, de formation, de partenariats et de gestion (*18*).

Des indicateurs bien définis et des données de qualité pour suivre en permanence la situation des personnels de santé et évaluer les résultats sont de plus en plus demandés dans de nombreux pays, en particulier par les ministères de la santé. Les pays candidats ne recherchent pas simplement des technologies de pointe et une assistance technique avec des manuels attrayants et des lignes directrices mais des options pratiques et des méthodes faciles à appliquer pour suivre la dynamique complexe des personnels de santé. Un cadre générique, conceptuellement fiable, pour la mise en oeuvre du SIRH n'est ni utile ni suffisant. L'expérience de terrain montre qu'une recette polyvalente n'est pas la solution, vu le contexte particulier des personnels de santé dans chaque pays.

Le présent chapitre a en même temps mis en évidence un certain nombre de points communs à diverses expériences nationales et enseignements retirés qui sont déterminants pour la mise au point d'un SIRH opérationnel viable, efficace et pérenne dans l'établissement du système ordinaire de gestion des services de santé.

Encadré 9.2 Mise en oeuvre et utilisation du système d'information SIGRHS pour la gestion des RHS en Guinée Bissau

Le système SIGRHS d'information et de gestion lié aux RHS a été adopté et mis en oeuvre par le Ministère de la santé publique de la Guinée Bissau dans le cadre d'un partenariat entre le Ministère brésilien de la santé et l'Organisation mondiale de la Santé à l'appui de l'utilisation des systèmes d'information pour le développement des personnels de santé dans les États Membres de l'organisation PALOP (*Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa*).

Pour mettre en oeuvre le logiciel SIGRHS de collecte, stockage et analyse des données en Guinée Bissau, il a fallu adapter le système aux spécificités locales. Une nouvelle configuration a été mise en place compte tenu de l'organisation administrative du système de santé du pays, de la structure organique du Ministère de la santé publique, de la localisation des établissements et services de santé au niveau du district, des postes et de la distribution des agents de santé, et de la structure du système d'enseignement pour la production de prestataires de services de santé qualifiés.

Il a également été nécessaire de transférer quelque 2400 dossiers préexistants sur la dotation en personnel des établissements des formulaires antérieurs à un tableur éléctronique (Excel). L'intégration de ces données initiales dans le système SIGRHS adapté a permis de publier les rapports préliminaires et de dresser un profil initial des personnels de santé. Les résultats ont montré que l'effectif de santé du secteur public en Guinée Bissau étaient constitué pour une large part d'agents ayant un faible niveau d'instruction ; 11 % seulement ayant fait des études universitaires. La majorité des agents de santé (63 %) travaillaient dans des établissements de soins primaires, 25 % dans des établissements du niveau secondaire et les 12 % restants dans de grands établissements régionaux.

En premier lieu, si importante soit la participation d'autres partenaires et représentants locaux tout au long du processus, la création et l'institutionnalisation du système d'information reviennent au ministère de la santé. De plus, pour qu'un SIRH puisse fonctionner durablement, il faut que les établissements soient prêts. Le fait de réunir, souvent pour la première fois et dans une même pièce, tous les acteurs concernés par le SIRH garantit que les informations seront échangées, et aide à déterminer les données qui existent et à faire l'unanimité sur le choix des indicateurs et des critères appropriés. La formation et le renforcement des capacités des acteurs concernés du système sont essentiels dès les premiers stades de la planification, non seulement pour ce qui est de l'analyse des données et des techniques informatiques de base, mais aussi dans les domaines de la diffusion et l'utilisation des données à l'appui de la prise des décisions.

Un certain nombre d'aspects pratiques doivent aussi être considérés. La pertinence du SIRH aux fins de l'analyse critique de la situation nationale des RHS dépend de la qualité des données qui l'ont alimenté. La qualité des données se mesure d'après la validité, la fiabilité, l'intégrité, la précision, la véracité et la ponctualité du système (*19*). Par exemple, la validité des données est réduite si les dossiers personnels ne sont pas actualisés lors du départ à la retraite, de l'émigration ou du décès d'un agent de santé. Pendant la mise au point du SIRH, un plan d'évaluation formel de la qualité des données devrait comparer les données administratives courantes utilisées pour le suivi continu et les données des enquêtes ou recensements périodiques, aux fins de la validation. Un autre aspect étroitement lié à la qualité des données est celui du respect de la vie privée et de la confidentialité. Aucune donnée permettant de reconnaître expressément une personne ne devrait être accessible au public. Même la communication de données globales ne devrait être possible qu'avec la permission de l'acteur concerné responsable.

Bien que le présent chapitre décrive une progression planifiée idéale vers un logiciel complet et bien développé, l'expérience montre que dans certains cas il est préférable de patienter et de laisser de l'espace et du temps pour la compréhension, l'adhésion et l'engagement, et de ne pas hâter une solution. Si des fabricants proposent des logiciels pour le SIRH, le choix de logiciels gratuits d'accès libre présente des avantages importants au plan de la pérennité dans le pays, où des solutions économiques sont essentielles (*1*). Les solutions d'accès libre réduisent le coût de la mise en oeuvre et de l'entretien courant du SIRH, et elles vont de pair avec une communauté mondiale qui apporte son soutien et des améliorations continues. De nombreux

gouvernements et systèmes de santé ont choisi de normaliser des technologies d'accès libre et de renforcer les capacités nécessaires pour les soutenir et bénéficier de leurs avantages.

Certains pays continuent malheureusement de refuser de publier des données qui pourraient être analysées plus en profondeur, notamment en cas de pénurie sévère de RHS. Il est hautement recommandé de mettre les résultats du système d'information à la disposition des spécialistes de la planification et de la gestion des personnels de santé qui s'emploient à résoudre les problèmes. Il est important de communiquer des informations cohérentes pour permettre à d'autres de comparer et d'utiliser les stratégies relatives aux ressources humaines qui ont été améliorées. La communication du savoir entre pays dans le cadre du renforcement du SIRH fournit des modèles qui permettent d'éviter la répétition d'erreurs et normalise les informations et les données factuelles sur les RHS entre les régions et les pays. Comme il en sera encore question dans le chapitre 12 du présent Manuel, les observatoires sur les RHS sont un mécanisme précieux qui peut être utilisé pour diffuser largement les informations et les données factuelles et permettre des pratiques efficaces aux niveaux national, régional et mondial.

Bibliographie

1. *Global HRIS strengthening*. Capacity Project (http://www.capacityproject.org/hris, accessed 24 January 2009).
2. Hotz VJ et al,, eds. Administrative data for policy-relevant research: an assessment of current utility and recommendations for development. In: *Report of the Advisory Panel on Research Uses of Administrative Data of the Northwestern University/ University of Chicago Joint Center for Poverty Research*, 1998.
3. *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes – WHO's framework for action*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf, accessed 10 January 2009).
4. *Confidentialité et sécurité des informations sur le VIH.* Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), 2008 (http://www.unaids.org/fr/KnowledgeCentre/HIVData/Confidentiality/default.asp
5. Bowen S, Zwi AB. Pathways to "evidence-informed" policy and practice: a framework for action. *PLoS Medicine*, 2005, 2(7) (http://medicine.plosjournals.org/archive/1549–1676/2/7/pdf/10.1371_journal.pmed.0020166-L.pdf, accessed 24 January 2009).
6. Ministry of Health, Republic of Uganda (http://www.health.go.ug/, accessed 24 January 2009).
7. *Global HRIS strengthening: iHRIS software suite*. Capacity Project, 2008 (http://www.capacityproject.org/hris/suite, accessed 24 January 2009).
8. Mshana E. *Addressing the human resources for health crisis in Uganda*. Presented at the National Symposium on Developing Human Resources for Health hosted by the Uganda Ministry of Health, Kampala, 2–4 April 2006.
9. Ahmed HS. Monitoring and evaluation system of the Federal Ministry of Health: the current situation and future perspective. *Sudanese Journal of Public Health*, 2008, 3(1):39–40.
10. *Sudan National Health Policy, 2006*. Federal Ministry of Health of the Republic of the Sudan, 2006.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (http://www.ibge.gov.br/home/, accessed 24 January 2009).
12. Pierantoni CR. A informação para a gestão local de recursos humanos da saúde. In: Ministério da Saúde, *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2003.
13. Perez JRP. Avaliação do processo de implementação: algumas questões metodológicas. In: Rico EM, ed. *Avaliação das políticas sociais: uma questão em debate*. São Paulo, Cortez, 1999.
14. Pierantoni CR, Viana AL. Avaliação de processo na implementação de políticas públicas: a implantação do Sistema de Informação e Gestão de Recursos Humanos em Saúde (SIG-RHS) no contexto das reformas setoriais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2003, 13(1):59–92.
15. Pierantoni CR. *Reformas da saúde e recursos humanos: novos desafios x velhos problemas. Uma estudo sobre recursos humanos e as reformas recentes da política nacional de saúde* [doctoral thesis]. Rio de Janeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2000.
16. *Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no Sistema Único de Saúde: ProgeSUS*. Ministry of Health of Brazil, 2007 (http://www.saude.gov.br, accessed 24 January 2009).
17. Department of Health Planning and Administration: Workstation of the Health Human Resources Observatory Network, Social Medicine Institute, University of the State of Rio de Janeiro (http://www.obsnetims.org.br, accessed 24 January 2009).
18. World Health Organization. *Strengthening national and subnational departments for human resources development*. Health Workforce Development Series, Issue 1. Cairo, World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2008 (http://www.emro.who.int/dsaf/dsa954.pdf, accessed 24 February 2009).
19. Selvaggio MP. *Producing good data: data quality management*. Presented at the professional development workshops prior to the South African Monitoring and Evaluation Association (SAMEA) Conference, Gauteng, 26–28 March 2007.

10 Comprendre les problèmes liés aux personnels de santé : utilisation de méthodes qualitatives – guide sélectif

TOMAS LIEVENS, MAGNUS LINDELOW, PIETER SERNEELS

10.1 Introduction

Des informations et des bases factuelles sont indispensables à la conception de politiques et de stratégies efficaces en matière de personnels de santé. Les responsables doivent disposer de renseignements sur le nombre et la distribution des personnels de santé, les entrées et les sorties, les gains absolus et relatifs des agents de santé, et sur bien d'autres aspects. Ils doivent aussi comprendre pourquoi certains effets du marché du travail retiennent l'attention, et quelles incidences différentes orientations ou réformes pourraient avoir sur les effets observés. Si, par exemple, l'affectation de personnel dans les établissements ruraux est problématique dans un pays, pourquoi en est-il ainsi ? L'adoption d'obligations contractuelles en faveur du service rural, éventuellement associée à des incitations financières, résoudrait-elle le problème, ou d'autres mesures sont-elles nécessaires ? Si le problème tient au trop petit nombre d'agents de santé qui choisissent de faire carrière dans le secteur public, préférant un emploi dans le privé, les responsables ont besoin de comprendre l'attrait du secteur privé, et comment les personnels de santé sont susceptibles de réagir aux différentes réglementations instaurées par les pouvoirs publics pour limiter ces mouvements.

D'autres chapitres du présent manuel ont montré comment les données quantitatives issues de sources administratives et d'évaluations effectuées dans les établissements de santé ou recueillies auprès de la population peuvent fournir aux responsables des informations et des données factuelles dont ils ont besoin. Ces données peuvent aider à mieux comprendre les schémas et les tendances concernant les personnels de santé, les facteurs qui déterminent leur comportement et leurs choix en matière d'emploi, et les effets des politiques et des réglementations applicables aux personnels de santé. Les données quantitatives ont toutefois des inconvénients majeurs, notamment pour ce qui est de questions ou de phénomènes mal compris ou difficiles à classer et à mesurer. Compte tenu de ces limites, le présent chapitre décrit comment les méthodes qualitatives, en renforçant et complétant l'analyse quantitative, peuvent contribuer à une meilleure connaissance des problèmes relatifs aux personnels de santé.

Un large éventail de techniques et de méthodes qualitatives peuvent être utilisées pour décrire et aider à mieux comprendre les phénomènes sociaux. Par opposition aux méthodes quantitatives, ces dernières portent non pas sur la structure ni des mesures précises mais sur des méthodes moins directives d'examen, d'analyse et d'interprétation des comportements et des phénomènes. Si une généralisation à partir d'analyses qualitatives se révèle souvent difficile, la richesse des informations qu'elles génèrent peut être extrêmement précieuse. Prenons l'exemple d'une étude destinée à comprendre les effets de réformes en cours ou planifiées du marché des personnels de santé. Ces effets dépendront vraisemblablement de facteurs très divers, dont beaucoup sont difficiles à mesurer (ainsi les préférences et les attentes des agents de santé, les conditions sociales et culturelles, et les dispositions relatives à la mise en oeuvre). De plus, certains effets des réformes sur les résultats, tels la satisfaction professionnelle, le travail d'équipe ou le comportement au travail, sont eux-mêmes difficiles à mesurer, et ils n'ont peut-être même pas été prévus.

Il apparaît ainsi clairement que les méthodes qualitatives peuvent aider à comprendre un contexte dans lequel sont adoptées des politiques ou des interventions, en anticipant les réactions et les impacts comportementaux, reconnaissant les problèmes de mise en oeuvre et indiquant comment la politique appliquée est réellement perçue et comprise par différents acteurs concernés. L'objectif du présent chapitre est de donner des indications sur la manière de concevoir et d'exécuter les études qualitatives. Il s'appuie sur une abondante documentation méthodologique et de nombreuses recherches appliquées, sans toutefois prétendre constituer un guide exhaustif sur les méthodes qualitatives. Le texte inclut des conseils

pratiques et des lignes directrices pour la conduite de recherches qualitatives sur les personnels de santé. Pour les aspects plus fondamentaux, et notamment les questions épistémologiques, le lecteur se référera aux travaux qui abordent ces questions plus en profondeur que le permet le présent chapitre (*1–11*).[1] Pour illustrer les points de méthode et l'utilité potentielle des recherches qualitatives, ce chapitre s'appuie sur deux études réalisées en Éthiopie et au Rwanda.

Le reste du chapitre est organisé comme suit. La section ci-après décrit les méthodes et approches qualitatives et évalue leur utilité pour les études sur les personnels de santé. La section suivante examine certaines questions relatives à la conception et la mise en oeuvre des recherches sur les personnels de santé. La dernière section présente en conclusion des propositions sur la manière d'étendre et de renforcer, à l'avenir, les recherches qualitatives sur les personnels de santé.

10.2 Méthodes qualitatives : leur utilité et leur potentiel

10.2.1 Définition des recherches qualitatives

Les recherches qualitatives sont le plus souvent définies comme « des recherches non quantitatives ». On peut aussi mettre l'accent sur tous les points communs aux recherches qualitatives : utilisation de données textuelles, fait qui a en soi des incidences profondes sur les techniques utilisées pour la collecte comme pour l'analyse des données (*1,12,13*). Une autre caractéristique des recherches qualitatives est l'association étroite du chercheur à la collecte des données. Dans une plus large mesure que pour les recherches quantitatives, le chercheur doit décider sur-le-champ quelles informations enregistrer, sur quoi focaliser l'attention et quand une recherche plus approfondie s'impose. Au niveau de l'analyse, le défi est similaire, les résultats dépendant dans une certaine mesure de l'interprétation des données, ce qui est moins le cas pour les recherches quantitatives.

Dans la pratique, les « recherches qualitatives » s'appliquent à un large éventail de techniques de recherche. Dans le présent chapitre, on distingue trois grandes approches méthodologiques : i) l'entretien individuel ; ii) les discussions de groupe ; et iii) l'ethnographie ou l'observation des participants (Encadré 10.1). Chacune de ces trois techniques[2] comporte ses propres avantages et ses inconvénients mais elles partagent aussi les mêmes points forts et les mêmes faiblesses.

10.2.2 Points forts et faiblesses

En comparant les méthodes qualitatives aux méthodes quantitatives, on peut déjà en dégager les points forts et les faiblesses. Ces dernières s'appuient sur des instruments structurés pour recueillir des données quantitatives qui correspondent à des catégories et des classifications prédéterminées. Les données obtenues sont faciles à décrire et à résumer. De plus, dès lors que ces données sont représentatives d'un groupe de population élargi, les techniques statistiques peuvent être utilisées pour tirer des conclusions sur cette population, et pour rechercher des relations à plusieurs variables.

1 Pour des informations générales sur la méthodologie et l'interprétation dans la recherche qualitative, voir par exemple Becker (*1*), Bryman (*2*), Bryman and Burgess (*3*), Denzin and Lincoln (*4*), Flick (*5*), Greene (*6*), Seale(*7*), Silverman (*8,9*), Walker (*10*) et Wolcott (*11*).

2 Le présent chapitre n'envisage pas d'autres techniques qualitatives telles les approches fondées sur la langue (l'analyse de la conversation, par exemple), les techniques de projection, les études de cas et l'analyse textuelle. Tesch (*14*) distingue 26 types différents d'approches qualitatives en recherche sociale. Voir les sources énumérées dans la note 1 qui précède.

Encadré 10.1 Trois techniques importantes de recherche qualitative

Entretien individuel. Cette expression générique désigne les entretiens de nature qualitative. L'enquêteur choisit entre une approche structurée, semi structurée ou non structurée. Un entretien individuel qualitatif, contrairement à un entretien quantitatif où les réponses possibles sont le plus souvent précodées, laisse les réponses libres, qui sont enregistrées sous la forme d'un texte.

Discussions de groupe. Discussions en groupe dans lesquelles les participants sont invités à examiner librement certains sujets. Elles sont en général semi structurées ou non structurées.

Ethnographie et observation des participants. Collecte de données où le chercheur s'immerge pendant un laps de temps dans un cadre social pour observer et écouter afin de se faire une idée de la culture et des mécanismes du groupe.

Tableau 10.1 Ce qui différencie les approches qualitatives et quantitatives

Méthodes qualitatives	Méthodes quantitatives
Mots	Chiffres
Point de vue des participants	Point de vue du chercheur
Chercheur proche	Chercheur distant
Théorie émergente	Vérification d'une théorie
Entretien non structuré	Entretien structuré
Compréhension contextuelle	Généralisation
Richesse et profondeur des données	Données brutes et fiables
Signification	Comportement
Démarche généralement inductive	Démarche généralement déductive

D'après : Adapté de Hammersley (*15*), Bryman (*16*) et Halfpenny (*17*).

Les méthodes qualitatives, en revanche, n'imposent pas des données aussi structurées, ce qui présente plusieurs avantages :

- Elles permettent des réponses sans a priori, et un examen interactif des questions avec la personne interrogée. Cela peut aider à mieux comprendre des aspects difficiles à mesurer comme les croyances, les sentiments, les valeurs et les perceptions. Cette approche a aussi l'avantage de permettre d'enregistrer le vocabulaire employé par les participants, souvent utile pour la conception d'enquêtes quantitatives, et pour la communication avec les acteurs concernés au sujet des questions examinées.
- Une interaction non directive avec le (les) répondant(s) permet d'instaurer la confiance et le bon contact nécessaires pour analyser des questions difficiles ou délicates, ou pour dialoguer avec des groupes marginalisés ou difficiles d'accès. Des aspects tels que la corruption et d'autres formes de comportement illicite sont à l'évidence difficiles à faire apparaître dans une enquête mais, à défaut de les mesurer, on peut les étudier au moyen de méthodes qualitatives.
- Les méthodes qualitatives peuvent aider à faire comprendre les comportements et la relation entre différentes variables. Elles peuvent par exemple servir à l'examen des schémas de comportement (telle la mesure dans laquelle des agents de santé aux profils socio-économiques et démographiques différents se tournent vers le service rural) ou de la nature d'une relation entre différentes variables mesurables (telles la formation et l'émigration).
- Moyennent une sélection ciblée d'enquêtés individuels ou de participants de groupes de discussion, les méthodes qualitatives peuvent déceler les différences de point de vue et de perspective entre et à l'intérieur des groupes, et tenter d'en trouver les raisons.

Les méthodes qualitatives ont inévitablement aussi des inconvénients. L'une de leurs limites tient à la difficulté de les décrire et de les mesurer. Aussi ne peut-on aisément se prononcer sur l'ampleur et l'importance relative des phénomènes soumis à des recherches qualitatives. Inconvénient plus important peut-être encore : les répondants des enquêtes qualitatives sont en général peu nombreux et choisis à dessein, ce qui signifie que les résultats ne peuvent être véritablement considérés comme représentatifs d'une population élargie ni généralisables à ce groupe. Une autre limite potentielle tient à l'objectivité relativement réduite qui résulte de la participation étroite du chercheur à la collecte des données et du caractère interactif de la collecte des données. De ce fait, les recherches qualitatives sont en outre difficilement reproductibles, par un autre chercheur ou dans un autre contexte. Si ces faiblesses liées aux méthodes qualitatives sont, dans une certaine mesure au moins, inhérentes à l'approche, elles peuvent être en partie palliées par une conception et une mise en oeuvre minutieuses, et par un compte rendu transparent des méthodes et des approches (voir la section 9.3 ci-dessous).

Les avantages et les inconvénients des méthodes qualitatives expliquent l'intérêt qu'il y a à associer recherches qualitatives et quantitatives, les deux se complétant fort bien. Plusieurs auteurs ont tenté de mettre en évidence les aspects qui différencient les deux méthodes au moyen d'images et de concepts expressifs et faciles à comprendre. Ces aspects, présentés dans le Tableau 10.1, sont des généralisations et ne s'appliquent pas nécessairement dans tous les cas ; ils sont néanmoins utiles et soulignent que les recherches qualitatives peuvent, par exemple, être d'un grand secours là où la théorie est faible ou inexistante pour affiner des hypothèses vérifiables au moyen de données quantitatives ou pour mieux comprendre les

résultats de recherches quantitatives (*15–17*). De plus, en démontrant comment les acteurs concernés perçoivent et examinent une politique ou un phénomène, et en définissant les réponses et les comportements auxquels une politique est susceptible de donner lieu, les méthodes qualitatives peuvent aider à élaborer les questionnaires utilisés pour des enquêtes quantitatives (*2, 12, 15, 18, 19*).[3]

Avec les avantages et les inconvénients décrits ci-dessus, les méthodes qualitatives ont été amplement utilisées dans la recherche sur les systèmes de santé, et notamment pour comprendre le comportement de recours aux soins, définir les besoins de santé au niveau local, évaluer la qualité des soins et la satisfaction des patients, et concevoir des programmes pour les groupes difficilement atteignables (tels les professionnels du sexe et les consommateurs de drogues par injection). Aussi n'est-il pas surprenant de trouver un ensemble important, qui se développe rapidement, de recherches qualitatives sur les questions intéressant les personnels de santé.

10.2.3 Recherches qualitatives sur les personnels de santé

La recherche sur les personnels de santé a vu le jour assez récemment, d'où l'insuffisance du cadre théorique pour l'étude du comportement des personnels de santé. Les études quantitatives existantes, qui se multiplient pourtant à vive allure, restent donc essentiellement descriptives et peuvent tirer largement parti de l'approche qualitative. Les recherches qualitatives, par exemple, peuvent aider à comprendre et à classer l'environnement complexe dans lequel fonctionne l'agent de santé. Elles peuvent aussi aider à élucider la motivation de certains comportements et à améliorer la mesure des performances des agents de santé. Les chercheurs qui étudient le comportement des personnels de santé sont de plus en plus sensibilisés à ces contributions et à d'autres avantages potentiels d'une approche qualitative, comme en témoigne clairement le nombre croissant des études sur les personnels de santé qui utilisent cette approche.

Le Tableau 10.2 rend compte des diverses utilisations des recherches qualitatives pour traiter d'un large éventail de questions relatives aux personnels de santé, depuis les exercices diagnostiques de grande ampleur axés sur la motivation et le comportement des professionnels de la santé au travail et sur le marché de l'emploi, aux études plus focalisées de phénomènes spécifiques comme la double pratique ou les migrations. La plupart des études ont porté sur des problèmes mal compris ou difficiles à mesurer quantitativement, telles les performances et la motivation des agents de santé, la corruption et les relations entre dispensateurs et clients des services de santé. La majorité des études reposent sur des entretiens qualitatifs individuels ou des discussions de groupe, voire les deux. L'observation des participants a été moins utilisée, peut-être en raison du caractère privé de la relation entre les soignants et leurs patients. On trouve toutefois un bon exemple de ce que peut apporter cette méthode chez Jaffré et Olivier de Sardan (*20*), qui associent observation des participants et visites de terrain, entretiens structurés et discussions de groupe dans leur étude originale sur la relation médecin-patient dans cinq pays d'Afrique de l'ouest.

Dans certains cas, les études qualitatives complètent les recherches quantitatives, soit pour décrypter des énigmes posées par des travaux quantitatifs soit en préparation de ces travaux. L'Encadré 10.2 illustre comment les recherches qualitatives peuvent aider à préparer les analyses quantitatives.

Les recherches qualitatives consacrées aux problèmes des personnels de santé ont déjà fourni quantité d'indications mais il reste un vaste champ à explorer, telles les questions du type de celles qui sont présentées dans le Tableau 10.2 dans différents contextes, et l'utilisation de méthodes qualitatives pour mieux comprendre un ensemble plus large de problèmes liés au marché de l'emploi dans le secteur de la santé. Cet aspect sera réexaminé dans la conclusion du présent chapitre.

10.3 Questions liées à la conception et la mise en oeuvre d'une étude qualitative

La précédente section portait sur la valeur et les utilisations potentielles des méthodes qualitatives dans la recherche sur les agents de santé. La présente section examine les principaux problèmes pratiques que posent leur conception et leur mise en oeuvre. Elle porte sur les entretiens et les discussions (termes interchangeables dans ce chapitre, abstraction faite de la notion selon laquelle les interactions peuvent être libres dans les deux cas). Une troisième technique décrite précédemment, l'ethnographie et l'observation des participants, est rarement appliquée dans la recherche sur les personnels de santé et n'est donc

3 Pour plus d'informations sur la conjugaison des approches qualitatives et quantitatives, voir Bryman (*2*), Holland and Campbell (*12*), Hammersley (*15*) et Morgan (*18*). Pour des ressources sur les débats en cours sur les différences, complémentarités et tensions entre les deux approches dans la recherche sur la pauvreté, voir Centre for International Studies (*19*).

Tableau 10.2 Exemples de recherches qualitatives sur les personnels de santé

Sujet	Cible des études	Approche	Référence bibliographique
Stratégies d'adaptation	Étude des activités économiques officieuses des agents de santé en Ouganda, y compris le détournement de médicaments, la surfacturation des actes aux patients et la mauvaise gestion des recettes provenant du paiement des honoraires officiels par les patients	Conjugaison d'approches quantitatives et qualitatives	McPake et al. (*21*)
	Évaluation de l'étendue et des raisons du chapardage de médicaments par le personnel de santé au Mozambique et au Cap-Vert	Assortiment de questions ouvertes et fermées dans une enquête auto-administrée à un petit échantillon ciblé	Ferrinho et al. (*22*)
	Étude du rôle de l'identité professionnelle, de la motivation et d'autres facteurs dans la compréhension des stratégies de survie face aux réformes du système de santé en Ouganda	Entretiens approfondis et discussions de groupe qualitatifs dans quatre établissements sélectionnés à cet effet	Kayaddondo and Whyte (*23*)
	Étude de la manière dont les agents de santé au Cameroun font face aux réductions de salaire, et des effets des stratégies d'adaptation sur la qualité des services	Entretiens avec des informateurs clefs et discussions de groupe et entretiens avec les utilisateurs des services	Israr et al. (*24*)
Double pratique	Étude de la manière dont les incitations financières et non financières façonnent les préférences professionnelles des médecins au Bangladesh qui exercent à la fois dans le secteur public et dans le privé	Enquête quantitative associée à des entretiens approfondis pour un sous-échantillon	Gruen et al. (*25*)
	Étude des activités génératrices d'un complément de revenu des médecins du secteur public dans les pays lusophones d'Afrique, et des raisons pour lesquelles ils n'ont pas totalement quitté le secteur public	Assortiment de questions ouvertes et fermées dans une enquête auto-administrée à un petit échantillon ciblé	Ferrinho et al. (*26*)
	Étude de la double pratique au Pérou, et notamment des principaux facteurs à l'origine de la décision individuelle d'avoir une double pratique	Entretiens semi structurés avec des agents de santé choisis à cet effet	Jumpa et al. (*27*)
Prélèvement officieux d'honoraires et corruption	Étude des paiements directs pour des services de santé, officiels et officieux, en République de Géorgie	Entretiens approfondis et discussions de groupe avec des usagers et des prestataires	Belli, Gotsadze and Shahriari (*28*)
Motivation	Étude d'un large éventail de déterminants et des résultats de la motivation dans deux hôpitaux en Jordanie et deux en Géorgie	Analyse contextuelle, évaluation qualitative et analyse quantitative	Franco et al. (*29*)
	Évaluation des principaux facteurs de motivation pour les agents de santé et les cadres au Viet Nam	Discussions de groupe, entretiens approfondis et entretiens de sortie	Dieleman et al. (*30*)
	Évaluation du rôle des incitations non pécuniaires et de la culture professionnelle dans la motivation des agents de santé au Bénin et au Kenya	Entretiens semi structurés avec des médecins et des infirmières d'établissements publics, privés et non gouvernementaux en zone rurale	Mathauer and Imhoff (*31*)

Suite…

Suite du tableau

Sujet	Cible des études	Approche	Référence bibliographique
Affectation et fidélisation	Étude des obstacles au recrutement et à la fidélisation des infirmiers/ères dans l'État de New York (États-Unis d'Amérique)	Discussions de groupe	Brewer et al. (*32*)
Migrations internationales	Comprendre les raisons de l'émigration des personnels du secteur de la santé au Malawi	Entretiens approfondis et discussions de groupe	Muula and Maseko (33)
	Comprendre les mobiles et l'expérience des personnels de santé indiens qui émigrent pour travailler dans des hôpitaux du Royaume-Uni de Grande Bretagne et d'Irlande du Nord	Entretiens approfondis sur une période de six mois	Robinson and Carey (*34*)
	Expérience d'infirmières immigrées dans des hôpitaux du Royaume-Uni	Entretiens approfondis	Hardill and MacDonald (*35*)
	Perceptions et opinions de personnes associées au recrutement et à l'accueil des immigrés en provenance de pays en développement	Entretiens approfondis avec des directeurs d'hôpitaux et des infirmières étrangères	Troy, Wyness and McAuliffe (*36*)
Schémas de qualité/pratique	Étude de la manière dont les problèmes liés à l'organisation, l'insécurité professionnelle et d'autres facteurs contribuent au défaut de soins aux patients et à la mauvaise prise en charge clinique en Afrique du Sud	Entretiens approfondis structurés au minimum et discussions de groupe avec des patients et des membres du personnel	Jewkes, Abrahams and Mvo (*37*)
	Évaluation de la situation et analyse de la médiocrité des soins dans cinq capitales d'Afrique de l'ouest	Observation des participants jointe à des entretiens approfondis, des visites de terrain et des discussions de groupe	Jaffré et Olivier de Sardan (*20*)
	Évaluation des changements liés aux modes de prescription et à la qualité des soins associés à l'adoption du paiement à l'acte au Ghana	Entretiens approfondis et discussions de groupe	Asenso-Okyere et al. (*38*)
Exercices diagnostiques de grande ampleur	Étude de l'expérience des agents de santé dans le domaine des soins de santé primaires en Tanzanie en termes de motivation, de satisfaction et de frustration	Discussions de groupe et entretiens approfondis	Manongi, Marchant and Bygbjerg (*39*)
	Étude des performances et des problèmes liés au marché de l'emploi pour les médecins et les infirmières en Éthiopie	Entretiens avec des informateurs clefs et discussions de groupe avec des infirmières, des médecins et des utilisateurs des services	Lindelow et Serneels (*40*)
	Étude des performances et des problèmes liés au marché de l'emploi pour les médecins et les infirmières au Rwanda, dont un examen axé sur les carrières et les performances dans le contexte du VIH/sida	Discussions de groupe avec des prestataires et des utilisateurs des services de santé et avec des personnes vivant avec le VIH/sida	Lievens and Serneels (*41*)

pas développée ici en raison de la méthodologie plus spécifique et des compétences différentes qu'elle requiert. Les références bibliographiques citées dans la note 1 de bas de page du présent chapitre renvoient à des informations complètes sur les techniques et les méthodes.

10.3.1 Quel type d'entretien ?

L'un des premiers points à déterminer est de savoir si les entretiens seront individuels ou collectifs. La principale différence réside dans l'interaction entre les personnes en présence. Les discussions de groupe, qui réunissent d'ordinaire de quatre à neuf personnes, permettent aux enquêteurs de réunir

Encadré 10.2 Les données issues des recherches qualitatives à l'appui des travaux quantitatifs : l'absentéisme en Éthiopie et au Rwanda

La plupart des travaux sur l'absentéisme réalisés à ce jour étaient quantitatifs, l'objectif étant de vérifier les spécifications établies par la théorie économique standard. Les recherches appliquées aux agents de santé sont d'ordinaire analytiques, et ce notamment parce que les cadres théoriques existants sur l'absentéisme semblent moins adaptés à l'étude des ressources humaines du secteur de la santé, en particulier dans les pays en développement.

Pour examiner cette question, deux études qualitatives ont été mises en oeuvre en Éthiopie et au Rwanda, sur la base de discussions de groupe de conception similaire. Ces études, dites de prérecherche, avaient pour objectif principal de fournir les informations devant alimenter les travaux quantitatifs futurs. Elles ont été financées par la Banque mondiale, la Fondation Bill & Melinda Gates et le Gouvernement norvégien.

Les études ont confirmé que la théorie existante ne fournit pas un cadre approprié pour analyser l'absentéisme chez les agents de santé dans ces deux pays. Il ressort des discussions de groupe que les corrélats de l'absentéisme prévus par la théorie (salaires, horaires de travail contractuels et coût attendu de la détection) affectent bien l'absentéisme comme l'indique la théorie, mais que leur importance relative semble dépendre du contexte national. Les études indiquent également que d'autres facteurs, comme l'accès à un deuxième emploi, la motivation intrinsèque, la mobilité professionnelle et les risques sanitaires perçus, expliquent pour une large part les niveaux d'absentéisme. Cela plaide par conséquent en faveur d'une révision de la théorie et de l'estimation empirique et pour la prise en compte de ces déterminants supplémentaires.

D'après : Adapté de Serneels, Lindelow and Lievens (*42*).

quantité de points de vue sur un sujet et d'étudier et de comparer les opinions des différents participants. Le chercheur peut aussi recueillir des données sur un large éventail de comportements en relativement peu de temps. L'un des risques, dans les discussions de groupe, est de voir certaines personnes dominer la discussion, tandis que d'autres s'abstiennent d'exprimer leurs idées parce qu'elles s'écartent de l'opinion dominante, ce qui peut conduire à un « faux » consensus.

Les entretiens individuels, face à face, laissent plus de place aux explications et à l'élargissement de la discussion avec chaque personne. L'environnement protégé et privé se prête aussi davantage à l'instauration d'un climat de confiance et d'ouverture, permettant éventuellement d'aborder des sujets tabou. Le chercheur peut en outre rattacher les résultats des discussions aux caractéristiques du répondant (expérience professionnelle ou origine socio-économique). Les entretiens individuels, en règle générale, sont plus faciles à gérer que les discussions de groupe. Toutefois, il peut se révéler problématique de canaliser une discussion individuelle, notamment si elle n'est pas structurée, d'où le risque de générer un important volume de données dont l'analyse demandera beaucoup de travail. Les entretiens individuels, en général, prennent aussi plus de temps et coûtent plus cher que les entretiens collectifs.[4]

Le Tableau 10.3 donne des indications sur l'opportunité de recourir à des entretiens collectifs par opposition à des entretiens individuels, compte tenu également des aspects logistiques et financiers (*43*). Une troisième possibilité, fréquemment utilisée, consiste à associer les deux méthodes, souvent le cas pour les recherches sur les personnels de santé (voir les illustrations dans le Tableau 10.2).

Les chercheurs doivent choisir en deuxième lieu le degré de structure de l'entretien ou de la discussion. L'Encadré 10.3 présente une brève description des types courants d'entretiens selon qu'ils sont plus ou moins structurés (*2,13,43,44*). Il n'y a en réalité pas de solution de continuité entre entretiens structurés et

4 Lorsque les entretiens individuels se déroulent avec des experts, on parle souvent d'« entretiens d'experts ». Ainsi, pour comprendre le contexte politique et institutionnel dans lequel opèrent les personnels de santé, il peut être utile d'interroger les autorités publiques aux niveaux national et du district, les représentants des associations de professionnels de la santé et des organisations non gouvernementales actives dans le secteur de la santé, ou d'autres responsables.

Tableau 10.3 Discussions de groupe ou entretiens individuels ?

Facteurs à prendre en compte	Utiliser les entretiens collectifs lorsque …	Utiliser les entretiens individuels lorsque …
Interaction de groupe	L'interaction entre les répondants peut accroître la richesse des réponses ou susciter des idées nouvelles et utiles	L'interaction de groupe a toutes les chances d'être limitée ou non productive
Pression du groupe ou des pairs	La pression du groupe ou des pairs aidera à remettre en cause les idées des répondants et à éclairer les opinions divergentes	La pression du groupe ou des pairs inhiberait les réponses et masquerait la signification des résultats
Sensibilité du sujet examiné	Le sujet n'est pas sensible au point d'amener les répondants à mesurer leurs réponses ou à retenir les informations	Le sujet est si sensible que les répondants refuseraient d'en parler ouvertement au sein d'un groupe
Etendue des questions à aborder ou profondeur des réponses individuelles	Il faut aborder un petit nombre de questions sur un sujet à propos duquel la plupart des répondants peuvent dire tout ce qu'ils ont à en dire en moins de 10 minutes	Il faut aborder un plus grand nombre de questions sur un sujet nécessitant des réponses individuelles plus approfondies
Besoin d'un guide à l'usage de l'enquêteur	L'état des connaissances permet de rédiger un guide utile sur le sujet	L'établissement du guide à l'usage de l'enquêteur pourra nécessiter sa modification après une série d'entretiens initiaux
Exigences logistiques	Un nombre acceptable de répondants cibles peuvent être réunis en un même lieu	Les répondants sont dispersés ou difficiles à réunir
Coût et formation	La situation doit être modifiée rapidement et les fonds sont limités	Le changement n'est pas urgent et le budget permet des dépenses accrues
Disponibilité de personnel qualifié pour mener les entretiens	Les animateurs des groupes cibles sont capables d'endiguer et de gérer les discussions de groupe	Les enquêteurs savent écouter avec bienveillance et compétence

D'après : Adaptation de Frechtling, Sharp and Westat (*43*).

Encadré 10.3 Types d'entretiens qualitatifs selon leur degré de structure

Entretien structuré ou normalisé. Ce type d'entretien repose sur un script qui contient en principe un certain nombre de questions prédéfinies posées successivement à la personne interrogée. Les mêmes indications étant données à toutes les personnes interrogées, leurs réponses peuvent être regroupées en un ensemble fiable, ce qui est souvent le principal but recherché. Des données aux fins de l'analyse quantitative peuvent aussi être recueillies, notamment lorsque les réponses sont précodées.

Entretien semi structuré. L'expression désigne une grande variété de cas mais surtout les entretiens dont le script inclut une série de questions qui, contrairement aux entretiens structurés, ne sont pas nécessairement posées dans l'ordre ; l'enquêteur dispose aussi en général d'une certaine latitude pour poser d'autres questions prolongeant des réponses jugées importantes. Les réponses fournies ne sont pas circonscrites et l'attention porte davantage sur les arguments développés par la personne interrogée.

Entretien non structuré. L'enquêteur ne dispose en principe que d'une liste de sujets ou de questions, souvent appelée guide à l'usage de l'enquêteur ou aide-mémoire, qu'il ou elle s'attend à couvrir pendant l'entretien. Les interrogations sont en général de type informel et le libellé et l'ordre des questions varieront d'un entretien à l'autre.

D'après : Adaptation de Bryman (*2*), Denscombe (*13*), Frechtling, Sharp and Westat (*43*) and Atkinson (*44*).

entretiens non structurés. Le principal facteur qui les distingue est la marge laissée aux répondants pour exprimer et développer leur point de vue, et à l'enquêteur pour orienter la discussion. Si l'objectif est la richesse et la profondeur des données sur des sujets méconnus, le script devra être moins structuré. Le risque est d'obtenir des données qui seront moins comparables entre les répondants. De plus, moins l'entretien est structuré, plus l'enquêteur doit être compétent et expérimenté, comme ce sera ensuite le cas pour la personne qui analysera les données.

La discussion de groupe, discussion semi structurée sur un ensemble défini de sujets, constitue un entretien collectif à part. Le script de l'entretien, en l'occurrence, sert principalement d'aide mémoire, la principale technique associant l'incitation et l'investigation. Les questions incitatives sont une manière neutre d'ouvrir la discussion sur un sujet, par une suggestion, sans imposer d'idées préétablies, tandis que l'investigation vise à susciter des réponses plus approfondies.

La rédaction préalable du script dans sa totalité témoignera de la transparence dans laquelle a été conçue la recherche. L'Encadré 10.4 présente un extrait de script pour des discussions de groupe avec des agents de santé en Éthiopie.[5] Il commence par une question incitative sur d'éventuels problèmes de performances parmi les personnels de santé suivie d'interrogations plus poussées sur la motivation, l'emploi du temps, les institutions du marché de l'emploi et la corruption. Le script ayant principalement servi de liste de contrôle, les sujets ont en général été examinés dans l'ordre où ils se sont présentés, mais le script a aidé à orienter la discussion et à obtenir des données plus approfondies (les questions incitatives s'appuyant sur des informations issues d'un rapide examen préparatoire de la documentation). D'autres techniques classiques d'investigation et d'incitation – rester silencieux, répéter la question, répéter les derniers mots prononcés par un interlocuteur, proposer un exemple ou demander d'en citer un, demander une précision ou plus de détail – ont aussi été utilisées, même si elles n'apparaissent pas dans le script.

Le fait de consigner par écrit le script dans son intégralité présente en outre l'avantage de faciliter la reproduction des entretiens, ce qui peut être utile pour comparer les résultats obtenus dans différents contextes. Ainsi, avec un script similaire et une recherche de conception identique, les agents de santé en Éthiopie ont accepté d'évoquer les pratiques frauduleuses comme l'absentéisme, les facturations illicites, le chapardage de matériel, le vol de médicaments et l'exercice privé dans le secteur public, contrairement aux personnels de santé au Rwanda, moins enclins à reconnaître ces abus. Après plus ample interrogation, les agents de santé ont toutefois admis l'existence de pratiques frauduleuses, mais en estimant qu'elles étaient généralement circonscrites, peu fréquentes et moins répandues que par le passé. Des propos représentatifs sont rapportés dans l'Encadré 10.5. L'analyse comparative indique que les pratiques frauduleuses sont moins répandues au Rwanda qu'en Éthiopie et les données offrent aussi des explications à cela. Le système de santé au Rwanda est caractérisé par un meilleur système de suivi et de responsabilisation (les agents communautaires, par exemple, sont associés à la gestion des établissement de santé), un mécanisme de rémunération basé sur les performances est en cours d'adoption (encourageant en outre un encadrement réciproque) et les sanctions sont appliquées avec plus de rigueur.

10.3.2 Sélection des participants

Contrairement aux recherches quantitatives, où la représentativité est la principale préoccupation pour la conception de l'échantillon, l'objectif majeur de la sélection des participants dans la recherche qualitative est l'inclusion de personnes bien informées sur un problème, et ayant des opinions et des expériences très diverses. Grâce à cela, les entretiens qualitatifs sont informatifs et fournissent des données d'une grande richesse (*2,13*). Le choix des participants pour les discussions de groupe soulève d'autres questions liées à la dimension de chaque groupe, au nombre de groupes, à la dynamique interne des groupes et la diversité souhaitée des profils des participants au sein d'un groupe.

Le choix de la taille des groupes dépend de savoir si une discussion animée est préférable ou au contraire un échange plus intime. Si les discussions au sein de groupes plus importants sont souvent plus animées, les groupes plus restreints se prêtent mieux à l'examen de sujets sensibles. Pour des raisons de comparabilité et de transparence, il est souhaitable d'utiliser des groupes de même taille tout au long de l'étude.

Les groupes devront être suffisamment nombreux pour inclure tous les participants qui ont des points de vue différents reposant sur des informations appropriées. D'autres groupes peuvent aussi être ajoutés jusqu'à ce que les réponses soient raisonnablement prévisibles. Ce scénario n'est peut-être pas réaliste dans la mesure où le nombre des groupes de discussion

5 Le script dans son intégralité, qui peut être obtenu sur demande, contenait les sections suivantes (avec la durée souhaitée entre parenthèses en minutes) : Introduction et préparation (10') ; Formation professionnelle, recrutement et parcours professionnels (30') ; Contrats, indemnités, allocations et activités économiques extérieures (20') ; Satisfaction professionnelle, motivation, et performances (30') ; Impact du VIH/sida (10') ; Formation d'autres personnes (10') ; et, enfin, Remerciements, paiement et signature (10')

Encadré 10.4 Extrait d'un script pour un entretien semi structuré dans une étude qualitative sur les personnels de santé en Éthiopie et au Rwanda

SATISFACTION PROFESSIONNELLE, MOTIVATION ET PERFORMANCES

Délai imparti : 30' Heure du début : ...

Incitation :

Dans de nombreux pays, les usagers se plaignent des services de santé. Ils trouvent souvent par exemple que les agents de santé manquent de motivation, qu'ils ne consacrent pas le temps qu'ils devraient à leur travail, qu'ils ne sont pas très compétents, et que parfois même ils s'adonnent à des activités frauduleuses – vol de médicaments et de matériel et surfacturation. Comment voyez-vous la situation en Éthiopie ?

- Commençons par la question de la **motivation** ...

  Questions à approfondir

  Êtes-vous d'avis que la plupart des agents de santé sont satisfaits de leur travail ?

  Pourquoi pensez-vous que certains agents de santé sont mécontents de leur travail ?

  - salaire, manque de matériel

  Pensez-vous qu'il existe un solide engagement à dispenser des soins de qualité ?

  Quelle est à votre avis la principale source de motivation des personnels de santé :

  - l'argent et les avantages ?
  - les activités et les responsabilités professionnelles ?

  L'engagement des personnels de santé diffère-t-il, à votre avis, selon le secteur (privé, à but lucratif, à but non lucratif) ? Pourquoi ?

  (…)

- Passons à **la corruption et aux comportements délictueux ...**

  Questions à approfondir

  Dans quelle mesure estimez-vous qu'il existe un problème de corruption dans le secteur de la santé ?

  - utilisation de matériel à des fins privées
  - surfacturation
  - vol/détournement de médicaments et d'autre matériel

  Pourquoi, à votre avis, ces problèmes se posent-ils ?

  Quelles mesures sont prises dans votre établissement pour réduire ces problèmes ?

  Quel type de mesures disciplinaires ont été adoptées et sont-elles appliquées ?

D'après : Les auteurs.

est souvent fixé pendant la conception de l'étude. Un autre aspect à prendre en compte est l'homogénéité des groupes. L'homogénéité au plan du statut social, par exemple, est un souci courant. En effet, l'interaction entre des participants de statut social très différent pourra être moins productive. Dans le cas des personnels de santé, il semble préférable d'avoir des groupes distincts pour chaque catégorie professionnelle. C'est là un aspect important pour les recherches qui portent sur des questions sensibles comme l'absentéisme, le vol ou tout autre comportement prohibé. Les personnels inscrits dans une relation hiérarchique (infirmières et médecins, par exemple) n'oseront vraisemblablement pas exposer ouvertement leurs opinions.

Encadré 10.5 Propos extraits d'entretiens qualitatifs en Éthiopie et au Rwanda

La corruption est apparue et s'est largement propagée au cours de ces dix dernières années. La corruption existe maintenant chez les gens quel que soit leur niveau d'études et dans tous les domaines.

— Praticien médecal dans une ville de province en Éthiopie

J'ai travaillé dans une pharmacie privée. Les médicaments entrent illégalement et nous en connaissons l'origine ... ils viennent d'établissements publics.

— Aide-soignante dans une ville de province en Éthiopie

Les personnels mal payés peuvent être soudoyés ... C'est humain et il n'y a pas de mal à encourager cela parce que des personnes qui travaillent dans d'autres établissements de services, l'approvisionnement en eau, par exemple, font payer des services gratuits.

— Médecin à Addis-Abeba (Éthiopie)

Il est arrivé que des patients versent plus que la somme enregistrée mais nous avons découvert la plupart des cas. Je sais aussi que certains ont été licenciés à cause des irrégularités sur le registre.

— Agent de santé auxiliaire à Kigali (Rwanda)

J'ai vu un malade donner 1000 francs à une infirmière. A son air effrayé, il était évident qu'elle n'avait pas l'habitude d'une telle pratique.

— Client d'un service de santé à Kigali (Rwanda)

Les agents de santé ne vendent plus des médicaments subtilisés dans le centre de santé. Cela appartient au passé. Peut-être dans les zones rurales, mais pas ici en ville.

— Client d'un service de santé à Kigali (Rwanda)

D'après : Les auteurs.

Une autre question se pose enfin, celle de savoir comment assurer une dynamique à l'intérieur d'un groupe et quel degré de diversité d'opinion est souhaité dans un groupe. Pour une dynamique de groupe constructive, en règle générale, les participants ne devraient pas se connaître. L'argument inverse a cependant aussi été avancé lorsque le sujet examiné est tabou et qu'une discussion ouverte entre participants qui ne se connaissent pas peut être inconfortable. Kitzinger (*45*), par exemple, étudiant le VIH/sida, a délibérément choisi des personnes qui se connaissaient pour obtenir une discussion « aussi naturelle que possible ». Mais les hypothèses que partagent les participants, en l'occurrence, sont souvent passées sous silence (*18*).

Lorsque l'objectif de la recherche est de creuser une question, les données les plus intéressantes émanent de discussions au cours desquelles différents points de vue s'affrontent. Un bon moyen d'assurer la diversité des opinions entre les participants est de sélectionner les participants avec soin. Pour une étude des performances des personnels de santé et des choix de carrière, par exemple, il pourra être utile de tenir compte d'influences potentielles telles que le sexe, l'âge, la situation familiale (avec ou sans enfant), le secteur d'emploi (public, privé à but lucratif, confessionnel) et les activités professionnelles (un ou plusieurs emplois, par exemple). L'Encadré 10.6 présente la fiche de sélection des infirmières et des sages-femmes utilisée en Éthiopie. Des fiches identiques ont été établies pour les médecins, les aides infirmières et les usagers des services de santé.

La même approche peut être utilisée pour des entretiens individuels. Une fois définis les critères et les caractéristiques pour la sélection, les participants sont choisis sur cette base. Dans ce cas, l'intérêt des données vient de la comparaison, lors de l'analyse, des opinions de personnes de milieux différents.

10.3.3 Conception de l'étude et collecte des données : comment accroître la validité et la fiabilité

Les modalités de la collecte et de l'analyse des données influent sur les résultats d'une étude. Il existe désormais une abondante documentation sur la meilleure manière d'aborder les questions de la validité et de la fiabilité (*46–49*).[6] L'accent est mis ici sur des problèmes concrets dont il faut tenir compte dans la planification d'une étude qualitative avec des agents de santé.

6 La validité peut apparaître comme le souci concernant l'intégrité des conclusions de la recherche, la fiabilité ayant trait au degré de stabilité d'une mesure (pour plus d'informations voir Guba and Lincoln (*46*), LeCompte and Goetz (*47*), Lincoln and Guba (*48*) et Mason (*49*)). La validité et la fiabilité peuvent être affectées par de nombreux facteurs, et notamment par les objectifs de l'étude. Des questions plus pratiques comme le budget disponible ainsi que la motivation et le contrôle de l'organisme financier, jouent aussi un rôle.

Encadré 10.6 Critères de sélection pour des groupes de discussion de huit participants sur les performances et les choix de carrière des infirmières et des sages-femmes en Éthiopie

Critères de sélection :

- Cinq infirmières ; tous ayant effectué au moins deux années d'études en soins infirmiers après le secondaire ; au moins deux hommes, au moins deux femmes
- Trois sages-femmes ; au moins un homme, au moins une femme
- Deux femmes au moins sont mères
- Deux hommes au moins sont pères
- Deux participants au moins ont un emploi dans le secteur privé tout en travaillant dans le secteur public de la santé
- Deux participants au moins travaillent exclusivement dans le secteur privé à but lucratif
- Un participant au moins travaille dans le secteur privé à but non lucratif
- Un participant au moins travaille exclusivement dans le secteur public (sans emploi dans le secteur privé de la santé)
- Aucun des participants ne doit être très timide (pour participer à une discussion de groupe de ce type)
- Les participants ne doivent pas se connaître ni travailler dans le même établissement

D'après : Les auteurs.

- **Position du chercheur.** La participation du chercheur à la collecte et à l'analyse des données est un élément central de la recherche qualitative. Il est avéré que le sexe, l'âge et l'origine ethnique de l'enquêteur influent sur les réponses des personnes interrogées (*13*). Cela peut avoir des incidences profondes sur la validité de l'étude. Dans les études appliquées sur les personnels de santé, les chercheurs eux-mêmes font souvent partie du système de santé qu'ils étudient. Des fonctionnaires et des personnels de santé du ministère sont souvent responsables de la mise en oeuvre, voire de l'intégralité de la conception et de la gestion, du projet de recherche. Cela risque de fausser les résultats. Un problème identique peut se poser lorsque les chercheurs sont perçus comme représentant les organismes donateurs associés au secteur. Ce biais lié à « l'effet de l'enquêteur » étant difficile à réparer, il doit être anticipé et la composition de l'équipe de recherche, ou les rôles joués par les chercheurs au sein de l'équipe, doivent être révisés le cas échéant.
- **Permission.** Les études sur les personnels de santé reposent d'ordinaire sur des entretiens avec des agents de santé cliniques et administratifs. En principe, les agents de santé veulent être sûrs que l'employeur a autorisé l'étude, notamment lorsque les entretiens ont lieu pendant les heures de travail. Une lettre du ministère de la santé, dans la plupart des cas, sera un élément nécessaire de l'autorisation, mais pas toujours suffisant – en particulier s'il s'agit d'un employeur privé.
- **Lieu, horaire et durée.** Le lieu, l'heure et la durée de l'entretien doivent être aussi commodes que possible pour les enquêtés. Le site de l'entretien doit favoriser une atmosphère privée, à l'abri de tout dérangement. Le lieu de travail – souvent un établissement de santé ou le ministère de la santé – peut convenir, sauf lorsque des questions sensibles comme l'absentéisme ou la corruption sont incluses dans l'entretien, ou lorsque les agents de santé sont invités à donner leur avis sur des aspects à propos desquels ils ne partagent pas l'avis de leurs employeurs. L'acoustique du lieu est importante si l'entretien est enregistré. Le bruit de la pluie sur une toiture métallique ou de la circulation dans une rue passante peut provoquer un bruit de fond rendant les enregistrements inaudibles.
- **Compensation.** Si les frais liés à la participation à l'entretien sont insuffisamment couverts, les participants risquent de ne pas se présenter ou de ne pas

participer activement. Une compensation disproportionnée peut en revanche susciter un comportement stratégique, par exemple des réponses destinées à plaire à l'enquêteur. Le coût du transport pour se rendre à l'entretien, au minimum, devrait être remboursé. Pour les autres paiements, il est conseillé de demander conseil aux praticiens locaux. Dans un contexte où les salaires sont considérés comme insuffisants, par exemple, de nombreux agents de santé ont l'habitude de recevoir des incitations financières pour participer à des séminaires, des stages de formation et des recherches. Les incitations financières peuvent également être remplacées ou complétées par des rétributions non financières comme de la nourriture, des boissons ou des cadeaux. Elles contribueront peut-être aussi à détendre l'atmosphère et le fait d'offrir à boire avant le début de l'entretien peut aider à faire passer le temps en attendant l'arrivée de tous les participants. Quelle que soit la décision prise, il est important d'informer les participants des modalités fixées avant que l'entretien commence.

- **Confidentialité.** L'anonymat et la confidentialité sont des éléments importants compte tenu de leur effet potentiel sur la sincérité des répondants. Si les participants soupçonnent que leurs réponses peuvent les dénoncer dans les résultats finals de l'étude, ils pourraient être moins enclins à s'exprimer franchement. Aussi la garantie de la confidentialité et de l'anonymat est-elle un élément clef de la collecte de données de qualité. A titre d'illustration, l'Encadré 10.7 donne l'extrait d'un script contenant l'introduction à un groupe de discussion avec des personnels de santé au Rwanda. Les modalités de remboursement des frais de déplacement et la rétribution financière versée pour la participation à l'étude avaient été réglées avant les entretiens par une tierce personne spécialement chargée de la sélection des participants.
- **Aptitude à mener des entretiens.** De même que le chercheur participe activement à la production et à l'analyse des données qualitatives, et ce d'autant plus que le script de l'entretien est moins structuré, la qualité d'une étude est largement déterminée par l'expérience, les compétences et la perspicacité de l'animateur. Outre la maîtrise des techniques de gestion des discussions, la connaissance du sujet examiné est indispensable à l'obtention de données de qualité (voir par exemple Hurley (*50*)).

10.3.4 Enregistrement et analyse des données

Les options les plus courantes pour ce qui est de l'enregistrement des données sont la prise de notes et l'enregistrement sonore. Les notes peuvent être prises pendant ou après l'entretien, cette dernière solution étant plus discrète. Mais les données dépendant alors entièrement de la mémoire du chercheur, ordinairement sujette à la partialité et la sélectivité, l'enregistrement sonore (avec l'accord des participants) est la technique la plus utilisée.[7] Une autre méthode consiste à enregistrer l'entretien sur vidéo. Si cette technique peut mettre les participants mal à l'aise au début, l'effet négatif sur l'ouverture et la sincérité disparaît souvent une fois la discussion engagée. L'enregistrement vidéo permet de relier les réponses aux caractéristiques individuelles. Les données ancrées dans les images peuvent aussi être utilisées de manière créative, par exemple pour déterminer la mesure dans laquelle l'attention d'un médecin est centrée sur les malades. Les enregistrements, tant audio que vidéo, permettent à d'autres chercheurs de disposer des données brutes. Mais la question se pose de savoir si les chercheurs peuvent respecter leur engagement de traiter les données de manière anonyme et confidentielle. Les possibilités toujours plus nombreuses de copiage et de transfert de fichiers numériques nécessitent la mise en place de sauvegardes renforcées, comme la protection des dossiers au moyen de mots de passe et l'engagement écrit exigé des autres chercheurs concernant le respect de l'anonymat des participants. La politique de base pour protéger la confidentialité consiste à assurer l'anonymat des données par l'utilisation d'identifiants numériques uniques renvoyant à une base de données distincte contenant les informations personnelles, de sorte que ceux qui analysent les données n'ont pas automatiquement accès à l'identité des participants.

Une fois les données enregistrées sur support vidéo ou audio, les entretiens sont transcrits littéralement[8] et, si besoin est, traduits.[9] Cette version écrite de l'entretien est nécessaire pour une analyse approfondie, et elle peut servir aux analyses assistées par un logiciel, technique examinée plus en détail ultérieurement. Que

7 Même dans le cas d'un enregistrement audio, le chercheur prend souvent des notes pendant l'entretien, soit pour aider à orienter la discussion soit pour fixer des informations supplémentaires – par exemple, ancrées dans la gestuelle et la physionomie des enquêtés.

8 Les enregistreurs numériques produisent aujourd'hui des fichiers sonores de qualité qui peuvent être écoutés sur un ordinateur, ce qui facilite la transcription. La transcription manuelle des entretiens reste le moyen le plus fiable car les logiciels de reconnaissance vocale existants se limitent à une voix et ils ne semblent pas encore assez précis pour la transcription de discussions de groupe ni même d'entretiens individuels. Des logiciels de ce type n'existent encore que dans quelques langues et la reconnaissance de termes spécialisés reste problématique.

9 Vu le risque de voir perdre ou modifier une partie des données au cours de la traduction, la précision est importante. Une solution consiste à retraduire le texte dans la langue de départ pour faire apparaître tout écart éventuel par rapport à l'original.

Encadré 10.7 Extrait de la présentation aux participants à une discussion de groupe au Rwanda

Bonjour. Nous tenons tout d'abord à vous remercier d'avoir accepté de participer à cette discussion de groupe. L'objectif du débat est d'améliorer notre connaissance des ressources humaines dans le secteur de la santé au Rwanda et de savoir quels sont les problèmes et les opportunités pour les agents de santé. La discussion d'aujourd'hui s'inscrit dans le cadre d'une étude élargie sur une politique des ressources humaines applicable aux personnels de santé au Rwanda. L'étude est financée par la Banque mondiale et approuvée par le Ministère de la Santé. Si vous le souhaitez, nous pouvons vous lire la lettre d'acceptation du Secrétaire général.

L'objectif immédiat de notre réunion est de donner la parole aux agents de santé pour qu'ils disent eux-mêmes comment ils perçoivent différents aspects de leur activité professionnelle. Nous souhaitons avoir avec vous une discussion ouverte et honnête sur différents aspects du travail dans le secteur de la santé. Nous sommes ici pour vous écouter et nous informer.

La discussion se déroulera de la manière suivante. [*Nom*] et moi-même dirigerons les débats. Nous avons préparé plusieurs sujets sur lesquels nous vous demanderons votre opinion.

Il est très important que vous exprimiez sans retenue le fond de votre pensée. Soyez aussi ouverts, directs et sincères que possible. Vos déclarations devront s'appuyer sur votre expérience et vos observations réelles. Il est important que nous sachions comment la situation se présente réellement et non ce qu'elle devrait être. N'hésitez pas non plus à dire si vous ne partagez pas l'avis exprimé par un autre participant.

Nous tenons à rappeler que vos déclarations et vos opinions personnelles ne seront communiquées à personne en dehors de cette salle. Pour garantir l'anonymat des participants à la présente discussion, vos noms ne seront pas relevés. Compte tenu des autres discussions prévues, vos avis et les opinions exprimées par d'autres s'équilibreront.

Vous noterez par ailleurs que la discussion sera enregistrée. En effet nous ne voulons rien perdre de ce que vous direz. Aucun compte rendu de vos propos ne sera toutefois rendu public en liaison avec l'un ou l'autre de vos noms. Les résultats paraîtront simplement comme le rapport d'une discussion avec « un groupe d'agents de santé ».

Pour finir, la durée prévue de la discussion est de deux heures environ et vous serez dédommagés pour votre déplacement, votre temps et votre coopération à la fin de la discussion.

Y a-t-il des questions ou des observations ?

D'après : Les auteurs.

l'analyse soit réalisée manuellement ou à l'aide d'un logiciel spécialisé, l'approche de base est la même.

Dans un premier temps, l'analyste recense les thèmes principaux dans les transcriptions, en ciblant les questions évoquées fréquemment ou régulièrement, qui retiennent plus particulièrement l'attention ou au sujet desquelles les opinions exprimées dans les entretiens divergent systématiquement. Pour cela, il inscrit d'ordinaire les codes (qui renvoient aux thèmes) à côté des transcriptions et les compare visuellement. Le chercheur compare les groupes de texte codés en parcourant les transcriptions puis il rassemble les thèmes en thèmes principaux et thèmes secondaires. Les données textuelles sont ultérieurement structurées en matrices, avec une colonne pour chaque groupe de discussion ou chaque personne, et des rangs pour les différents thèmes et thèmes secondaires. Avec un programme de traitement de texte, il est possible de créer des matrices en déplaçant le texte des transcriptions par la technique du copier-coller. La méthode de la matrice facilite les comparaisons entre les groupes et les personnes et à l'intérieur des groupes, tout en évitant une structuration excessive. Elle permet aussi l'émergence des questions et des opinions telles qu'elles ont été exprimées par les participants, sans requérir trop d'interprétation de la part du (des) chercheur(s). L'Encadré 10.8 contient un extrait d'une analyse matricielle de données recueillies au moyen de discussions de groupe en Éthiopie. La matrice contient

Encadré 10.8 Analyse matricielle des données issues de discussions de groupe en Ethiopie

	Aides-soignants	Personnel infirmier et sages-femmes	Médecins et praticiens paramédicaux
Comment ils perçoivent le secteur public	La principale différence entre le public et le privé est le paiement et la possibilité pour les patients de payer les services médicaux nécessaires. On ne travaille pas dans de bonnes conditions de sécurité, le matériel médical et les fournitures manquent. Il arrive que le personnel soit obligé de stériliser les gants pour les réutiliser alors que dans les établissements privés, ils sont jetables. Les fournitures médicales dans le secteur public sont très inadéquates. (...)	Je travaille dans le secteur public. Le salaire ne compense pas le travail que nous faisons. Dans les établissements privés, les salaires sont satisfaisants et il n'y a pas beaucoup de travail. Le problème, dans le privé, est que si les patrons trouvent quelqu'un d'autre, ils vous remplacent. Dans les services publics, nous travaillons pour l'ensemble de la population. Il manque beaucoup de choses. Les salaires des travailleurs sont insuffisants. Je travaille dans le privé, on est bien payé. Les avantages – pension, assurance-maladie et sécurité de l'emploi – sont de bonnes raisons pour travailler dans les établissements publics. (...)	La difficulté actuelle dans le secteur public est l'absence de mesures incitatives, le manque de perspectives de carrière, etc. Les médecins, dans le public, sont insuffisamment rétribués pour leur travail. Je ne dirais pas qu'ils sont tous surchargés. D'après mon expérience, le volume de travail n'est pas vraiment le problème. Je ne trouve pas que le personnel soit surchargé dans les établissements publics. Dans le privé on peut avoir trois interventions au maximum par jour. Le problème est qu'il faut arriver à l'heure et partir à l'heure ; on est bien payé. En plus, le nombre des établissements privés où l'on peut exercer est limité. Certains ne veulent pas risquer d'être sans travail. Les relations ne sont pas bonnes entre les propriétaires des établissements et le reste de la profession, faute d'expérience. (...)

D'après : Les auteurs.

les propos de trois groupes professionnels différents sur le secteur public.

Si les données sont analysées à l'aide d'un logiciel spécialisé, la première étape est l'attribution d'un identifiant composite aux données liées à chaque entretien (par exemple « Médecins urbains Éthiopie » correspondant au titre de la dernière colonne de la matrice présentée dans l'Encadré 10.8). L'étape suivante est l'attribution d'au moins un code, mais en principe plusieurs, à chaque partie cohérente du texte, ou à des propos rapportés complets (ces codes correspondent aux thèmes principaux et secondaires de la matrice).

Les avantages d'une analyse réalisée au moyen d'un logiciel apparaissent immédiatement à l'évidence car elle permet d'utiliser les codes avec plus de souplesse. Il est par exemple facile d'attribuer plusieurs

Encadré 10.9 Enregistrement, transcription, codage et analyse : illustration tirée d'une étude sur les personnels de santé au Rwanda

Dix discussions de groupe ont été organisées dans le cadre de l'étude sur les personnels de santé au Rwanda. Elles ont été enregistrées sur support numérique, à raison d'un fichier audio par discussion. Les fichiers ont été transcrits, à raison de 10 à 15 pages par compte rendu. Si la discussion s'est déroulée en kinyarwanda, elle a été traduite en français. L'analyse a été réalisée au moyen du logiciel d'analyse qualitative, *QSR NVivo 2.0,* qui se caractérise par la facilité du codage des données et ses fonctions qui permettent de visualiser différents échantillons de données. Toutefois, il ne permet pas une présentation des données en matrice qui donnerait une vue d'ensemble.

Toutes les transcriptions ont d'abord été codées : un code a été attribué à chaque élément (propos rapporté). Au total, 35 codes ont été utilisés, signe du vaste intérêt de l'étude. Exemples de codes : *vocation, milieu rural opposé à milieu urbain, sortie du secteur de la santé, satisfaction professionnelle, rémunération, absentéisme, corruption*. Différents codes pouvaient être attribués à un même propos rapporté dès lors qu'il concernait plusieurs thèmes à la fois, ce qui a permis d'examiner les associations entre les propos rapportés. Au total, 1203 propos ont été examinés.

D'après : Les auteurs.

codes au même propos rapporté, mais aussi de réviser toute structure hiérarchique des codes. La conception des codes dépend en partie de la question de savoir si la recherche est exploratoire, auquel cas un codage ouvert est utilisé, ou s'il s'agit de vérifier une théorie, et le chercheur utilise alors principalement des codes préétablis. Comme pour la méthode manuelle, les codes sont réorganisés tout au long de l'analyse à mesure que s'éclairent les données. La phase suivante de la recherche consiste à reconnaître les schémas qui se dessinent entre les données codées. L'analyse au moyen d'un logiciel est plus souple dans la mesure où le codage est facilité, et une fois le codage achevé, les données peuvent être extraites ou associées de différentes manières au moyen des codes. Cela permet également un degré plus avancé d'analyse par l'observation des schémas que révèlent les données. Des propos rapportés pouvant se voir attribuer plusieurs codes, on peut examiner l'association entre les codes, ou la simultanéité de certaines questions. Un inconvénient possible est le coût du démarrage lié à l'apprentissage du logiciel. Il se peut donc que le recours à un logiciel pour l'analyse soit moins attrayant pour des petits projets indépendants. L'Encadré 10.9 donne un exemple pratique d'analyse basée sur un logiciel.

Mesures possibles pour s'assurer de la fiabilité et de la validité de l'analyse finale :

- Les recherches qualitatives s'intéressant essentiellement aux points de vue des participants, on pourra accroître la validité des résultats d'une étude en soumettant les résultats aux participants et en intégrant leurs réactions dans les conclusions de la recherche.
- La mise par écrit des hypothèses qui sous-tendent l'étude et des informations contextuelles aide les lecteurs et les utilisateurs potentiels à évaluer la mesure dans laquelle les résultats de la recherche pourront être comparés à un autre contexte.
- La fiabilité interne – ou la mesure dans laquelle d'autres chercheurs tireraient les mêmes conclusions – peut être accrue par l'inclusion d'un audit des méthodes de collecte et d'analyse des données pour détecter d'éventuelles sources de biais. Une méthode plus intensive consiste à faire coder les mêmes données qualitatives par différents chercheurs, notamment dans le cas d'un codage libre, et à comparer les résultats obtenus.

10.3.5 Rapports

Les données utilisées dans les recherches qualitatives revêtant la forme d'un texte, il peut être difficile de présenter les résultats d'une façon aisément assimilable. Il est tentant d'inclure un trop grand nombre de citations dans le rapport final et la règle d'or, pour le chercheur, est donc de ne conserver qu'une petite partie des propos qu'il, ou elle, *souhaiterait* rapporter. Une solution peut être de faire la « synthèse des citations » après l'analyse mais avant d'établir le rapport. Un tel document peut contenir jusqu'à 10 citations par thème, et il peut aider à choisir les propos les plus appropriés qui seront utilisés dans le rapport et l'exposé ultimes. Les propos sont en principe choisis parce qu'ils ressortent du lot et qu'ils illustrent un thème important de la

discussion. L'augmentation du nombre des citations ne contribue pas nécessairement à convaincre davantage le lecteur. Dans le rapport final, les propos les plus pertinents sont intégrés dans le texte ou présentés dans des Encadrés qui ressortent du texte principal.

Un autre aspect important des rapports sur les recherches qualitatives est la place qu'il convient d'accorder à la description des techniques utilisées. La présentation transparente et précise de la méthodologie de l'étude moyennant l'inclusion des scripts et des fiches de sélection des participants, la signalisation des problèmes liés à la mise en oeuvre et la description des modalités d'analyse accroîtra la confiance des lecteurs dans les résultats ; cela rendra aussi possible la reproduction de l'étude dans un autre contexte.

10.4 Résumé

Le présent chapitre a montré que les techniques qualitatives pouvaient contribuer dans une mesure importante à améliorer notre connaissance des difficultés et des politiques liées aux personnels de santé. Ces techniques sont particulièrement adaptées lorsqu'il s'agit de comprendre un environnement complexe et d'élaborer et d'affiner des hypothèses (qui peuvent être vérifiées par des recherches quantitatives), et de définir ce qu'il convient de mesurer et de s'y atteler. L'augmentation du nombre des recherches qualitatives sur les agents de santé témoigne de l'intérêt qu'elles présentent. De nombreuses études allient différentes méthodes qualitatives : les plus couramment utilisées sont les entretiens individuels et les discussions de groupe, l'observation des participants, troisième option, étant moins utilisée. Nombreuses sont aussi celles qui complètent une étude quantitative, soit en aidant à déchiffrer des énigmes posées par des recherches quantitatives ou en préparant une enquête quantitative.

La mise en oeuvre des recherches qualitatives ne va pas sans de nombreuses difficultés méthodologiques et pratiques. C'est pourquoi on s'est efforcé, dans le présent chapitre, de fournir des conseils pratiques sur la conception et l'exécution de recherches qualitatives. Il est important à cet égard de retenir que, pour produire des données de qualité, l'étude doit être préparée et mise en oeuvre avec soin. Si les méthodes qualitatives ont des faiblesses inhérentes – principalement le manque d'objectivité dû à la participation du chercheur à la production et l'interprétation des données – elles peuvent être palliées pour une large part au niveau de la conception de l'étude. Le fait de décrire de manière transparente la méthode appliquée (par exemple en incluant les scripts, la sélection des participants et la méthode d'analyse) accroît la crédibilité des résultats de l'étude, aspect encore négligé dans de nombreuses études, et permet aussi de reproduire les études dans un contexte différent. Un deuxième aspect à retenir est que les recherches qualitatives ne doivent pas être envisagées isolément. La conjugaison de différentes méthodes renforce la validité des résultats des études et le haut niveau de complémentarité des méthodes qualitatives et quantitatives milite en faveur de leur association.

On jugera de la valeur des futures recherches qualitatives sur les ressources humaines pour la santé à leur utilité pour la réorientation des politiques. Les politiques relatives aux ressources humaines dans le secteur de la santé ont en général privilégié la planification du travail – en s'appuyant sur l'hypothèse que les agents de santé sont compétents, mus par la volonté de servir le public, mais passifs dans leurs choix de carrière. Actuellement, les personnels de santé sont de plus en plus considérés, à l'instar d'autres professionnels, comme réagissant délibérément aux incitations de leur environnement, et essayant de trouver l'équilibre entre leur bonheur personnel et celui de leur famille et le souci des patients. Aussi les recherches sur les personnels de santé incluent-elles de plus en plus l'élément marché de l'emploi, utilisant davantage de concepts et d'idées issues de l'économie du travail et des personnels, comme l'illustrent des études récentes sur la satisfaction professionnelle (*51*), la participation des femmes au marché de l'emploi (*52*) et la conception des organisations et la prise des décisions (*53*), et l'intérêt croissant pour l'économie en tant que discipline dans l'utilisation des méthodes qualitatives (voir par exemple Bewley (*54*)). Vu le déficit de connaissances sur les marchés de l'emploi des agents de santé, et compte tenu de leur complexité institutionnelle, les techniques de recherche qualitative seront utilisées principalement dans les premières étapes de cette nouvelle voie de recherche sur les personnels de santé. Les recherches qualitatives étayées par une conception soigneuse et des méthodes solides seront un puissant outil à l'appui de ces travaux et d'autres lignes de recherches novatrices sur les personnels de santé.

Bibliographie

1. Becker HS. The epistemology of qualitative research. In: Jessor R, Colby A, Shweder RA, eds. *Ethnography and human development: context and meaning in social inquiry*. Chicago, University of Chicago Press, 1996.
2. Bryman A. *Social research methods*. Oxford, Oxford University Press, 2001.
3. Bryman A, Burgess RG, eds. *Analyzing qualitative data*. New York, Routledge, 1994.
4. Denzin NK, Lincoln YS, eds. *The SAGE handbook of qualitative research*, 3rd ed. London, Sage Publications, 2005.
5. Flick U, ed. *The SAGE qualitative research kit*. Thousand Oaks, CA, Sage Publications, 2007.
6. Greene JC. Qualitative program evaluation: practice and promise. In: Denzin NK, Lincoln YS, eds. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA, Sage Publications, 1994.
7. Seale C. Quality in qualitative research. *Qualitative Inquiry*, 1999, 5(4):465–478.
8. Silverman D. *Doing qualitative research: a practical handbook*, 2nd ed. London, Sage Publications, 2005.
9. Silverman D. *Interpreting qualitative data*, 3rd ed. London, Sage Publications, 2006.
10. Walker R. *Applied qualitative research*. Aldershot, Gower Publishing Company, 1985.
11. Wolcott HF. *Writing up qualitative research*, 3rd ed. Thousand Oaks, CA, Sage Publications, 2008.
12. Holland J, Campbell J. *Methods in development research: combining qualitative and quantitative approaches*. Bourton Hall, IDTG Publishing, 2005.
13. Denscombe M. *The good research guide: for small-scale social research projects*. Buckingham, Open University Press, 1998.
14. Tesch R. *Qualitative research: analysis types and software tools*. New York, Falmer Press, 1990.
15. Hammersley M. The relationship between qualitative and quantitative research: paradigm loyalty versus methodological eclecticism. In: Richardson JTE, ed. *Handbook of research methods for psychology and the social sciences*. Leicester, BPS Books, 1996.
16. Bryman A. Quantitative and qualitative research strategies in knowing the social world. In: May T, Williams M, eds. *Knowing the social world*. Buckingham, Open University Press, 1998.
17. Halfpenny P. The analysis of qualitative data. *Sociological Review*, 1979, 27(4):799–825.
18. Morgan DL. Practical strategies for combining qualitative and quantitative methods: applications for health research. *Qualitative Health Research*, 1998, 8(3):362–376.
19. *Q-squared: combining qualitative and quantitative approaches in poverty analysis*. Centre for International Studies (http://www.q-squared.ca/, accessed 25 January 2009).
20. Jaffré Y, Olivier de Sardan JP. *Une médecine inhospitalière: les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'ouest*. Paris, Karthala, 2003.
21. McPake B, Asiimwe A, Mwesigye F et al. Informal economic activities of public health workers in Uganda: implications for quality and accessibility of care. *Social Science and Medicine*, 1999, 49(7):849–865.
22. Ferrinho P, Omar MC, Fernandes MD et al. Pilfering for survival: how health workers use access to drugs as a coping strategy. *Human Resources for Health*, 2004, 2:4 (http://www.human-resources-health.com/content/2/1/4, accessed 25 January 2009).
23. Kyaddondo D, Whyte SR. Working in a decentralized system: a threat to health workers' respect and survival in Uganda. *International Journal of Health Planning and Management*, 2003, 18(4):329–342.
24. Israr SM, Razum O, Ndiforchu V, Martiny P. Coping strategies of health personnel during economic crisis: a case study from Cameroon. *Tropical Medicine and International Health*, 2000, 5(4):288–292.
25. Gruen R, Anwar R, Begum T et al. Dual job holding practitioners in Bangladesh: an exploration. *Social Science and Medicine*, 2002, 54(2):267–279.
26. Ferrinho P, Van Lerberghe W, Julien MR et al. How and why public sector doctors engage in private practice in Portuguese-speaking African countries. *Health Policy and Planning*, 1998, 13(3):332–338 (http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/13/3/332, accessed 25 January 2009).
27. Jumpa M, Jan S, Mills A. The role of regulation in influencing income-generating activities among public sector doctors in Peru. *Human Resources for Health*, 2007, 5:5 (http://www.human-resources-health.com/content/5/1/5, accessed 25 January 2009).
28. Belli P, Gotsadze G, Shahriari H. Out-of-pocket and informal payments in health sector: evidence from Georgia. *Health Policy*, 2004, 70(1):109–123.
29. Franco LM, Bennett S, Kanfer R, Stubblebine P. Determinants and consequences of health worker motivation in hospitals in Jordan and Georgia. *Social Science and Medicine*, 2004, 58(2):343–355.
30. Dieleman M, Cuong PV, Anh LV, Martineau T. Identifying factors for job motivation of rural health workers in north Viet Nam. *Human Resources for Health*, 2003, 1:10 (http://www.human-resources-health.com/content/1/1/10, accessed 25 January 2009).
31. Mathauer I, Imhoff I. Health worker motivation in Africa: the role of non-financial incentives and human resource management tools. *Human Resources for Health*, 2006, 4:24 (http://www.human-resources-health.com/content/4/1/24, accessed 25 January 2009).
32. Brewer CS, Zayas LE, Kahn LS, Sienkiewicz MJ. Nursing recruitment and retention in New York State: a qualitative workforce needs assessment. *Policy, Politics and Nursing Practice*, 2006, 7(1):54–63.

33. Muula AS, Maseko FC. How are health professionals earning their living in Malawi? *BMC Health Services Research*, 2006, 6:97 (http://www.biomedcentral.com/1472–6963/6/97, accessed 25 January 2009).

34. Robinson V, Carey M. Peopling skilled international migration: Indian doctors in the UK. *International Migration*, 2000, 38(1):89–108.

35. Hardill I, MacDonald S. Skilled international migration: the experience of nurses in the UK. *Regional Studies*, 2000, 34(7):681–692.

36. Troy PH, Wyness LA, McAuliffe E. Nurses' experiences of recruitment and migration from developing countries: a phenomenological approach. *Human Resources for Health*, 2007, 5:15 (http://www.human-resources-health.com/content/5/1/15, accessed 25 January 2009).

37. Jewkes R, Abrahams N, Mvo Z. Why do nurses abuse patients? Reflections from South African obstetric services. *Social Sciences and Medicine*, 1998, 47(11):1781–1795.

38. Asenso-Okyere WK, Osei-Akoto I, Anum A, Adukonu A. The behaviour of health workers in an area of cost sharing: Ghana's drug cash and carry system. *Tropical Medicine and International Health*, 1999, 4(8):586–593.

39. Manongi RN, Marchant TC, Bygbjerg IC. Improving motivation among primary health care workers in Tanzania: a health worker perspective. *Human Resources for Health*, 2006, 4:6 (http://www.human-resources-health.com/content/4/1/6, accessed 25 January 2009).

40. Lindelow M, Serneels P. The performance of health workers in Ethiopia: results from qualitative research. *Social Science and Medicine*, 2006, 62(9):2225–2235.

41. Lievens T, Serneels P. *Synthesis of focus group discussions with health workers in Rwanda*. World Bank Research Report. Washington, DC, World Bank and Rwanda Ministry of Health, 2006.

42. Serneels P, Lindelow M, Lievens T. Qualitative research to prepare quantitative analysis: absenteeism among health workers in two African countries. In: Amin S, Das J, Goldstein M, eds. *Are you being served? New tools for measuring service delivery*. Washington, DC, World Bank, 2008 (http://go.worldbank.org/F6KIIC0700, accessed 25 January 2009).

43. Frechtling J, Sharp Westat L, eds. *User-friendly handbook for mixed method evaluations*. Arlington, VA, National Science Foundation, 1997 (http://www.nsf.gov/pubs/1997/nsf97153/start.htm, accessed 25 January 2009).

44. Atkinson R. *The life story interview*. Qualitative Research Methods Series, volume 44. London, Sage Publications, 1998.

45. Kitzinger J. Understanding AIDS: researching audience perceptions of acquired immune deficiency syndrome. In: Eldridge J, ed. *Getting the message: news, truth and power*. London, Routledge, 1993.

46. Guba EG, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. In: Denzin NK, Lincoln YS, eds. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA, Sage Publications, 1994.

47. LeCompte MD, Goetz JP. Problems of reliability and validity in ethnographic research. *Review of Educational Research*, 1982, 52(1):31–60.

48. Lincoln YS, Guba E. *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA, Sage Publications, 1985.

49. Mason J. *Qualitative researching*, 2nd ed. London, Sage Publications, 2002.

50. Hurley RE. Qualitative research and the profound grasp of the obvious. *Health Services Research*, 1999, 34(5 part 2):1119–1136 (http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1089056&blobtype=pdf, accessed 25 January 2009).

51. Bitsch V, Hogberg M. Exploring horticultural employees' attitudes toward their jobs: a qualitative analysis based on Herzberg's theory of job satisfaction. *Journal of Agricultural and Applied Economics*, December 2005.

52. Kwagala B. Integrating women's reproductive roles with productive activities in commerce: the case of businesswomen in Kampala, Uganda. *Urban Studies*, 1999, 36(9):1535–1550.

53. Friebel G, Panova E, Shaw K. Insider privatization and careers: a study of a Russian firm in transition. In: Bender S, Lane J, Shaw K et al., eds. *The analysis of firms and employees: quantitative and qualitative approaches*. Chicago, University of Chicago Press, 2008.

54. Bewley TF. *Why wages don't fall during a recession*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1999.

11 Analyse et synthèse des informations sur les ressources humaines pour la santé provenant de sources multiples : études de cas

GUSTAVO NIGENDA, JOSÉ ARTURO RUIZ, CHRISTOPHER H HERBST,
AARUSHI BHATNAGAR, KRISHNA D RAO, INDRANI SARAN, SHOMIKHO RAHA

11.1 Introduction

Pour suivre et évaluer la performance des systèmes de santé, les décideurs, administrateurs de programmes, partenaires pour le développement et autres acteurs concernés doivent de plus en plus disposer de chiffres actuels et fiables sur les personnels de santé. Or le suivi des ressources humaines pour la santé (RHS) peut s'avérer complexe. Selon la source des données et la méthode d'ajustement utilisée pour corriger les insuffisances éventuelles des données, les effectifs estimatifs, l'éventail des compétences et d'autres caractéristiques des RHS peuvent varier. Les données devraient de préférence provenir d'un système d'information sur la santé complet et harmonisé couvrant tous les personnels formés ou employés à promouvoir, protéger ou améliorer la santé des populations, et précisant la nature des compétences acquises ou utilisées. Mais les sources de données qui alimentent ces systèmes manquent souvent de cohésion ou sont incomplètes, risquant ainsi de fausser les résultats. Les méthodes utilisées pour mesurer la dynamique des personnels de santé restent malheureusement très en-deçà de la demande d'informations et de données factuelles.

Comme décrit au chapitre 3 du présent manuel, plusieurs sources peuvent fournir des données convenant à l'analyse des RHS, et notamment les recensements et les enquêtes en population et dans les établissements, les dossiers administratifs et les études qualitatives. L'association de différentes sources, en fournissant des données de meilleure qualité sur les caractéristiques des personnels de santé, peut contribuer à dresser un tableau beaucoup plus équilibré (*1*). Il vaut mieux rapprocher des données issues de sources différentes que se limiter à une seule source d'informations. En dépendant d'une source unique on court davantage le risque de faire reposer les décisions sur des statistiques incomplètes ou subjectives (*2*).

Une stratégie de triangulation – examen croisé et synthèse des données disponibles sur un thème central entre plusieurs sources, au moyen de différentes méthodes – peut être appliquée pour évaluer et pallier les écarts possibles dans la couverture, la classification et la publication des informations. Cette démarche peut aider à étayer la prise des décisions sur la politique et les programmes à mettre en oeuvre lorsqu'il existe plusieurs sources de données (ce qui est souvent le cas dans les analyses relatives aux RHS). Tandis que les recherches simples visent à accroître au maximum la rigueur scientifique par la validité interne, la triangulation a pour objet d'optimiser les décisions en matière de santé publique avec les informations disponibles. L'utilisation optimale des sources de données existantes au moyen de la triangulation permet de cerner rapidement la situation et de prendre sans délai des décisions fondées sur des bases factuelles.

Trois études de cas sont présentées dans ce chapitre sur les utilisations de la triangulation pour les analyses RHS avec des exemples d'applications dans des pays au revenu faible ou intermédiaire. Les données et les dimensions méthodologiques des approches de la triangulation sont examinées. Des études de cas du Mexique, de l'Inde et de la Zambie sont utilisées pour établir s'il est possible d'extraire des données permettant de mesurer un indicateur spécifique des éléments mesurables des RHS provenant de différentes sources d'informations, examiner comment la triangulation peut servir à juger la fiabilité des informations disponibles, et déterminer comment de nouvelles informations peuvent être extraites au moyen de la triangulation de données entre différents types de sources.

11.2 Identification de sources d'informations potentielles et leur utilisation aux fins de l'évaluation d'indicateurs de la participation au marché du travail dans le domaine de la santé au Mexique

Les personnels de santé, vu le large éventail de leurs activités et selon leur niveau d'intégration dans le marché du travail, constituent un groupe hétérogène. Il n'est pas toujours aisé de mesurer la dynamique des personnels de santé mais il existe également des moyens pratiques de générer des mesures précises à partir de sources statistiques ordinaires. Contrairement à la population générale, les personnels de santé constituent en général un groupe d'agents très qualifiés pour lesquels le niveau et le domaine d'études sont souvent étroitement liés à la nature de l'emploi. La conception de politiques factuelles en matière de RHS nécessite une évaluation constante des écarts potentiels entre la formation scolaire des agents de santé et leur situation et activités professionnelles actuelles (*3*).

Au Mexique, il existe différentes sources pour évaluer le nombre des professionnels de la santé et leur situation professionnelle, à savoir : le recensement général de la population et de l'habitat (*Censo General de Población y Vivienda*) et l'enquête nationale sur l'emploi (*Encuesta Nacional de Empleo*). Un recensement est effectué tous les dix ans par l'Office central de statistique (*4*). Le recensement de 2000 couvrait plusieurs sujets liés à la formation et aux activités sur le marché du travail (Tableau 11.1). Un dénombrement à mi-parcours recueille en outre des informations auprès d'un échantillon représentatif de la population entre deux recensements. Le dernier dénombrement (2005) n'incluait cependant aucune question sur le domaine d'études ni sur l'activité économique, et n'a donc pas fourni les informations requises pour l'analyse des personnels de santé. Le dénombrement précédent (1995) avait recueilli certains données utiles, mais des différences de formulation entre le questionnaire et le recensement ont empêché de comparer les chiffres de certains indicateurs entre ces deux sources. Il s'est notamment révélé impossible de suivre l'évolution dans le temps du domaine de formation.

Comme de nombreux pays, le Mexique procède régulièrement à des enquêtes sur la population active, ce qui permet d'actualiser les données sur l'activité des personnels de santé (*5*). L'enquête mexicaine sur l'emploi

Tableau 11.1 Questions relatives à la formation et l'activité économique incluses dans le recensement national de la population et les dénombrements effectués entre les recensements, Mexique, 1995–2055

Source Indicateur	Décompte de la population et de l'habitat, 1995	XII[e] Recensement de la population et de l'habitat, 2000	Décompte de la population et de l'habitat, 2005
Niveau d'études	Années d'études scolaires du répondant. Choix entre neuf réponses possibles.	Années d'études scolaires du répondant. Choix entre huit réponses possibles.	Années d'études scolaires du répondant. Choix entre dix réponses possibles.
Domaine d'études	s.o.	Intitulé de la filière (pour les répondants ayant fait de longues études). Question ouverte.	s.o.
Activité économique	Participation à la population active au cours de la semaine précédente. Choix entre neuf réponses possibles.	Participation à la population active au cours de la semaine précédente. Choix entre huit réponses possibles.	s.o.
Profession	Intitulé de la profession. Question ouverte.	Intitulé de la profession. Question ouverte.	s.o.
	Nature des activités ou tâches professionnelles. Question ouverte.	Nature des activités ou tâches professionnelles. Question ouverte.	s.o.
Branche d'activité économique	Lieu d'activité par type. Choix entre huit réponses possibles.	Lieu d'activité par type. Question ouverte.	s.o.
	Activité économique principale sur le lieu de travail. Question ouverte.	Activité économique principale sur le lieu de travail. Question ouverte.	s.o.

s.o. : Sans objet (pas d'informations recueillies)

D'après : Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (*4*).

a lieu tous les trimestres depuis 1988, recueillant par exemple des données sur les caractéristiques socio-démographiques de la population (niveau et domaine d'études inclus), l'activité économique (participation au sein de la population active, emploi, profession, secteur industriel) et les conditions de travail (revenu, indemnités, horaires de travail).

Les questions relatives à la formation et à l'activité économique incluses dans le recensement et l'enquête sur l'emploi permettent d'évaluer, en s'appuyant sur les deux sources, le nombre des médecins, cadres infirmiers et autres professionnels de la santé dans le pays, et leur situation au plan de l'emploi. Parmi les personnels ayant actuellement un emploi, il est possible d'évaluer le type d'activités dont ils s'acquittent et de savoir si ces activités correspondent à leur domaine d'études. Les données disponibles permettent aussi d'estimer le nombre des personnes ayant effectué des études liées à la santé mais n'exerçant pas une activité formelle (travail à domicile, à la retraite, mauvaise santé).

De telles informations sont utiles pour mesurer le gaspillage de RHS, à savoir les ressources humaines qualifiées qui, bien qu'en âge de participer à la population active, n'ont pas un emploi satisfaisant, qu'elles soient au chômage ou qu'elles exercent une activité sans rapport avec leur formation (*6*). Sous l'angle du renforcement des systèmes de santé, l'impossibilité dans laquelle se trouvent des personnes qualifiées de mettre en pratique les compétences spécifiques acquises par leur formation représente une perte d'investissement social, public ou privé en ne profitant ni à la population ni à ces agents. Les personnes formées à la prestation de services de santé qui n'exercent pas pour diverses raisons (capacité d'absorption du marché insuffisante, motivation personnelle) appartiennent à diverses catégories :

- Personnes en sous-emploi : personnes ayant achevé leur formation officielle qui ont actuellement un emploi mais s'acquittent d'activités sans rapport avec leur formation, tels des professionnels de la santé qualifiés travaillant en dehors des services de santé, ce qui constitue une utilisation inadéquate de leurs compétences professionnelles. Cette notion correspond à la définition du sous-emploi par l'Organisation internationale du Travail qui caractérise les personnes en situation d'emploi inadéquat, qu'il s'agisse des normes en vigueur ou d'un autre emploi, compte tenu de leurs compétences professionnelles (*7*).[1]
- Personnes sans emploi : personnes faisant activement pression sur le marché du travail à la recherche d'un emploi ou attendant la réponse à un acte de candidature (pendant une période de référence, par exemple la semaine précédant la collecte des données). La définition peut aussi être étendue aux personnes à la recherche d'un emploi en dehors du secteur économique structuré.
- Personnes inactives mais éligibles au marché du travail : personnes ne recherchant pas actuellement un emploi mais qui remplirait les conditions requises pour travailler au vu de leurs compétences, de leur âge et de leurs aptitudes. Sont incluses les personnes ayant choisi de se retirer du marché du travail pour des motifs personnels (dans l'immédiat ou à long terme), et notamment celles qui se consacrent au travail à domicile.
- Personnes inactives et inéligibles : personnes non disponibles ou incapables de travailler, par exemple parce qu'elles sont à la retraite, étudient, souffrent d'un handicap limitant les possibilités de travail ou pour d'autres raisons.

Le Tableau 11.2 donne des résultats de deux sources différentes sur les indicateurs du gaspillage de personnels de santé au Mexique (*8*). Les micro-données, ou les données recueillies auprès des personnes interrogées, utilisées émanent du dernier recensement de population et de l'enquête nationale sur l'emploi correspondant à la même période (troisième trimestre 2000). Les indicateurs, qui concernent les médecins et les cadres infirmiers, ont été calculés au moyen des mêmes définitions propres aux deux sources de données. Bien que la même méthode ait été utilisée, des différences sensibles sont observées dans le nombre total des médecins (supérieur de 20 % environ pour l'enquête par rapport au recensement), les indicateurs relatifs à la population active donnés par les deux sources (en pourcentages) étant généralement homogènes.

Pour ce qui est des cadres infirmiers, contrairement au cas des médecins, l'enquête donne un effectif total inférieur de 7 % aux chiffres du recensement, et l'asymétrie des indicateurs de la participation à la population active est plus sensible. La différence entre les taux d'emploi chez les infirmières, par exemple, est de 9 points de pourcentage selon les sources, et de quelque 6 points de pourcentage chaque pour les taux de sous-emploi et de chômage.

Les écarts observés entre les indicateurs estimatifs de l'activité des professionnels de la santé donnés par les deux sources de données au Mexique pourront être imputés à des différences aux plans de l'échantillonnage, de la formation des enquêteurs et superviseurs

1 Le sous-emploi peut également être évalué, non pas à la lumière des compétences mais selon un critère de durée, comme dans le cas de professionnels de la santé employés dans des services de santé mais ayant travaillé moins qu'un seuil relatif à la durée du travail (par exemple un nombre d'heures inférieur à celui qui est considéré dans un pays comme un travail à plein temps).

Tableau 11.2 Effectif et distribution des médecins et des cadres infirmiers selon leur situation sur le marché du travail, d'après les données du recensement et de l'enquête, Mexique, 2000

Source de données / Indicateur	Recensement		Enquête sur l'emploi	
	Nombre	%	Nombre	%
Médecins				
Employés	142 923	70	189 930	74
En sous-emploi	26 733	13	28 457	11
Au chômage	10 892	5	7 036	3
Travail domestique	7 895	4	14 556	6
Indisponibles	16 335	8	17 509	7
Total	**204 778**	**100**	**257 488**	**100**
Cadres infirmiers				
Employés	57 834	55	62 406	64
En sous-emploi	16 128	15	7 666	8
Au chômage	7 143	7	1 254	1
Travail domestique	16 971	16	19 530	20
Indisponibles	6 659	6	7 124	7
Total	**104 735**	**100**	**97 980**	**100**

Remarque : Les personnels en sous-emploi ont un diplôme universitaire en médecine ou en soins infirmiers mais effectuent un travail sans rapport avec leur formation. Les personnes indisponibles sont à la retraite, étudient ou souffrent d'un handicap limitant leurs capacités de travail. Certains chiffres ayant été arrondis, le total obtenu peut s'écarter légèrement des 100 %.

D'après : Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (*8*).

des opérations de collete de données, du codage des déclarations des répondants sur leur profession, de la saisie et du traitement des données, ou d'autres aspects méthodologiques.

Cette étude de cas montre aussi clairement que les sources statistiques habituelles, dans de nombreux pays, peuvent être un instrument d'analyse des RHS utile. Au Mexique, les données disponibles permettent de quantifier le concept essentiellement qualitatif de gaspillage de personnels de santé, contribuant ainsi à sensibiliser les décideurs à l'ampleur des problèmes liés aux RHS et à aider les pouvoirs publics à formuler des recommandations (*6*). Malgré les obstacles perçus à l'accès de certaines couches de la population à des agents de santé qualifiés, les données montrent qu'il existe simultanément dans le pays un grand nombre de prestataires qualifiés qui ne dispensent pas des services de santé. Bien que limitée aux médecins et aux cadres infirmiers, la présente analyse pourrait être étendue à d'autres groupes professionels, voire à d'autres pays où les termes du questionnaire de ces sources sont similaires.

Il est important d'évaluer les données, et de les ajuster lorsqu'elles présentent des insuffisances, pour valider les sources d'informations sur les RHS à l'appui des politiques et de la planification. Les contrôles croisés présentés ici sont donnés à titre d'information mais ils ne peuvent servir de base à une évaluation formelle ni à un ajustement des chiffres publiés. La répétition de cet exercice lors de recensements successifs ou dans plusieurs pays contribuera vraisemblablement à améliorer les méthodes d'estimation et d'évaluation. Au Mexique, les options pour l'analyse temporelle étaient réduites, l'utilisation d'instruments différents pour les recensements et pour les dénombrements effectués dans l'intervalle ayant limité les possibilités de calcul d'indicateurs pertinents à partir de ces derniers. Les pays sont encouragés à rassembler et publier les informations disponibles, quelle qu'en soit la source, même si elles paraissent a priori de qualité incertaine. Cela pourrait ouvrir des perspectives, sinon perdues, pour la conception par les pays en développement de techniques d'évaluation et d'ajustement de ces données et leur permettre de retirer des enseignements d'une telle expérience.

11.3 Utiliser plusieurs sources d'informations pour des estimations optimales des personnels de santé en Inde

Dans la plupart des pays au revenu faible ou intermédiaire, les estimations relatives aux RHS publiées par les ministères de la santé et les organismes apparentés ont besoin d'être renforcées aux plans de l'exhaustivité, de la fiabilité et de la ponctualité. En Inde, l'obtention régulière d'informations sur les personnels de santé nationaux se heurte à plusieurs obstacles. Les rapports des organes de réglementation professionnels des états – sur lesquels reposent les statistiques officielles sur les personnels de santé – sont souvent inexacts faute d'ajustements pour tenir compte des décès, migrations ou départs à la retraite, ou en raison du double comptage d'agents enregistrés dans plusieurs états. De plus, tous les états n'ont pas le même système d'enregistrement, ce qui pose des problèmes de comparabilité ; le Conseil médical de Delhi exige par exemple la réenregistrement des médecins en exercice tous les cinq ans, ce qui n'est pas le cas des autres états. Enfin, certaines catégories d'agents de santé (chercheurs en sciences biomédicales, physiothérapeutes et techniciens de laboratoire) ne sont pas inclus dans les statistiques officielles, d'où la difficulté d'estimer l'effectif total des personnels de santé et sa composition (*9,10*).

Diverses sources de données disponibles dans la plupart des pays peuvent, comme il a été dit précédemment, fournir des informations utiles sur les paramètres des RHS. Dans la présente analyse, les chiffres estimatifs relatifs aux personnels de santé provenant de sources officielles et de sources statistiques standard (en population) sont vérifiées rigoureusement :

- Les statistiques officielles sur le nombre des médecins et des personnels infirmiers enregistrés provenaient des conseils médicaux et infirmiers de l'Inde (sur la base des rapports établis par leurs homologues dans les états et couvrant les secteurs public et privé) ; les autres statistiques sur les RHS étaient issues de divers rapports du ministère de la santé (*11–13*).
- Le décompte des personnels de santé de diverses catégories reposait sur le recensement indien de la population 2001, qui incluait des informations sur la profession auto-déclarée par chaque travailleur du pays (*14*). La présente analyse utilise un échantillon de microdonnées constitué de blocs d'énumération ruraux (20 %) et urbains (50 %) de tous les districts, soit quelques 300 millions de personnes, pondéré pour représenter l'ensemble de la population.
- Des estimations relatives aux personnels de santé de différentes catégories ont également été extraites de la tournée 2004–2005 d'une enquête quinquennale sur l'emploi et le chômage, réalisée par l'organisation nationale des enquêtes par sondage (*15*). L'enquête auprès des ménages représentative au plan national incluait l'activité principale auto-déclarée des personnes employées.

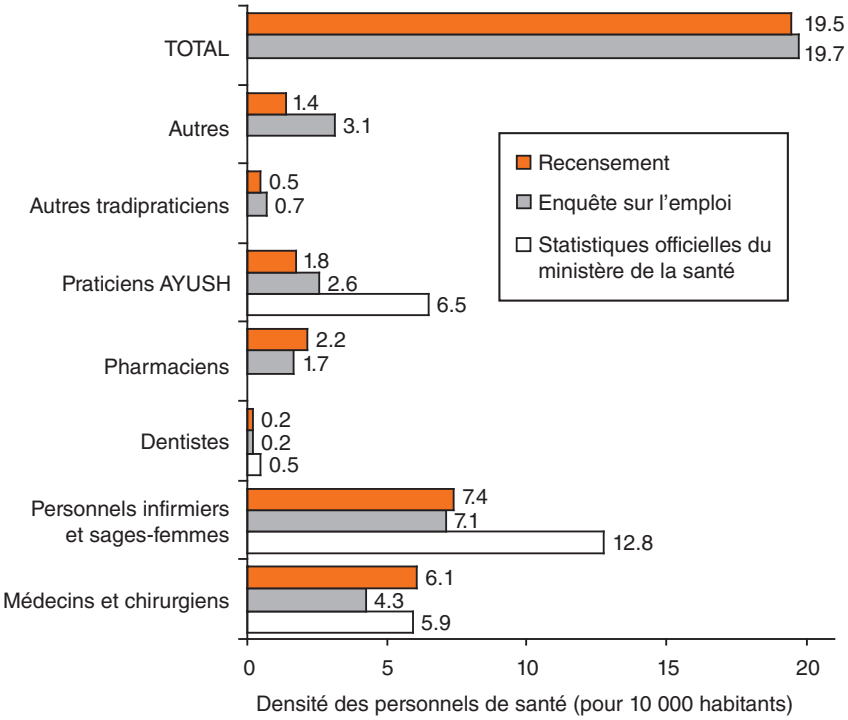
Des ajustements ont été opérés aux fins de la comparaison de l'enquête sur l'emploi et des estimations issues du recensement. Les estimations liées au recensement ont été enregistrées en mars 2001 tandis que l'enquête a été réalisée entre juillet 2004 et juin 2005. Dans l'hypothèse où les personnels de santé se développent dans les mêmes proportions que la population générale, les estimations issues du recensement ont été augmentées de 8 % pour tenir compte de l'accroissement démographique entre 2001 et 2005.

Les personnels de santé ont été identifiés dans le recensement et les échantillons de l'enquête sur l'emploi au moyen de la classification nationale des professions (*16*). Le recensement a utilisé la version la plus récente (2004) de la classification (NCO-04), tandis que l'enquête a utilisé les codes de 1968 (NCO-68). Dans les estimations présentées ici, les codes NCO-68 ont été convertis en NCO-04 sans guère de perte d'informations. Pour améliorer encore la comparabilité entre les deux, certaines catégories d'agents de santé ont été subdivisées ou regroupées. Les fonctions des infirmières et des sages-femmes étant souvent similaires, elles ont été regroupées en une même catégorie. Dans un petit nombre de cas où les informations professionnelles manquaient, des personnes employées ont été reconnues comme des personnels de santé d'après leur branche d'activité économique ou leurs diplômes professionnels.

Le dernier ensemble de catégories d'agents de santé pour lequel des estimations ont été établies incluait les personnels suivants : médecins et chirurgiens (praticiens de la médecine allopathique), personnels infirmiers et sages-femmes, dentistes, pharmaciens, praticiens AYUSH (ayurvéda, yoga, unani, sidha, homéopathie), autres tradipraticiens, et autres prestataires de services de santé (diététiciens, opticiens, assistants dentaires, physiothérapeutes, assistants et techniciens médicaux, autres personnels hospitaliers).

Comme le montre la Figure 11.1, les estimations officielles du ministère de la santé sont généralement supérieures à celles qui proviennent du recensement et de l'enquête et il est important de remarquer que ces deux dernières sources coïncident davantage. Les trois sources ont donné des chiffres très proches

Figure 11.1 Densité des personnels de santé par catégorie, selon la source de données, Inde 2005



D'après : Indian Nursing Council (*11*), Medical Council of India (*12*), Central Bureau of Health Intelligence (*13*), Census of India 2001 (*14*), National Sample Survey Organization 2004–2005 (*15*).

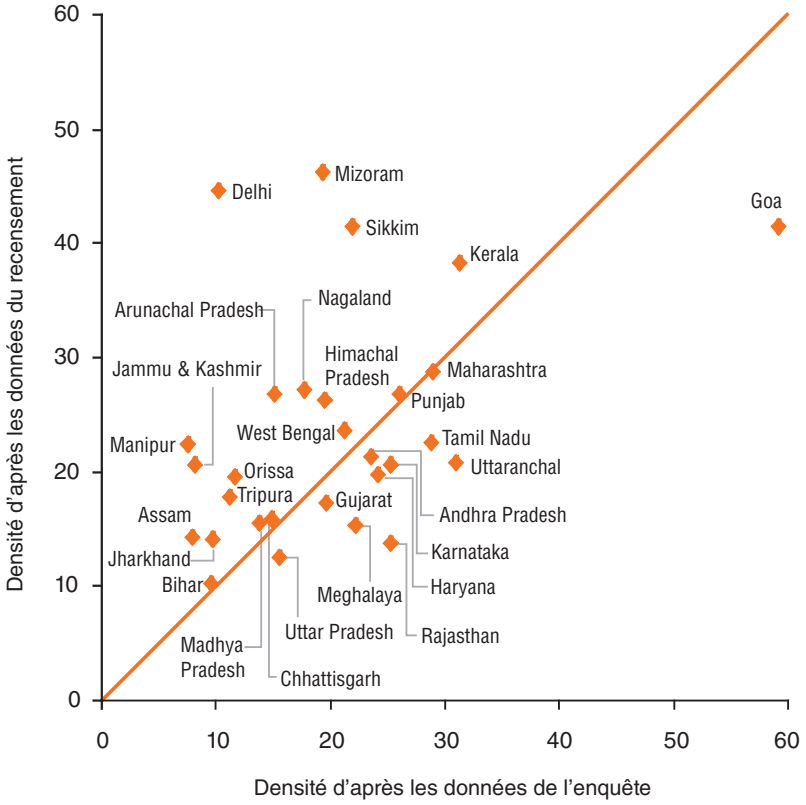
pour les médecins et les dentistes. Selon les estimations issues du recensement et de l'enquête sur l'emploi, l'Inde compte quelque 2,1 millions d'agents de santé, soit une densité d'environ 20 agents de santé pour 10 000 habitants. Aucune source administrative ne donnait de statistiques comparatives sur le nombre total d'agents de santé. Étaient également exclus de ces estimations environ 1,5 million d'agents de santé communautaires pour lesquels il n'existe pas de code professionnel distinct dans la classification actuelle (même si certains de ces agents peuvent-être assimilés aux personnels infirmiers et sages-femmes).

L'analyse plus approfondie des données du recensement et de l'enquête fait apparaître des écarts importants dans la densité des personnels de santé (toutes catégories confondues) des différents États indiens (Figure 11.2). Pour une majorité d'États, le recensement donne des estimations supérieures aux chiffres de l'enquête sur l'emploi. La dimension réduite de l'échantillon de celle-ci ne permet pas une ventilation fiable des estimations au niveau des États.

Les estimations des personnels de santé fondées sur les données du recensement et de l'enquête sur l'emploi présentent plusieurs avantages. Elles s'appuient sur des dénombrements de la population et évitent donc le problème du double comptage, couvrent un large éventail de professions de santé, sont disponibles pour toutes les régions du pays et posent moins de problèmes de comparabilité dans la mesure où elles utilisent des codes professionnels standard. Ces sources d'informations comportent aussi néanmoins certains inconvénients. Elles ne peuvent notamment pas fournir des estimations continues sur les personnels de santé, l'enquête sur l'emploi en Inde n'ayant lieu que tous les cinq ans et le recensement tous les dix ans.

En règle générale, le recensement apparaît comme la meilleure source disponible d'estimations relatives aux personnels de santé. La grande taille de l'échantillon de microdonnées utilisé ici – qui couvre tous les districts du pays et, à l'intérieur de chaque district, les zones urbaines et rurales – permet d'obtenir de solides estimations pour toutes les catégories de personnels de santé et par État. Dans l'exemple indien, on a vu que les estimations liées au recensement correspondaient bien dans l'ensemble aux estimations issues de l'enquête, signe de leur fiabilité.

Figure 11.2 Densité des personnels de santé (pour 10 000 habitants) d'après les données du recensement et d'après les données de l'enquête, par État, Inde 2005



D'après : Recensement de la population indienne 2001 (*14*), National Sample Survey Organization 2004-2005 (*15*).

11.4 Triangulation des données issues de deux sources différentes pour le suivi de l'absentéisme des personnels de santé et des travailleurs fantômes en Zambie

L'absentéisme chez les personnels de santé est cause d'inefficacité et d'inégalités sur le marché du travail lié à la santé dans de nombreux pays en développement. Comme pour d'autres dimensions de la crise des personnels de santé, les pouvoirs publics et les partenaires ont besoin de données et d'informations pertinentes pour s'atteler à ce problème et surveiller la situation. Insuffisamment utilisées la plupart du temps, les évaluations dans les établissements de santé sont un moyen idéal d'obtenir et de produire des informations et des bases factuelles sur diverses formes d'absentéisme chez les personnels. Pour calculer cet indicateur de la dynamique du travail, il suffit de recueillir quelques données supplémentaires, et de procéder ensuite à la triangulation des nouvelles données sur l'établissement avec les informations extraites des registres administratifs habituels (*17*).

L'absentéisme des personnels de santé revêt plusieurs formes différentes. Il convient de distinguer entre : i) l'absentéisme des personnels de santé enregistrés et généralement présents dans l'établissement mais absents à un moment donné (d'où le terme d'absentéisme) ; et ii) les agents de santé absents du lieu de travail, introuvables dans le tableau des effectifs mais qui figurent néanmoins sur les états de paie (d'où le terme de travailleurs fantômes). Dans le premier cas, il peut s'agir d'absences planifiées, dues à des voyages en mission ou des motifs personnels (les personnels sont absents à ce moment parce qu'ils travaillent à temps partiel, assistent à un stage ou une réunion, sont détachés, en vacances, en congé de maternité ou en congé parental), d'absences non planifiées (maladie ou autre urgence), d'un double emploi (la personne se trouve sur son autre lieu de travail) ou d'une absence non autorisée ou inexpliquée. Cette dernière option inclut la cessation de l'activité dans l'établissement (mais le maintien dans les états de paie) due au décès, à une maladie à long terme, voire à un acte frauduleux. Dans certains contextes, les travailleurs fantômes relèvent d'une stratégie des personnels de santé mécontents de leur rémunération ou de leurs conditions de travail.

La première exigence pour obtenir des informations fiables sur l'absentéisme et les travailleurs fantômes est la collecte de données primaires au moyen d'évaluations

réalisées dans les établissements, notamment sur les personnels de santé enregistrés au niveau des établissements (liste du personnel), les personnels censés être au travail lors de la collecte des données (tableau de service) et les personnels effectivement présents lors de la collecte des données (personnels dénombrés). Les sources administratives doivent également fournir des données à jour sur les personnels de santé figurant sur les états de paie (publics ou privés). Les indicateurs respectifs sont calculés comme suit :

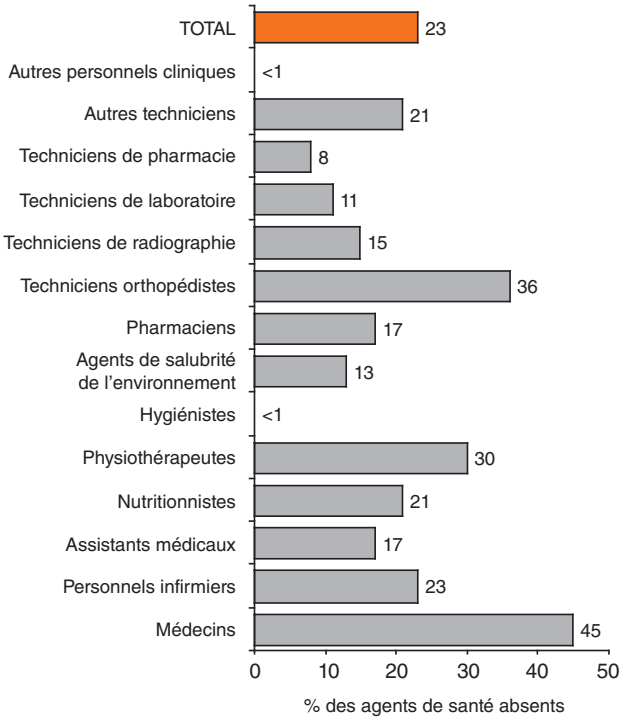
- absentéisme = personnels de santé d'un établissement figurant sur les tableaux de service moins les personnels effectivement dénombrés
- personnels fantômes = nombre des personnels de santé figurant sur les états de paie centraux moins les personnels enregistrés au niveau d'un établissement

Pour des instantanés de base sur l'absentéisme et les travailleurs fantômes, les données minimales requises sur les personnels des établissements pour les trois éléments (liste du personnel, tableau de service et personnels dénombrés) sont le nom, la profession, le numéro d'identification personnel et la source du salaire. A défaut du nom et de la catégorie professionnelle, les absents ne peuvent être recensés. Sans le numéro d'identification, le double comptage des personnels employés dans plusieurs établissements ne peut être évité. La source du salaire est indispensable pour la triangulation des données relatives à l'établissement avec les données des états de paie pour évaluer l'importance des travailleurs fantômes dans le système de santé. Au niveau de l'établissement, des informations sont également nécessaires sur les propriétaires, ou l'autorité qui gère l'établissement.

Le recensement des établissements de santé en Zambie a permis d'obtenir des données sur les personnels de santé censés être au travail lors de la visite effectuée dans l'établissement (figurant sur les tableaux de service) et les personnels effectivement présents (décomptés ou trouvés), donnant un aperçu temporel de l'absentéisme (Figure 11.3) (voir aussi au chapitre 7 l'exemple illustrant la situation au Kenya). La Figure 11.4 donne la proportion estimative des personnels fantômes dans les établissements de santé en Zambie.

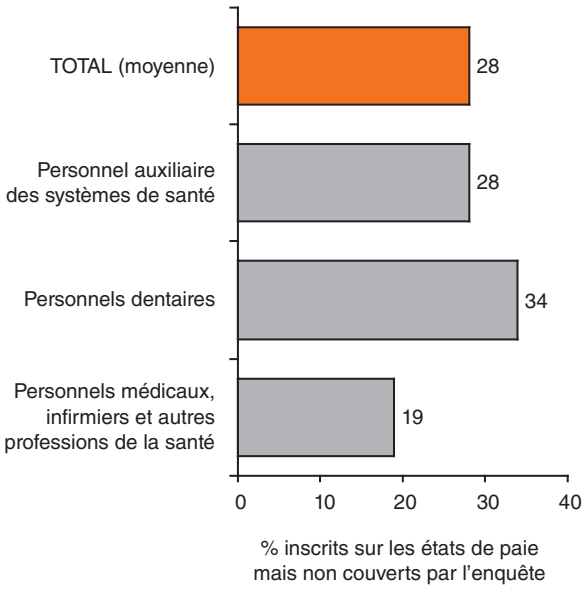
Malgré les mesures prises pour ajuster les données des établissements à la lumière des états de paie afin d'améliorer la comparabilité, un déficit d'informations non négligeable sur la source du salaire des agents de santé peut avoir faussé les calculs (*17*). Le calcul des indicateurs sur les personnels fantômes nécessite la triangulation des données relatives aux personnels

Figure 11.3 Pourcentage des personnels de santé des établissements figurant sur les tableaux de service mais introuvables le jour de l'évaluation, par catégorie, Zambie 2006



D'après : Herbst and Gijsbrechts (*17*).

Figure 11.4 Pourcentage des agents de santé inscrits sur les états de paie du Ministère de la Santé mais non enregistrés dans les établissements, Zambie 2006



D'après : Herbst and Gijsbrechts (*17*).

de santé par source de salaire – par opposition au secteur d'emploi – avec les états de paie. Si l'immense

majorité des personnels de santé trouvés dans les établissements du secteur public en Zambie figurent effectivement sur les états de paie du secteur public (hypothèse posée au cours de l'analyse), tel n'est pas nécessairement toujours le cas.

La production d'informations utiles sur l'absentéisme des personnels de santé (à un moment donné) et sur les personnels fantômes n'est possible que si les données sous-jacentes employées à cette fin sont recueillies et triangulées de manière satisfaisante (au moyen d'instruments et de techniques d'analyse bien conçus), mais correspondent aussi précisément à la réalité quotidienne du terrain. Pour réduire au maximum les biais potentiels, certains aspects doivent être pris en considération, et notamment le calendrier de la collecte des données dans les établissements : les instantanés de l'absentéisme pourront varier selon que les données sont recueillies au début ou à la fin d'une journée de travail, les niveaux d'absentéisme étant souvent plus élevés l'après-midi. Le fait d'annoncer préalablement la collecte des données aux décideurs responsables peut aussi fausser le tableau de l'absentéisme dans certains scénarios. Les chefs des établissements peuvent vouloir s'assurer de la présence des personnels car un absentéisme élevé peut témoigner d'une mauvaise gestion – ou, à l'inverse, ils peuvent souhaiter dénoncer les absents pour démontrer la nécessité de plans et de négociations en matière de ressources humaines.

Il n'y a pas de certitude au sujet de l'éventail des raisons aux absences observées des personnels à un moment donné qui explique les résultats de l'exercice de triangulation des données pour la Zambie. La méthode a inclus des comparaisons entre les personnels présents, sur la service du personnel ou sur les états de paie le jour de l'enquête. L'évaluation dans les établissements n'a toutefois pas inclus la collecte d'informations détaillées de nature à faire mieux comprendre la dynamique de l'absentéisme, telles la durée de l'absence ou ses bases sous-jacentes (par exemple, attendue ou imprévue). L'amélioration des systèmes habituels d'information pour la gestion des RHS, et notamment les mises à jour quotidiennes des programmes de dotation en effectif au niveau des établissements, aiderait à mieux cerner en permanence les comportements des personnels et leur efficacité.

11.5 Résumé et conclusions

Ce chapitre présente des études de cas sur la triangulation, ou l'examen croisé de plusieurs sources d'informations aux fins d'analyses approfondies des RHS. La triangulation est une stratégie efficace et économique qui utilise divers ensembles de données pour étudier une même question. Pour le suivi et l'évaluation des politiques et des programmes relatifs aux personnels de santé, il suffit rarement d'une seule source ou d'une seule méthode. Des cadres ont été formulés pour faciliter l'association logique de statistiques de différentes sources et pour différentes unités (*18*). Selon les types de données, de méthodes et d'approches, les résultats obtenus seront souvent différents. L'analyse de ces écarts peut contribuer dans une large mesure à une meilleure connaissance des facettes multiples et de la nature complexe de la dynamique du marché du travail lié à la santé. Les domaines dans lesquels la triangulation des données produit des résultats similaires ou convergents renforceront la confiance dans les résultats préliminaires.

La technique peut également aider à formuler des recommandations en faveur du renforcement des mesures d'évaluation futures. Ce chapitre a mis en lumière les avantages et les inconvénients de la juxtaposition des donnée des recensements de population, des enquêtes sur l'emploi, des évaluations dans les établissements de santé et des dossiers administratifs habituels pour évaluer les RHS. La mise en place d'un calendrier stratégique pour la collecte, le traitement, l'analyse et l'utilisation des données – y compris une classification commune (et détaillée) des professions, des identifiants personnels pour les agents de santé en exercice, l'actualisation permanente des registres administratifs pour rendre compte des absences des personnels et de l'attrition, la cohérence temporelle de la conception des instruments de collecte des données, et la diffusion systématique des résultats – ouvre de nouvelles perspectives pour les analyses relatives aux RHS à l'appui de la formulation en temps opportun de recommandations aux fins de la prise de décisions fondées sur des données factuelles.

Bibliographie

1. Galin P. Guía para optimizar la utilización de la información disponible sobre empleo en el sector salud. In: Dal Poz M, Galin P, Novick M, Varella T, eds. *Relaciones laborales en el sector salud*. Quito, Organización Panamericana de la Salud, 2000.
2. AbouZahr C, Adjei S, Kanchanachitra C. From data to policy: good practices and cautionary tales. *Lancet*, 2007, 369:1039–1046.
3. Nigenda G, Ruiz JA, Rosales Y, Bejarano R. University-trained nurses in Mexico: an assessment of educational attrition and labor wastage. *Salud Pública de México*, 2006, 48(1):22–29 (http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036–36342006000100005&lng=en&nrm=iso, accessed 25 January 2009).
4. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (http://www.inegi.gob.mx, accessed 25 January 2009).
5. Gupta N, Diallo K, Zurn P, Dal Poz MR. Assessing human resources for health: what can be learned from labour force surveys? *Human Resources for Health*, 2003, 1:5 (http://www.human-resources-health.com/content/1/1/5, accessed 15 January 2009).
6. Nigenda G, Ruiz JA, Bejarano R. Educational and labor wastage of doctors in Mexico: towards the construction of a common methodology. *Human Resources for Health*, 2005, 3:3 (http://www.human-resources-health.com/content/3/1/3, accessed 26 January 2009).
7. Hussmanns R, Mehran F, Verma V. *Enquêtes sur la population économiquement active, emploi, chômage et sous-emploi : manuel de l'OIT sur les concepts et la méthodologie*. Genève, Organisation internationale du travail, 1990.
8. *XII Population and Household Census* and *National Survey on Employment*. Mexico, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2000.
9. *Financing and delivery of health care services in India.* Background paper of the National Commission on Macroeconomics and Health. New Delhi, Government of India, Ministry of Health and Family Welfare, 2005 (http://www.who.int/macrohealth/action/national_reports/en/index.html, accessed 27 January 2009).
10. *Not enough here ... too many there: health workforce in India*. New Delhi, World Health Organization Country Office for India, 2007 (http://www.whoindia.org/EN/Section2/Section404_1264.htm, accessed 27 January 2009).
11. Indian Nursing Council (http://www.indiannursingcouncil.org, accessed 27 January 2009).
12. Medical Council of India (http://www.mciindia.org, accessed 27 January 2009).
13. *Medical health and nursing manpower statistics 2005*. New Delhi, Government of India, Ministry of Health and Family Welfare, Central Bureau of Health Intelligence (http://cbhidghs.nic.in/index3.asp?sslid=929&subsublinkid=828, accessed 27 January 2009).
14. *Census of India 2001*. Office of the Registrar General and Census Commissioner of India (http://www.censusindia.net, accessed 27 January 2009).
15. Government of India, Ministry of Statistics and Programme Implementation, National Sample Survey Organisation (http://mospi.nic.in/mospi_about_nsso.htm, accessed 27 January 2009).
16. *National Classification of Occupations 2004*. Government of India, Ministry of Labour, 2004 (http://dget.nic.in/nco, accessed 27 January 2009).
17. Herbst CH, Gijsbrechts D. *Information on stock, profiles, and distribution of health workers in Zambia: analysis of the Health Facility Census data*. World Bank Human Resources for Health Program Paper. Washington, DC, World Bank, 2007.
18. Hoffmann E. Developing labour account estimates: issues and approaches. In: *Household accounting: experiences in concepts and compilation*. Studies in Methods, Series F, No. 75. New York, United Nations Statistics Division, 2000.

Partie IV :
DIFFUSION ET UTILISATION DES DONNÉES

12 Intégrer des informations et bases factuelles dans l'élaboration des politiques et la pratique : stratégies et mécanismes

GÜLIN GEDIK, ULYSSES PANISSET, MARIO R DAL POZ, FELIX RIGOLI

12.1 Introduction

Face aux transformations rapides du monde, la nécessité de combler les immenses déficits du programme de développement des ressources humaines pour la santé (RHS) suscite un intérêt et un souci croissants aux niveaux mondial, régional et national. Pour intervenir rapidement, efficacement et de manière économique, les responsables politiques et les décideurs ont besoin d'informations et de bases factuelles actualisées, aisément disponibles et solidement étayées.

L'une des grandes difficultés que doivent surmonter les décideurs pour s'atteler aux problèmes liés aux RHS tient à la diversité complexe et à la simultanéité des urgences comme les déséquilibres dans la distribution et la production nationales et mondiales des personnels de santé, l'ampleur croissante des migrations internationales, les restrictions sociopolitiques imposées aux opérations du secteur public (notamment le gel des recrutements dans le secteur public dû aux programmes d'ajustement structurels), la nécessité d'accélérer les interventions de santé prioritaires, les incidences du VIH/sida sur les personnels de santé et les problèmes que posent la motivation et la fidélisation des personnels. Un grand nombre de ces problèmes sont anciens et ils ont des effets cumulatifs sur les pénuries de personnel et les déséquilibres dans ce domaine. Les problèmes résultants pour les ressources humaines peuvent se manifester de différentes manières : arrêts de travail (grèves, par exemple) liés au faible moral des personnels de santé, ou même fermeture d'hôpitaux dans l'impossibilité de satisfaire à des normes minimales en matière d'effectifs. Les solutions possibles ne peuvent être trouvées qu'en examinant les racines de ces problèmes, même si elles sont visibles d'emblée.

Les pays se sont efforcés, avec plus ou moins de succès, d'élaborer des politiques en matière de RHS et des plans de mise en oeuvre dans le contexte des réformes du secteur de la santé. En règle générale, des politiques peuvent être conçues et appliquées avec plusieurs éléments de base et facteurs : contraintes politiques et financières, connaissances tacites et expérience professionnelle. En l'absence de données fiables et validées, il a été difficile d'établir des politiques factuelles, étayées par l'utilisation d'indicateurs de santé et des résultats de recherches, pour formuler, appliquer, suivre et évaluer l'action stratégique. De plus, les impératifs généraux des initiatives mondiales et régionales et des autres stratégies de renforcement des systèmes de santé dans les pays (comme celles qui sont décrites dans le chapitre 1) nécessitent de solides mécanismes de suivi et d'évaluation pour mesurer les progrès, ou les retards, des pays. Pour prendre des décisions sur les RHS en connaissance de cause, les décideurs et les autres acteurs concernés, et notamment le secteur privé et la société civile, doivent disposer des meilleures données factuelles existantes sur les actions efficaces ou prometteuses.

La lourde tâche de développer et d'améliorer les performances des RHS et la prestation des services de santé en relativement peu de temps, et d'intégrer et de coordonner la prise des décisions dans les systèmes de santé avec d'autres secteurs du gouvernement et de la société oblige à concevoir et organiser autrement l'élaboration des politiques. Plusieurs études ont été consacrées depuis dix ans à ces aspects, tentant de combler le déficit entre les éléments connus des interventions efficaces des systèmes de santé et les données factuelles sur lesquelles repose la prise des décisions. Le problème de l'accès aux bases factuelles essentielles et de leur adaptation au contexte local est commun à tous les pays à différents niveaux de développement social et économique, et requiert une coopération internationale (*1*).

Les responsables des pays au revenu faible ou intermédiaire ont souligné qu'ils devaient avoir accès, en temps opportun, à des informations et des données factuelles pertinentes de qualité pour étayer leurs décisions. Si des bases factuelles sont nécessaires, elles ne sont néanmoins pas suffisantes en soi, les

nombreux facteurs contextuels, politiques, culturels et sociologiques qui façonnent le processus décisionnel influant sur les interventions de santé (*2*). Les mécanismes, structures et facteurs auxquels ont affaire les décideurs sont fort mal connus. Pour pallier ce manque de connaissances, il est important de recenser les obstacles et les facteurs favorables dans chaque contexte, en améliorant les recherches sur l'intégration du contexte, des valeurs et des aspects politiques dans l'élaboration d'une politique étayée par des données factuelles, destinée à améliorer la santé des populations (*3*).

Le débat sur les bases factuelles en santé publique a souvent porté sur « l'utilisation linéaire des données issues de la recherche dans un contexte programmatique et non politique » – sans tenir compte de la capacité à mettre en oeuvre la politique (*4*). La capacité de prendre en considération les facteurs politiques et d'agir sur les bases factuelles joue est essentielle pour l'application d'une politique étayée par des bases factuelles, mais elle fait défaut dans la plupart des initiatives à ce jour. La participation active des responsables politiques et autres acteurs concernés à la définition des problèmes et la systématisation des bases factuelles est essentielle mais rare (*5*). Un processus plus intégré – où la mise en place du calendrier, la formulation des orientations, leur mise en oeuvre et la rétro-information sont étroitement liés – est nécessaire pour assurer l'utilisation des meilleures données scientifiques dans différents contextes (*6*).

Les précédents chapitres du présent manuel décrivent les aspects à surveiller, les types d'informations nécessaires, les sources possibles de données et d'informations, et la manière de les recueillir et de les traiter. Le présent chapitre examine comment rassembler, diffuser, échanger et utiliser ces informations et les résultats des recherches pour faciliter le dialogue sur la politique à appliquer et sa mise en oeuvre. Les sections qui suivent font le point de diverses initiatives en place pour établir des mécanismes efficaces de production et de diffusion d'informations et de bases factuelles sur les personnels de santé aux niveaux infranational, national, régional et international, et indiquent comment améliorer l'utilisation de données scientifiques pour la formulation et le suivi des politiques et l'évaluation de leur mise en oeuvre.

12.2 Stratégies d'intégration de bases factuelles dans la politique à mettre en oeuvre et la pratique

L'expression « application du savoir » (ou formulation de solutions de substitution qui recouvrent essentiellement le même concept, comme « renforcement du potentiel », « gestion des connaissances » et « maillage et échange ») est de plus en plus utilisée pour désigner une série d'activités destinées à générer des connaissances répondant aux besoins des utilisateurs, diffuser ces connaissances, renforcer la capacité des décideurs à les utiliser, et adapter et suivre leur application dans des contextes spécifiques (*7*). Dans le domaine de la santé, on a parlé d'un processus dynamique et itératif incluant la synthèse, la diffusion, l'échange et l'application éthique du savoir destiné à améliorer l'efficacité des services et des produits de santé, renforcer les systèmes de santé et améliorer la santé de la population (*8*).

Le clivage traditionnel entre chercheurs, responsables de l'élaboration des politiques, acteurs du financement de la recherche, administrateurs de programmes, praticiens et utilisateurs des services de santé a été reconnu comme l'un des principaux obstacles au transfert efficace du savoir et à l'utilisation de la recherche dans la prise des décisions. L'un des facteurs fondamentaux observés dans les approches qui reconnaissent la complexité de l'élaboration des politiques et de l'action concernant les systèmes de santé est la nécessité d'améliorer l'interaction entre différentes parties prenantes à la prise des décisions (*9*). C'est là un élément indispensable pour la production de politiques réalisables, applicables selon un contexte spécifique. Ce type de modèle axé sur les acteurs concernés a été appelé « modèle interactif » (*4*) – ou processus continu pour « adopter, adapter et agir » sur les connaissances, utilisant la recherche pour étayer la politique à mettre en oeuvre tout en pondérant simultanément les politiques incarnant différents intérêts, motivations et valeurs.

Un examen systématique des études sur la manière dont les responsables de l'élaboration des politiques perçoivent leur utilisation des données factuelles a permis d'identifier les facteurs favorables suivants : i) fréquents contacts personnels entre chercheurs et décideurs ; ii) sentiment que les recherches effectuées sont opportunes, pertinentes et de qualité ; et iii) présentation des résultats incluant des résumés assortis de recommandations claires sur la politique à mener Les obstacles les plus couramment observés étaient le défaut d'interaction, de ponctualité, de pertinence et de crédibilité ; l'absence d'application pour l'utilisateur et la méfiance réciproque entre chercheurs et responsables de l'élaboration des politiques (*10*).

L'utilisation des données issues de la recherche passe par la promotion active de ces facteurs favorables et l'élimination des obstacles par des moyens novateurs

pour prendre en compte la complexité de l'élaboration des politiques. La création d'un environnement éducatif propice et interactif avec différents acteurs concernés est essentielle (*1, 11, 12*). Trois grandes stratégies ont été proposées pour promouvoir l'application des informations et des données factuelles à l'élaboration des politiques et la prise des décisions :

- stratégies pour encourager les « offensives » des chercheurs, axées sur la diffusion à un vaste public – et notamment la communication des résultats au moyen de notes succinctes sur la politique à mener et de résumés des données factuelles existantes ;
- stratégies d'incitation des décideurs, axées sur les besoins des utilisateurs, créant par là une demande de résultats de recherches – et notamment le renforcement de la capacité des responsables politiques à faire exécuter des recherches et concevoir des mécanismes de riposte rapide ;
- stratégies pour promouvoir le maillage et les échanges, ou nouer et entretenir des relations pour échanger des connaissances et des idées – y compris des mécanismes mixtes pour fixer des priorités pour les politiques de santé et des personnels de santé, et des tribunes et des ateliers pour des échanges entre chercheurs, décideurs et représentants de la société civile concernant la base factuelle et son application à des politiques spécifiques (*7,13*).

L'élaboration des politiques et la prise des décisions nécessitent des résultats de recherches axés sur la solution des problèmes et répondant à des demandes liées à des aspects spécifiques de la politique à mettre en oeuvre. Ainsi, la définition de la question faisant l'objet de la recherche sur la base d'un problème défini par le décideur (incitation) facilite le lien recherche-politique à mettre en oeuvre. Les acteurs qui parrainent et financent la recherche en santé sont de plus en plus conscients du fait que leurs appels à propositions pour étudier les complexités des systèmes de santé doivent s'appuyer sur les demandes des responsables politiques et des décideurs, et non sur la définition plus traditionnelle, axée sur le chercheur, des projets de recherche. Les interactions suivies entre chercheurs et responsables politiques semblent favoriser la prise de décisions étayées par des données factuelles (*14*).

Outre l'interaction directe nécessaire avec les responsables de l'élaboration des politiques, la recherche sur les RHS comporte aussi une approche interdisciplinaire pour traiter des nombreux aspects liés aux ressources humaines dans les systèmes de santé, d'où la difficulté de concevoir des méthodes et des maillages innovants qui intègrent des mécanismes apportant à la recherche sur les RHS les compétences requises – financement, législation et réglementation, gestion des systèmes de santé, sciences comportementales et autres domaines clefs – pour mieux comprendre la dynamique des RHS.

Un autre aspect de la recherche sur les RHS tient au fait que la plupart des études disponibles portent sur les pays développés (*15*). Quelque 5 % seulement des articles publiés concernant la recherche sur les politiques et les systèmes de santé intéressent des pays au revenu faible ou intermédiaire (*16*). Les chercheurs qui se penchent sur les problèmes liés aux RHS des pays au revenu faible ou intermédiaire se heurtent fréquemment à des difficultés, qu'il s'agisse de la disponibilité de données (quantitative et qualitative) de qualité ou de la définition d'indicateurs de performance appropriés à partir desquels façonner les recherches (*17*).

La spécificité du contexte à l'intérieur des pays et entre eux pose aussi un défi majeur. Les personnes qui s'emploient à renforcer le système de santé dans une juridiction donnée travaillent dans des milieux politiques, socio-économiques et culturels très spécifiques. Concernant la politique en matière de RHS, en particulier, très dépendante de facteurs financiers, politiques, juridiques et culturels, il est extrêmement difficile de tirer des conclusions générales d'une étude réalisée dans un pays, dans un contexte spécifique et à un moment particulier. Les caractéristiques infranationales ou locales peuvent en outre varier sensiblement à l'intérieur d'un pays donné, notamment dans le cas de systèmes de santé décentralisés. Toutes les situations, en d'autres termes, ne sont pas équivalentes, et des mécanismes doivent être mis en place pour contextualiser les données factuelles issues de la recherche.

Les interventions des systèmes de santé étant des expériences sociales qui touchent des pans importants de population, les personnes affectées par les politiques mises en oeuvre sont inévitablement des acteurs concernés clefs (*18–20*). Les chercheurs et les responsables politiques ne doivent pas seulement connaître et comprendre les contraintes et les opportunités des acteurs associés à ce processus, ils doivent aussi mettre en place un environnement professionnel axé sur les acteurs concernés (*21*). Des approches interactives, qui créent et renforcent un environnement éducatif par un échange ou des maillages constants d'idées et de données d'expérience au sein d'un ensemble divers d'acteurs concernés, sont indispensables pour encourager l'utilisation appropriée des données factuelles issues de la recherche (*22*). Le processus peut être conduit au départ par les décideurs et d'autres utilisateurs (les praticiens des services de santé, par exemple), les chercheurs dispensant des conseils (*23*). Simultanément, cela peut faciliter la mise

en oeuvre de la politique, les contributions des différents utilisateurs améliorant la capacité de découvrir les facteurs favorables (Figure 12.1) (*24*).

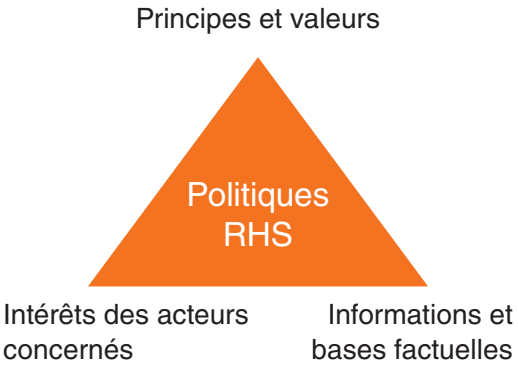
Il est donc indispensable de définir, promouvoir, établir et renforcer des mécanismes efficaces à l'appui de la conception, de la mise en oeuvre et du suivi et de l'évaluation des politiques RHS. Outre la collecte de données ou l'établissement de bases factuelles, les mécanismes doivent aussi assurer leur diffusion et leur utilisation pour la politique à mettre en oeuvre et les décisions administratives. Des politiques viables en matière de RHS peuvent être conçues, engagées et appliquées à condition de reposer sur des informations et des données factuelles, des principes et des valeurs, et de correspondre aux divers intérêts des acteurs concernés. Tout dialogue sur la politique à mettre en oeuvre doit donc utiliser des mécanismes qui veillent à ce que la participation des acteurs concernés soit prise en compte, mais modulée en fonction des informations fournies. Les politiques relatives aux personnels de santé formulées sur la base d'un simple consensus entre les acteurs concernés risquent d'être partiales (les médecins créant par exemple la politique applicable aux personnels médicaux) ; à l'inverse, les politiques définies dans le secret d'un cabinet ministériel, uniquement ancrées sur des principes ou des valeurs risquent d'être irréalistes ou dogmatiques (en obligeant par exemple les professionnels de la santé à travailler dans des zones déshéritées sans prévoir des incitations pour la qualité de leur travail et leur fidélisation). Les flux d'informations peuvent compenser ces points de vue sinon partiaux.

A cette fin, plusieurs approches différentes mais complémentaires sont possibles :

- renforcer les systèmes d'information sur les personnels de santé pour créer les données nécessaires au suivi et à l'évaluation des politiques et des programmes relatifs aux RHS ;
- renforcer le potentiel de recherche pour produire et diffuser les informations et les données factuelles aux fins de la formulation des orientations possibles aux décideurs et aux autres acteurs concernés ;
- faciliter la mise en place de plateformes d'application du savoir pour l'échange d'informations et de bases factuelles entre tous les acteurs concernés ;
- établir et renforcer des mécanismes et processus de coopération, tels les observatoires des personnels de santé, afin d'intégrer des informations et des bases factuelles sur les RHS (et notamment les analyses des meilleures pratiques) dans la conception et la mise en oeuvre des politiques.

Les autres chapitres du présent Manuel traitaient essentiellement des deux premières approches ; le reste du présent chapitre présente des exemples des deux dernières. Ainsi, les plateformes d'application du savoir (lieux de discussion ou réseaux virtuels, par exemple) facilitent les interactions continues entre chercheurs et responsables politiques et aident à mettre en pratique et à transformer en politique les données scientifiques (*25*). Un exemple de plateforme d'application du savoir performante pour les systèmes et les politiques de santé axé sur les pays au revenu faible ou intermédiaire est donné dans l'Encadré 12.1 (*26–28*).

Figure 12.1 Fondement des politiques relatives aux RHS



D'après : Adapté de Muir Gray (*24*).

Un autre exemple, les observatoires des ressources humaines pour la santé peuvent faciliter la planification, le suivi et l'évaluation de la mise en oeuvre de la politique relative aux RHS en encourageant les mécanismes qui permettent d'accéder rapidement aux données et aux informations pertinentes et de les utiliser. La section suivante, qui inclut des exemples régionaux et nationaux, est consacrée à cette approche.

12.3 Mécanisme pour valoriser le programme des RHS : observatoires des ressources humaines pour la santé

Les observatoires des ressources humaines pour la santé sont de plus en plus reconnus comme un mécanisme de nature à améliorer la base d'informations et de connaissances sur la situation des RHS et à faciliter l'élaboration et le suivi des politiques. S'ils ont évolué de manière différente selon le contexte, il s'agit dans tous les cas de réseaux de pays et de partenaires qui coopèrent pour produire et partager des informations et un savoir afin d'améliorer les décisions liées aux politiques en matière de ressources humaines.

Encadré 12.1 Réseau de politiques à bases factuelles : EVIPNet

Répondant à une demande de création de mécanismes pour le transfert de savoir à l'appui des systèmes de santé publique et de prestation de soins de santé fondés sur des données factuelles, et de politiques liées à la santé reposant sur des bases factuelles, l'Organisation mondiale de la Santé a mis en place en 2005 le réseau de politiques à bases factuelles EVIPNet (*26*).

Ce réseau s'emploie à intégrer deux facteurs favorables fondamentaux dans l'élaboration de politiques à bases factuelles : les meilleures pratiques pour promouvoir les interactions entre les acteurs concernés qui produisent et utilisent des informations et bases factuelles ; et la capacité d'effectuer des recherches dans un contexte local (*27*). Axé sur les pays au revenu faible ou intermédiaire, EVIPNet encourage les partenariats dans les pays entre responsables politiques, chercheurs et société civile pour faciliter à la fois la conception et la mise en oeuvre des politiques moyennant l'utilisation des meilleures données scientifiques disponibles.

EVIPNet regroupe une série de réseaux liés les un aux autres (mais distincts) qui réunissent des équipes nationales, coordonnées aux niveaux régional et mondial. L'Afrique, l'Asie et les Amériques hébergent leurs réseaux régionaux respectifs, actifs dans quelque 25 pays au total. Au niveau régional, EVIPNet bénéficie du soutien des bureaux régionaux et de petits secrétariats chargés de promouvoir la coordination régionale. Un groupe directeur mondial facilite les échanges entre les régions et appuie les activités internationales. Les travaux sont guidés par un groupe d'experts internationaux spécialisés dans le domaine des bases factuelles applicables aux politiques, qui formule des orientations stratégiques, organise des examens techniques des propositions du réseau EVIPNet, conçoit des méthodes innovantes et fournit un appui technique direct aux équipes de pays le cas échéant. L'une des priorités du projet est de définir les meilleures pratiques pour le renforcement de la capacité des responsables politiques et des chercheurs à travailler avec des liens entre données scientifiques et politiques, tout en incitant les citoyens et les groupes de sensibilisation à continuer d'exiger que les politiques de santé soient étayées par des bases factuelles.

Depuis sa création, EVIPNet collabore avec l'Initiative régionale concernant les politiques de santé des pays de la Communauté de l'Afrique de l'est, mécanisme institutionnel dont la mission est d'obtenir, de synthétiser, de résumer et de communiquer les bases factuelles requises pour les politiques de santé et la pratique et pour influer sur les programmes de recherche adaptés aux politiques de manière à améliorer l'équité en santé (*28*). Des initiatives similaires se font jour dans d'autres pays, pour aider les gouvernements à étayer les décisions liées à la politique de santé par des bases factuelles issues de la recherche – même si la portée spécifique des activités, la nature des mesures concertées et les méthodes d'évaluation des recherches sont propres à chaque contexte. Les équipes de pays, par exemple, peuvent organiser des ateliers pour renforcer les capacités techniques ; plusieurs encouragent l'inclusion de journalistes comme observateurs et porte-parole. EVIPNet a ainsi contribué à la création d'un environnement politique favorable pour la mise en oeuvre de politiques à bases factuelles.

Les équipes de pays ont commencé récemment à publier des notes d'orientation fondées sur des examens systématiques des recherches, proposant des options politiques incluant des dispositions en matière de gouvernance, de prestation et de financement adaptées au contexte particulier du pays ou du district et aux ressources réelles. En février 2008, par exemple, les équipes de pays d'EPIVNet en Afrique ont publié des notes d'orientation en réponse aux défis actuels pour les politiques liés aux services de traitement du paludisme dans leurs pays respectifs.

12.3.1 Conception et contributions des observatoires du secteur de la santé

Depuis les années 1970, divers types de mécanismes de coopération – appelés « observatoires » ou autres – ont été créés dans des pays à différents niveaux de développement social et économique, l'accent portant sur différents thèmes liés à la santé publique. Il convient de mentionner les observatoires chargés d'aider à prendre les décisions dans le cadre des politiques de santé et de prestations sociales locales en France moyennant la production d'informations utiles, et les

observatoires de la santé publique au Royaume-Uni, considérés comme ayant innové dans le domaine de la fourniture d'informations sur la santé en publiant des données inscrites dans leur contexte et leur perspective (*29*).

Au niveau régional, la mise en oeuvre de réformes de grande ampleur dans le domaine des soins de santé et la reconnaissance croissante de la nécessité d'améliorer le suivi à la fin des années 1990 se sont accompagnées de l'émergence d'observatoires des systèmes de santé et des ressources humaines pour la santé, et en particulier l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (*30*) et l'observatoire des ressources humaines dans les réformes du secteur de la santé (entre pays d'Amérique latine et des Caraïbes) (*31*).

Lors de sa création, l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé a été décrit comme un nouveau partenariat visant à combler le fossé entre les universitaires et les responsables politiques. L'un des directeurs de l'observatoire a donné l'explication suivante :

> Il existe des informations sur les réformes qui sont efficaces et où elles sont efficaces. Ces informations, toutefois, ne sont pas aisément accessibles ni faciles à interpréter. Elles se trouvent surtout dans des revues universitaires et la plupart ne sont pas publiées. Les compétences techniques de l'observatoire consistent à rassembler les informations, les analyser, les structurer et présenter les résultats en termes clairs aux personnes chargées de concevoir et d'appliquer la politique de santé.
>
> *D'après* : Figueras (*32*).

Dans la Région des Amériques, sous l'influence des activités déployées par l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) pour suivre les réformes en cours dans le secteur de la santé et leurs incidences sur les personnels de santé, une initiative a été mise en place en 1999 avec 23 pays groupés en un réseau d'observatoires des RHS. Il en est résulté la création d'une communauté de professionnels participant à l'élaboration des politiques relatives aux personnels de santé. L'observatoire régional a été défini comme « une initiative concertée de pays de la région destinée à produire des informations et des connaissances pour améliorer les décisions des pouvoirs publics en matière de ressources humaines et contribuer au développement des ressources humaines dans le secteur de la santé sur la base d'un échange de données d'expérience entre pays » (*33*). Les observatoires ne sont donc pas envisagés comme de simples diffuseurs d'informations mais également comme des acteurs dynamiques de l'élaboration des politiques. Les réunions régionales régulières (bisannuelles) sont par exemple un lieu de débats interactifs, d'échanges et de planification stratégique.

Plus récemment, compte tenu de l'accroissement de l'attention mondiale et de la mobilisation de ressources face à la crise des personnels de santé en Afrique, l'Observatoire africain des ressources humaines pour la santé (*34*) a vu le jour dans le cadre du programme d'action. L'Observatoire, dont le secrétariat est hébergé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), a pour mission de soutenir les actions destinées à relever les défis liés aux RHS en encourageant, élaborant et entretenant une solide base de savoir pour les informations sur les RHS à tous les niveaux : infranational, national, interpays et régional (*35*) (Encadré 12.2).

De même, avec l'appui de l'OMS, l'Observatoire des ressources humaines pour la santé de la Région de la Méditerranée orientale s'est substitué à un observatoire régional des systèmes de santé existant « pour aider les États Membres à utiliser une approche dynamique et communiquer les options optimales les plus innovantes pour résoudre les problèmes liés aux RHS » (*36*). L'observatoire a publié des profils actualisés sur la situation des personnels de santé dans les pays et entre les pays, des analyses des corrélations entre les déterminants importants des personnels de santé, et des maillages opérationnels et politiques avec des références et des cibles nationales et régionales en matière de RHS.

Bien que ces divers observatoires n'aient pas exactement les mêmes fonctions et que les forces à l'origine de leur émergence diffèrent légèrement, selon le contexte et les besoins particuliers, chacun s'emploie à combler l'écart entre les données factuelles et les politiques mises en oeuvre. Leurs objectifs communs peuvent se résumer ainsi : produire les informations et le savoir nécessaires pour améliorer les décisions liées à la politique relative aux ressources humaines ainsi que la planification et la mise en oeuvre ; communiquer les expériences nationales sur le développement des ressources humaines ; et faciliter le dialogue au niveau des pouvoirs publics. Plusieurs contributions récentes peuvent être attribuées aux observatoires régionaux des RHS, et notamment les suivantes :

- la création et la diffusion de bases de données de statistiques comparables entre les pays sur divers indicateurs de la métrologie des personnels de santé – comme par exemple l'interface publique pour l'*African atlas of the health workforce* se trouve sur le site web de l'observatoire régional (*37*) ;

Encadré 12.2 Observatoire africain des ressources humaines pour la santé

La création de l'Observatoire africain des ressources humaines s'inscrit dans une série d'initiatives récentes destinées à suivre et tenter de résoudre la crise des RHS en Afrique, touchée par de graves pénuries et déséquilibres en matière de personnels de santé (*34*).

A l'origine, l'observatoire était un petit secrétariat basé au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. Diverses activités visaient à améliorer les données, les informations et les bases factuelles sur les RHS dans toute la région. Les tâches et fonctions principales incluent la diffusion d'informations, une aide au maillage pour l'échange d'expériences, des études interpays pouvant contribuer à l'élaboration des politiques nationales et un appui pour la mise en oeuvre d'activités supplémentaires au niveau national.

L'activité du secrétariat régional est guidée par un groupe directeur composé des représentants des principaux partenaires de l'observatoire, et notamment les communautés économiques régionales de l'Union africaine, le Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique, des établissements de recherche et de formation, des organisations internationales (OMS, Banque mondiale, Commission européenne) et des organismes bilatéraux (tel l'Agence des États-Unis pour le développement international).

L'une des principales priorités de l'observatoire régional est de soutenir la mise en place et le renforcement d'observatoires nationaux des RHS. L'Observatoire éthiopien des ressources humaines pour la santé a été le premier à être créé au niveau national, avant ceux du Ghana et de la République-Unie de Tanzanie. D'autres sont en voie d'établissement dans plusieurs pays, souvent avec l'appui supplémentaire de groupes sous-régionaux comme la Communauté de santé d'Afrique orientale, centrale et australe ou l'Organisation ouest-africaine de la santé. Les observatoires nationaux des ressources humaines pour la santé s'emploient à rassembler les acteurs concernés pour permettre aux responsables politiques de s'entretenir des problèmes liés aux RHS dans les pays.

- la création de profils régionaux et nationaux de la situation et des tendances liées aux RHS pour l'analyse et la comparaison des éléments essentiels ;
- la mise en oeuvre d'études nationales et interpays sur des thèmes particuliers liés aux personnels de santé et intéressant la politique en vigueur – par exemple les activités conjointes des observatoires régionaux pour l'évaluation des capacités des unités des RHS des ministères nationaux de la santé (dans les régions OMS de l'Afrique, des Amériques et de la Méditerranée orientale) et pour la cartographie des cadres de direction dans les systèmes de santé (dans les régions de l'Afrique et de la Méditerranée orientale).

12.3.2 Observatoires nationaux des ressources humaines pour la santé

Si les observatoires régionaux peuvent jouer un rôle essentiel en termes d'organisation et de coordination, les observatoires nationaux des RHS sont en première ligne pour la réalisation des objectifs souhaités examinés ci-dessus. Ils facilitent la synergie des activités et rassemblent les ressources au niveau des pays, contribuant à un plan de travail convenu entre les acteurs concernés pour répondre aux besoins des pays.

Les observatoires nationaux incluent des réseaux de tous les partenaires pour le développement des ressources humaines pour la santé du pays. Les responsabilités habituelles des membres des réseaux consistent souvent à suivre et réunir des informations sur la mise en oeuvre des politiques et des stratégies liées aux RHS. Si les membres peuvent agir chacun en son propre nom, les tâches sont divisées de manière coordonnée et les résultats des activités sont communiqués systématiquement. Les réseaux d'observatoires incluent en général des représentants à différents niveaux : gouvernement (ministère de la santé, ministère de l'éducation, ministère des finances, commission de la fonction publique, office national de statistique) ; établissements de recherche et de formation ; organes de réglementation des professions de santé ; syndicats et associations des professionnels de la santé ; grandes organisations privées et non gouvernementales dispensant des services de santé ; société civile (groupes de consommateurs et de clients des services de santé) ; et partenaires pour le développement.

Tableau 12.1 Principaux acteurs concernés et leur rôle à l'appui de l'observatoire soudanais des RHS

Acteur concerné	Rôle actuel[a]	Rôle potentiel
Ministère fédéral de la santé	Rapport annuel de statistiques sanitaires Dossiers administratifs du département des RHS du ministère Cartographie et enquêtes sur les personnels de santé	Améliorer la portée et la qualité des rapports statistiques officiels Rapports périodiques du département des RHS Tenue d'une base de données centralisée sur les personnels de santé
Ministère de l'enseignement supérieur	Rapport annuel sur les écoles de médecine (enseignants et étudiants)	Inclusion d'autres établissements de formation en santé Améliorer la portée et la qualité du rapport Politiques relatives à la production et la formation des personnels de santé
Ministère du travail	Aucun rôle évident	Dossiers et rapports sur les professions liées à la santé Dossiers sur les bourses pour personnels de santé Dynamique du marché du travail
Conseil médical soudanais	Registre des médecins, dentistes et pharmaciens	Registre périodiquement actualisé (renouvellement des permis d'exercer) Renforcement des capacités
Conseil des professions de santé apparentées	Registre des personnels infirmiers et paramédicaux	Registre périodiquement actualisé (renouvellement des permis d'exercer) Renforcement des capacités
Conseil soudanais des spécialisations médicales	Dossiers des médecins enregistrés inscrits pour une formation spécialisée	Rapport annuel des entrées et des diplômes
Syndicat soudanais des professions sociales et de santé	Aucun rôle	Dossiers des membres (actualisés régulièrement)
Syndicat soudanais des médecins	Aucun rôle	Dossiers des membres Dossiers des médecins à l'étranger Renforcement des capacités Négociations
Corps médical des armées	Aucun rôle évident	Dossiers et rapports concernant les personnels de santé affiliés aux forces armées
Département des services de santé de la police	Aucun rôle évident	Dossiers et rapports concernant les personnels de santé affiliés aux services de police
Secrétariat aux travailleurs soudanais à l'étranger	Dossiers de certaines catégories de personnels de santé soudanais migrants	Dossiers des personnels de santé migrants de toutes les catégories Rapport analytique annuel sur les personnels de santé à l'étranger
Caisse d'assurance-maladie	Aucun rôle évident	Dossiers des personnels de santé affiliés à la Caisse nationale d'assurance-maladie Rapport annuel sur les caractéristiques des personnels de santé Qualité de la pratique
Centre national d'information	Aucun rôle	Faciliter l'accès aux données et aux informations pour différents organismes publics Appui pour l'analyse et d'autres aspects techniques de la collecte et de l'utilisation des données

Suite…

Suite du tableau

Acteur concerné	Rôle actuel[a]	Rôle potentiel
Ministère de la santé/ Gouvernement du Sud-Soudan	Dossiers des agents de santé dans le sud du pays	Dossiers complets sur tous les personnels de santé Rapport annuel sur les caractéristiques des personnels de santé Politiques de développement des personnels de santé Faciliter le dialogue Coordination
Bureau de pays de l'OMS au Soudan	Appui technique au Ministère fédéral de la santé	Appui pour les évaluations des personnels de santé Appui et assistance technique dans le domaine de l'informatique et des techniques de communication Maillage régional et échange de données d'expérience

[a] Rôle actuel évalué début 2007.

D'après : Badr (*38*).

Les observatoires nationaux des personnels de santé peuvent servir de mécanismes pour promouvoir la concertation entre les acteurs concernés et renforcer leur rôle et leur contribution dans le développement des RHS. Toutefois, de même que les observatoires régionaux ont évolué différemment, les observatoires nationaux peuvent aussi avoir des priorités, des structures, une composition et des méthodes de travail différentes, selon le contexte et les intérêts du pays. Le Tableau 12.1 donne un exemple d'acteurs concernés potentiels et de leur rôle dans le contexte de l'observatoire national du Soudan (*38*).

En même temps, certains principes et traits communs à plusieurs observatoires nationaux des RHS en opération peuvent être définis :

- Ils s'appuient sur les structures et les mécanismes existants, comme des groupes de travail techniques plurisectoriels et partenaires nationaux, évitant le chevauchement des activités et les structures parallèles.
- La souplesse d'organisation permet un éventail de contextes sociopolitiques (même si les modèles d'organisation effectifs varient d'un pays à un autre, selon les dispositions et l'administration institutionnelles).
- Les fonctions de coordination sont assumées par un petit secrétariat ou un coordonnateur.
- La participation active du ministère de la santé, notamment dans un rôle dirigeant, est essentielle.
- Ils peuvent contribuer au renforcement des capacités et de la position des unités RHS des ministères de la santé et d'autres acteurs concernés.

Conformément à ces principes, les Encadrés 12.3, 12.4 et 12.5 donnent des exemples de différents cadres opérationnels pour les observatoires des RHS (*39-42*). Stimulés par des activités et des produits communs, les acteurs concernés participants peuvent contribuer au maintien de la sensibilisation et de l'engagement en faveur des observatoires, et à leur pérennité. Une question reste posée, à savoir celle de savoir si l'observatoire national doit être intégré en tant qu'élément de l'unité RHS du ministère de la santé (comme dans le cas du Brésil), ou comme un groupe interinstitutionnel autonome guidé par l'autorité nationale. Les deux options présentent des avantages, mais comportent aussi des risques – dans le premier cas, la proximité des directives politiques peut restreindre la participation des acteurs concernés ; dans le deuxième cas, les informations créées risquent de ne pas être adaptées aux besoins pour l'élaboration de la politique et la planification.

Dans l'ensemble, l'expérience acquise dans différents contextes a montré que les observatoires des RHS pouvait être un mécanisme efficace pour améliorer les flux d'informations et de connaissances à l'appui de la prise de décisions à bases factuelles face aux défis liés aux personnels de santé dans les pays. Le Tableau 12.2 illustre la situation en examinant des études menées dans le contexte du réseau des observatoires brésiliens et leur influence sur les politiques nationales en matière de RHS.

12.4 Opportunités et orientations

La conception et la pérennité de politiques et de plans complets, à long terme, relatifs aux RHS sont un défi commun à tous les pays pour assurer que les personnels de santé sont prêts à remplir les objectifs actuels et futurs du système de santé et à répondre

Encadré 12.3 Observatoire brésilien des ressources humaines pour la santé

Au Brésil, l'observatoire national des ressources humaines pour la santé (Observatório de Recursos Humanos en Saúde do Brasil) comprend un réseau de deux douzaines environ de postes de travail progressivement mis en place dans les universités et les départements de la santé des États. Les activités sont dirigées par un secrétariat basé au Ministère fédéral de la santé en partenariat avec le Bureau de pays de l'OMS au Brésil, qui a apporté un appui financier et technique.

Activités des postes de travail :

- recherches sur les RHS portant sur des thèmes spécifiques et les demandes proposées par le Ministère de la santé ;
- communication et diffusion des résultats de ces recherches en tant que bien public par différents canaux, mais surtout au moyen du portail de l'observatoire sur le web (*39*) ;
- activités et produits communs, et notamment réunions et bulletins réguliers ;
- mesures destinées à faciliter l'entrée de nouveaux membres dans le réseau ;
- coopération avec d'autres centres au Brésil et dans d'autres pays de la région de l'Amérique latine et des Caraïbes à la promotion du programme de recherche sur les RHS.

Au fil des années, les différents postes de travail ont produit plusieurs rapports de recherche thématiques, dont certains ont fait l'objet d'une série d'ouvrages. Le réseau a également créé plusieurs outils et instruments disponibles dans le domaine public pour les praticiens des RHS, comme les méthodes d'engagement des personnels de la santé publique, les logiciels permettant d'analyser les marchés du travail des services de santé et les bases de données des établissements de formation des professions de santé.

Tableau 12.2 Influences de certaines réalisations de l'Observatoire brésilien des ressources humaines pour la santé sur les politiques

Décisions politiques prises en définitive	Étude ou analyse des personnels de santé
Incitations pour les agents de santé des zones rurales	Profil des effectifs et distribution des RHS : aperçu et études de cohorte
Création d'un groupe de travail conjoint de haut niveau avec le Ministère de la santé et le Ministère de l'éducation	Tendances concernant l'éducation et la formation des professions de santé (expansion, éventail)
Programmes de formation à distance	Évaluation des compétences gestionnaires des équipes de santé (municipales) de district
Dialogue avec les pouvoirs publics et proposition gouvernementales de normes réglementaires (décret/loi)	Dispositions contractuelles du système de santé national dans le secteur public (niveaux fédéral et des États)
Expansion des programmes d'éducation et de formation pour certaines professions de santé (soins infirmiers et programmes de spécialisation médicale)	Évaluation de l'éventail des compétences des personnels, l'attention portant sur certaines professions de santé (par ex. composition des équipes de personnels dentaires – dentistes, dentistes auxiliaires et techniciens d'hygiène dentaire)
Table ronde de négociation permanente Réglementation des nouvelles professions de santé	Pratiques et intérêts professionnels (par ex. conflits relatifs à la portée de la pratique)

aux besoins de santé de la population en assurant une couverture équitable et de qualité. Dans de nombreux pays, cela passe par le renforcement des capacités institutionnelles aux fins de la définition de politiques appropriées et de leur révision périodique, lequel suppose la coopération étroite d'un large éventail d'acteurs

Encadré 12.4 Observatoire des ressources humaines pour la santé du Ghana

L'Observatoire ghanéen des ressources humaines pour la santé a débuté en 2005 sous la forme d'une équipe technique RHS. Avec l'appui des principaux acteurs concernés associés à la planification, au suivi, à la formation et à la gestion des personnels de santé, l'équipe technique a conçu un plan quinquennal pour orienter les politiques et les stratégies de développement des RHS dans le pays (*40*). L'équipe, ultérieurement élargie, a été transformée en observatoire. Ralliant de nombreux autres partenaires nationaux et internationaux, l'observatoire est devenu partie intégrante de l'Observatoire régional africain des ressources humaines pour la santé (voir l'Encadré 12.2). La création de l'observatoire ghanéen et de son site web officiel a été annoncée en décembre 2007 par le Ministre adjoint de la santé (*41*).

L'observatoire ghanéen comprend un organe consultatif, un comité technique et un secrétariat où sont représentés le Ministère de la santé et d'autres ministères et organismes publics, des universités et d'autres établissements concernés. Ses objectifs sont les suivants :

- renforcer le potentiel administratif et réglementaire du Ministère de la santé et des organismes qui en dépendent ;
- soutenir et promouvoir l'élaboration de politiques relatives aux RHS qui reposent sur des bases factuelles ;
- renforcer la base de connaissances et l'utilisation des données et des informations sur les RHS pour l'élaboration des politiques et la prise des décisions ;
- renforcer la capacité d'évaluation et de suivi de la situation et des tendances relatives aux ressources humaines dans le secteur de la santé ;
- fournir une tribune et un réseau pour l'échange de données d'expérience entre producteurs et utilisateurs de données sur les RHS.

Depuis son inauguration, l'observatoire a organisé plusieurs manifestations, et notamment une table ronde sur les RHS en juin 2008 qui visait à susciter une action en faveur du plan stratégique quinquennal et à recenser les insuffisances dans le document existant. L'observatoire devrait servir d'appareil pour la mise en oeuvre des décisions convenues lors de cette première conférence des acteurs concernés (et des suivantes, éventuellement).

D'après : Contribution de James Antwi, Directeur adjoint, Ressources humaines pour le développement sanitaire, Ministère de la santé (Ghana).

concernés au dialogue avec les pouvoirs publics dès les stades de la conception, non seulement avec le ministère de la santé mais également avec d'autres secteurs : département des finances, commission de la fonction publique, organes d'enseignement, organes et associations de réglementation des professions de santé, administrateurs de programme (dans les secteurs public, parapublic et privé), partenaires pour le développement et groupes d'utilisateurs des services de santé. Pour équilibrer les différentes perspectives, et compte tenu de la spécificité des difficultés et du contexte de chaque pays concernant le développement des personnels de santé, il est important de définir un cadre commun sur lequel focaliser les actions concertées. A ce stade, le présent chapitre a examiné divers mécanismes et stratégies pour fonder les politiques relatives aux RHS et les stratégies liées aux informations et données scientifiques.

La fourniture durable de données, d'informations et de bases factuelles ponctuelles, fiables et pertinentes pour améliorer les politiques relatives aux RHS nécessite la mise en place de mécanismes propres à faciliter la diffusion, l'accès et l'utilisation dans l'élaboration des politiques. Différentes plateformes de transfert du savoir (tel le réseau EVIPNet) et des mécanismes de coopération (observatoires des personnels de santé) peuvent permettre aux établissements de santé mondiaux et nationaux d'utiliser les innovations les plus récentes et des outils sûrs pour étayer la prise des décisions. Leur valeur réside dans les tribunes proposées pour faciliter l'échange d'informations et de données d'expérience

Encadré 12.5 Réseau andin des observatoires des ressources humaines pour la santé

Le réseau andin des observatoires des ressources humaines pour la santé (Rede ObservaRH Edmundo Granda)[a] a été créé sous les auspices des Observatoires des ressources humaines pour la santé des Amériques et avec l'appui d'un accord de coopération technique entre l'OPS et le Gouvernement brésilien. Le réseau rassemble des partenaires des observatoires nationaux des RHS de six pays : Bolivie, Chili, Colombie, Équateur, Pérou et Venezuela. Il a pour fonction de soutenir les actions locales entre équipes nationales participantes, au moyen d'activités spécifiques dépendant de la capacité interne de chaque pays (*42*).

Qu'est-ce que le Réseau des observatoires andins des ressources humaines pour la santé ?

Le réseau des observatoires est un mécanisme concerté regroupant les pays de la sous-région des Andes. Il a pour objet d'échanger et de produire conjointement des informations, données d'expérience et connaissances actualisées pour la prise des décisions liées au développement des ressources humaines pour la santé, facteur stratégique des systèmes de santé nationaux.

Quels sont ses objectifs ?

Les objectifs du réseau d'observatoires sont notamment les suivants :

- diffusion d'informations stratégiques tenant compte de l'environnement, des progrès et des processus liés aux problèmes relatifs aux RHS pour les pays andins ;
- création d'un espace de communication entre les acteurs concernés par les questions relatives aux RHS dans les pays membres ;
- présentation de différentes perspectives dans l'analyse des défis que posent les RHS par les différentes parties intéressées, et notamment les universités, les unités de recherche, les établissements publics, les organisations représentatives (écoles, syndicats), les dispensateurs de services de santé et les utilisateurs des services de santé ;
- fourniture d'informations actuelles et pertinentes pour les responsables des politiques en matière de RHS ;
- suivi des engagements en faveur de la réalisation des objectifs régionaux de développement des RHS.

Que recouvre-t-il ?

- recherches et expériences systématisées concernant les RHS ;
- données et statistiques officielles sur les ressources humaines dans le secteur de la santé ;
- liens entre les postes de travail participants dans le réseau d'observatoires andin, le réseau brésilien, et le réseau régional pour les Amériques basé au Siège de l'OPS.

Comment fonctionne-t-il ?

Le Réseau andin des observatoires des ressources humaines pour la santé :

- est multicentrique, chaque pays assumant la responsabilité de son contenu national ;
- est fondé sur un noeud infrarégional dynamique en communication permanente avec les pays participants ;
- est doté de mécanismes de gestion de l'information situés à divers niveaux (régional, national, institutionnel) pour l'utilisation, le traitement, l'actualisation et la validation des informations sur les RHS ;
- offre une plateforme commune sur le web où les administrateurs nationaux publient leurs données nationales.

[a] Il a été convenu de donner au réseau d'observatoires le nom d'Edmundo Granda en hommage à l'éminent professeur équatorien pour ses précieuses contributions dans le domaine de la santé publique, et notamment des questions liées aux RHS.

D'après : Contribution de Mónica Padilla, Conseiller, Ressources humaines pour la santé, sous-région des Andes, OPS.

et la promotion de collaborations aux niveaux national, régional et international.

Les observatoires des ressources humaines pour la santé, en particulier, peuvent être un bon mécanisme qui facilite les processus de direction et de négociation pour les partenariats concertés. Ils peuvent contribuer au renforcement des relations de travail et à l'élaboration de programmes conjoints entre acteurs concernés. Leurs produits d'information aident à fournir de nouvelles bases factuelles sur la situation des personnels de santé à un public élargi, souvent sous une forme normalisée pour favoriser la compréhension et le dialogue à des fins de comparaison. Plus essentiel peut-être, ils peuvent relever efficacement le niveau des questions liées aux RHS dans les priorités du développement sanitaire ; au moyen de ses groupes de travail et de ses activités de mobilisation, par exemple, un rôle capital a été attribué au réseau des observatoires des ressources humaines pour la santé des Amériques dans l'élaboration de mesures coordonnées et volontaires à long terme pour le développement des RHS aux niveaux international, national, régional et infrarégional (*43*).

Plusieurs facteurs déterminants du fonctionnement efficace des observatoires des ressources humaines pour la santé et de l'accroissement de leurs avantages ont été recensés, et notamment les suivants :

- sensibiliser aux problèmes liés aux RHS dans le pays (et notamment l'engagement et l'encadrement politiques de haut niveau)
- associer tous les principaux acteurs concernés aux activités communes de planification et à l'accompagnement des activités conjointes
- assurer une coordination efficace
- renforcer la sensibilisation et les capacités dans le domaine des RHS
- concevoir des approches à partir de différentes expériences
- harmoniser les normes, les définitions et les indicateurs pour l'établissement du profil et l'analyse des RHS
- soutenir les réseaux de chercheurs sur les RHS
- institutionnaliser les mécanismes de coordination (mandat et légitimité)
- créer un mécanisme de communication pour trouver les informations disponibles publiables (sur un site web par exemple)
- mobiliser des ressources (techniques et financières).

En résumé, les observatoires des ressources humaines pour la santé et les autres plateformes de transfert du savoir constituent des réseaux dynamiques en pleine évolution, qui ne peuvent que bénéficier de l'augmentation du nombre des pays et des établissements participants. Obtenir le premier engagement est souvent difficile lors de la mise en place de tels mécanismes mais il n'est guère plus aisé d'entretenir l'intérêt et la détermination (souvent face à des changements politiques et une révision des priorités des donateurs). Cela suppose la diffusion régulière de produits avérés utiles, des échanges actifs et un partage des informations et du savoir, et une action ininterrompue de sensibilisation. Cette dernière devrait inclure une solide stratégie de communication applicable – à l'usage des responsables politiques, des administrateurs, des chercheurs et des autres acteurs concernés pertinents – pour défendre la reconnaissance des personnels de santé comme le fondement des systèmes de santé et la mise en oeuvre de stratégies efficaces pour s'atteler directement aux entraves, aux obstacles et aux déficits financiers à tous les niveaux qui touchent les RHS.

Bibliographie

1. Clancy CM, Cronin K. Evidence-based decision making: global evidence, local decisions. *Health Affairs*, 2005, 24(1):151–162 (http://content.healthaffairs.org/cgi/content/full/24/1/151, accessed 29 January 2009).
2. Wallace A, Croucher K, Quilgars D, Baldwin S. Meeting the challenge: developing systematic reviewing in social policy. *Policy Politics*, 2004, 32:445–470.
3. Sheldon TA. Making evidence synthesis more useful for management and policy-making. *Journal of Health Services Research and Policy*, 2005, 10(Suppl. 1):1–5 (http://jhsrp.rsmjournals.com/cgi/reprint/10/suppl_1/1, accessed 29 January 2009).
4. Bowen S, Zwi AB. Pathways to "evidence-informed" policy and practice: a framework for action. *PLoS Medicine*, 2005, 2(7):1–14 (http://medicine.plosjournals.org/archive/1549–1676/2/7/pdf/10.1371_journal.pmed.0020166-L.pdf, accessed 29 January 2009).
5. Lavis J, Davies H, Oxman A et al. Towards systematic reviews that inform health care management and policy-making. *Journal of Health Services Research and Policy*, 2005, 10(Suppl. 1):35–48 (http://jhsrp.rsmjournals.com/cgi/reprint/10/suppl_1/35, accessed 29 January 2009).
6. Tomson G, Paphassarang C, Jönsson K et al. Decision-makers and the usefulness of research evidence in policy implementation: a case study from Lao PDR. *Social Science and Medicine*, 2005, 61(6):1291–1299.
7. Tetroe JM, Graham ID, Foy R et al. Health research funding agencies' support and promotion of knowledge translation: an international study. *Milbank Quarterly*, 2008, 86(1):125–155.
8. *À propos de l'application des connaissances*. Instituts de recherche en santé du Canada, 2008 (http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/29418.html, accessed 29 January 2009).
9. Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy and Planning*, 1994, 9(4):353–370.
10. Innvaer S, Vist G, Tommald M, Oxman A. Health policy-makers' perceptions of their use of evidence: a systematic review. *Journal of Health Services Research and Policy*, 2002, 7(4):239–244.
11. Lavis JN, Robertson D, Woodside JM et al. How can research organizations more effectively transfer research knowledge to decision makers? *Milbank Quarterly*, 2003, 81(2):221–248.
12. Lavis JN, Posada FB, Haines A, Osei E. Use of research to inform public policymaking. *Lancet*, 2004, 364(9445):1615–1621.
13. *What is health policy and systems research and why does it matter?* Briefing Note No. 1. Geneva, Alliance for Health Policy and Systems Research and World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/Alliance%20HPSR%20-%20Briefing%20Note%201.pdf, accessed 29 January 2009).
14. Lavis J, Ross SE, Hurley JE et al. Examining the role of health services research in public policymaking. *Milbank Quarterly*, 2002, 80(1):125–154.
15. Siddiqi K, Newell J, Robinson M. Getting evidence into practice: what works in developing countries? *International Journal for Quality in Health Care*, 2005, 17(5):447–453.
16. *Strengthening health systems: the role and promise of policy and systems research*. Geneva, Alliance for Health Policy and Systems Research, 2004 (http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/Strengthening_complet.pdf, accessed 29 January 2009).
17. *Stepping stones to improving the monitoring of vital events*. Geneva, Health Metrics Network, 2007 (http://www.who.int/healthmetrics/tools/logbook/en/move/web/index.html, accessed 29 January 2009).
18. Trostle J, Bronfman M, Langer A. How do researchers influence decision-makers? Case studies of Mexican policies. *Health Policy and Planning*, 1999, 14(2):103–114 (http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/14/2/103?ck=nck, accessed 29 January 2009).
19. De Savigny D, Kasale H, Mbuya C, Reid G. *Fixing health systems: linking research, development, systems, and partnerships*. Ottawa, International Development Research Centre and Tanzania Ministry of Health, 2004.
20. Regional East African Community Health-Policy Initiative. *REACH-Policy Initiative: prospectus*. Arusha, East African Community, 2005 (http://www.idrc.ca/uploads/user-S/11551301781REACH_Prospectus.pdf, accessed 29 January 2009).
21. Sauerborn R, Nitayarumphong S, Gerhardus A. Strategies to enhance the use of health systems research for health sector reform. *Tropical Medicine and International Health*, 1999, 4(12):827–835.
22. Lomas J. Connecting research and policy. *ISUMA*, 2000, 1(1):140–144 (http://portals.wi.wur.nl/files/docs/ppme/lomas_e.pdf, accessed 29 January 2009).
23. Pawson R, Greenhalgh T, Harvey G, Walashe K. Realist review: a new method of systematic review designed for complex policy interventions. *Journal of Health Services Research and Policy*, 2005, 10(Suppl. 1):21–34.
24. Muir Gray JA. *Evidence-based healthcare: how to make health policy and management decisions*, 2nd ed. Edinburgh, Churchill Livingstone, 2001.

25. Lavis JN, Lomas J, Hamid M, Sewankambo NK. Assessing country-level efforts to link research to action. *Bulletin of the World Health Organization*, 2006, 84(8):620–628 (http://www.who.int/bulletin/volumes/84/8/06–030312.pdf, accessed 29 January 2009).

26. *Réseaux de politiques reposant sur des bases factuelles: EVIPNet*. Organisation mondiale de la Santé (http://www.who.int/rpc/evipnet, accessed 29 January 2009).

27. Hamid M, Bustamante-Manaog T, Dung TV et al. EVIPNet: translating the spirit of Mexico. *Lancet*, 2005, 366:1758–1760.

28. Van Kammen J, de Savigny D, Sewankambo N. Using knowledge brokering to promote evidence-based policy-making: the need for support structures. *Bulletin of the World Health Organization*, 2006, 84(8):608–612 (http://www.who.int/bulletin/volumes/84/8/05–028308.pdf, accessed 29 January 2009).

29. Hemmings J, Wilkinson J. What is a public health observatory? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2003, 57:324–326 (http://jech.bmj.com/cgi/content/full/57/5/324, accessed 29 January 2009).

30. Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (http://www.euro.who.int/observatory?language=French, accessed 29 January 2009).

31. *El Observatorio de Recursos Humanos en las Reformas Sectoriales en Salud* (http://www.observatoriorh.org, accessed 29 January 2009).

32. Figueras J (as interviewed by Richards T). European observatory will promote better health policy. *British Medical Journal*, 1999, 318(7180):352 (http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1114839, accessed 29 January 2009).

33. Rigoli F, Arteaga O. *The experience of the Latin America and Caribbean Observatory of Human Resources in Health*. Report prepared for the Joint Learning Initiative, 2004 (http://www.observatoriorh.org/eng/pdfs/arteagaObervatoryHR.pdf, accessed 29 January 2009).

34. *Africa Health Workforce Observatory* (http://www.afro.who.int/hrh-observatory/, accessed 29 January 2009).

35. *Africa Health Workforce Observatory: concept and implementation strategy*. Geneva, World Health Organization et al., 2006 (http://www.afro.who.int/hrh-observatory/documentcentre/concept_implementation_strategy.pdf, accessed 29 January 2009).

36. *Eastern Mediterranean Region Observatory on Human Resources for Health* (http://www.emro.who.int/hrh%2Dobs/, accessed 29 January 2009).

37. *African atlas of the health workforce*. World Health Organization and Africa Health Workforce Observatory (http://www.afro.who.int/hrh-observatory/hwinformation/index.html, accessed 29 January 2009).

38. Badr EE. *Establishing an observatory on human resources for health in Sudan*. Report prepared for the World Health Organization and Federal Ministry of Health of the Republic of Sudan, 2007 (http://www.hrhobservatory.sd/Documents/observatory-Badr.pdf, accessed 29 January 2009).

39. *Rede ObservaRH: Observatório de Recursos Humanos en Saúde do Brasil* (http://www.ObservaRH.org.br, accessed 29 January 2009).

40. Ministry of Health of the Republic of Ghana. *Human resource policies and strategies for the health sector, 2007–2011*. Accra, Ministry of Health of the Republic of Ghana, Quality Health Partners and World Health Organization, 2007 (http://www.ghanahrhobservatory.org/downloads/hrh_policy_and_plan.pdf, accessed 29 January 2009).

41. *Ghana Health Workforce Observatory* (http://www.ghanahrhobservatory.org, accessed 29 January 2009).

42. *Observatorio Andino de Recursos Humanos en Salud* (http://bvsde.per.paho.org/oarhs2/index.php, accessed 29 January 2009).

43. *Toronto Call to Action 2006–2015: towards a decade of human resources in health for the Americas*. Report of the regional meeting of the Observatory of Human Resources in Health, 4–7 October 2005. Pan American Health Organization et al., 2005 (http://www.observatoriorh.org/Toronto/CallAction_eng1.pdf, accessed 29 January 2009).

44. *Report of the meeting of the Africa Health Workforce Observatory, 26–29 September 2006, Arusha, Tanzania*. Africa Health Workforce Observatory, 2006 (http://www.afro.who.int/hrh-observatory/documentcentre/meetingreports/arusha_meeting_report_09_07.pdf, accessed 29 January 2009).

Institutions à l'origine de la publication

L'**Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID)** apporte son assistance dans les pays en développement pour assurer que les systèmes de santé soient efficaces, efficients et équitables. Un élément important de sa stratégie consiste, notamment en soutenant les initiatives portant sur le développement des personnels de santé et l'amélioration de la qualité, à renforcer les capacités des agents de santé pour qu'ils fournissent des soins de qualité. L'Agence travaille en passant des accords de collaboration, des contrats et en instituant des partenariats avec les organisations internationales et d'autres bailleurs de fonds pour mettre en œuvre et optimiser l'efficacité de ses activités mondiales dans le domaine de la santé.

- Pour en savoir plus sur le programme de l'USAID en matière de ressources humaines pour la santé, consulter : www.usaid.gov/our_work/global_health/hs/techareas/workers.html

La **Banque mondiale** s'est engagée à aider les pays clients à s'occuper des objectifs du Millénaire pour le développement et à les atteindre. Elle collabore avec les gouvernements de ces pays pour mettre sur pied des projets durables reposant sur des politiques et des stratégies rationnelles. Prenant pour point de départ la vision qu'a le pays de son développement, la Banque s'engage dans la construction de systèmes de santé viables et les ressources humaines sont l'un des axes de force de cette action. La mise en place de personnels de santé qualifiés fait partie de la stratégie de la Banque pour la réduction de la pauvreté. Le développement des compétences en matière de gestion et d'analyse chez les dirigeants du secteur sanitaire constitue aussi un but important pour le renforcement des systèmes de santé.

- Pour en savoir plus sur le programme de la Banque mondiale en matière de ressources humaines pour la santé, consulter : go.worldbank.org/XR4K48D5M0

L'**Organisation mondiale de la Santé (OMS)** joue un rôle d'autorité en matière de santé mondiale, y compris en déterminant le programme des recherches pour la santé et en formulant des options politiques reposant sur des bases factuelles. Elle travaille avec ses partenaires et les pays pour planifier les stratégies en matière de ressources humaines pour le renforcement des systèmes de santé et les interventions sanitaires prioritaires ; développer la base d'informations et de connaissances sur laquelle pourront s'appuyer les décisions pour les politiques et les programmes ; élaborer des outils et des lignes directrices pour le renforcement des capacités et la résolution des problèmes de ressources humaines que peuvent avoir les pays et les partenaires.

- Pour en savoir plus sur le programme OMS des Ressources humaines pour la santé, consulter : www.who.int/hrh
- Pour en savoir plus sur les activités des bureaux régionaux de l'OMS en matière de Ressources humaines pour la santé consulter : www.who.int/hrh/activities/regional/en/index.html

Manuel de suivi et d'évaluation des ressources humaines pour la santé

Comprenant des applications spécialement adaptées aux pays à revenu faible ou intermédiaire

L'intervention d'un agent de santé qualifié peut sauver des vies. Notre tâche consiste à assurer à nos citoyens que des agents de santé seront présents au moment voulu et là où ils sont nécessaires pour sauver des vies et que le personnel en poste, dans les établissements publics, privés ou à but non lucratif, possède les compétences nécessaires. Ce nouveau Manuel est précieux car il nous donne les outils nécessaires pour suivre activement et mieux gérer les ressources humaines pour la santé. Les méthodes décrites nous aideront tous à renforcer la confiance du public dans le système de santé et à permettre aux personnels de santé de se trouver au bon endroit au bon moment, et ce autant pour chacun d'entre nous individuellement que pour nos communautés.

Sally K. Stansfield
Secrétaire exécutif
Réseau de métrologie sanitaire

ISBN 978 92 4 254770 2