

PERSONNELS SOIGNANTS FACE AU SIDA : **AGIR CONTRE LA PÉNURIE**

Mélanie Heard
Pistes (Paris)

Un sujet majeur a émergé lors de la Conférence de Toronto : la pénurie des personnels de santé dans les pays les plus affectés par l'épidémie constitue une contrainte qui entrave l'élargissement de la prise en charge des personnes séropositives.

Ce problème est devenu l'un des axes de communication de tous les acteurs présents à Toronto, qu'ils soient institutionnels, scientifiques et cliniciens, ou activistes. Une image restera des sessions plénières de cette Conférence : chaque matin, aux premiers rangs, des activistes africaines réclamant des infirmières pour leurs pays aux cris de : « *we want nurses, open your purses (nous voulons des infirmières, ouvrez vos porte-monnaie)* ». Toronto a également été l'occasion pour l'OMS de lancer son plan d'action contre la pénurie des ressources humaines dans le secteur de la santé ¹.

PÉNURIE

La pénurie des personnels soignants est mondiale, mais elle se fait ressentir de la façon la plus aiguë dans les pays où les menaces sur la santé publique sont les plus graves. L'OMS estime à plus de 4 millions le nombre des professionnels de la santé nécessaires pour répondre à ce manque, et le déficit mondial en médecins, infirmières et sages-femmes, en particulier, s'élève à au moins 2,4 millions de personnes. Selon l'OMS, la crise concerne surtout 57 pays, dont l'Inde, le Bangladesh, et l'Indonésie, mais c'est l'Afrique subsaharienne qui est confron-

tée aux plus graves difficultés (voir carte). Avec 11 % de la population mondiale et 24 % de la charge de morbidité, la région ne compte que 3 % des personnels de santé dans le monde, représentant moins de 1 % des dépenses mondiales de santé. A l'opposé, la région OMS des Amériques, avec 10 % de la charge mondiale de morbidité, compte 37 % des personnels de santé et dépense plus de 50 % des sommes mondiales allouées au secteur de la santé.

Le problème concerne aussi la répartition des ressources humaines de la santé à l'intérieur des pays, la crise touchant principalement les zones rurales. En effet, bien que, en moyenne, la moitié de la population vive dans les zones rurales, plus de 75 % des médecins et de 60 % des infirmières exercent dans les zones urbaines.

CAUSES

Parmi les causes de cette pénurie en personnels de santé, on relève l'insuffisance des salaires et la dureté des conditions de travail, le manque de formation et l'émigration.

Mais l'épidémie de sida est par elle-même l'une des principales causes du déficit des personnels soignants ; à la fois parce qu'elle est à l'origine d'une surmortalité et d'une perte de productivité chez les soignants, et aussi parce qu'elle opère comme un facteur de démoralisa-

tion des personnels, et de perte d'attractivité de la profession dans les pays durement touchés.

En premier lieu, les personnels de santé sont eux-mêmes très exposés au VIH – et à la mort. On estime qu'au Botswana, entre

1999 et 2005, 17 % du personnel de santé est mort du sida. Sans une action appropriée, les projections indiquent que 40 %

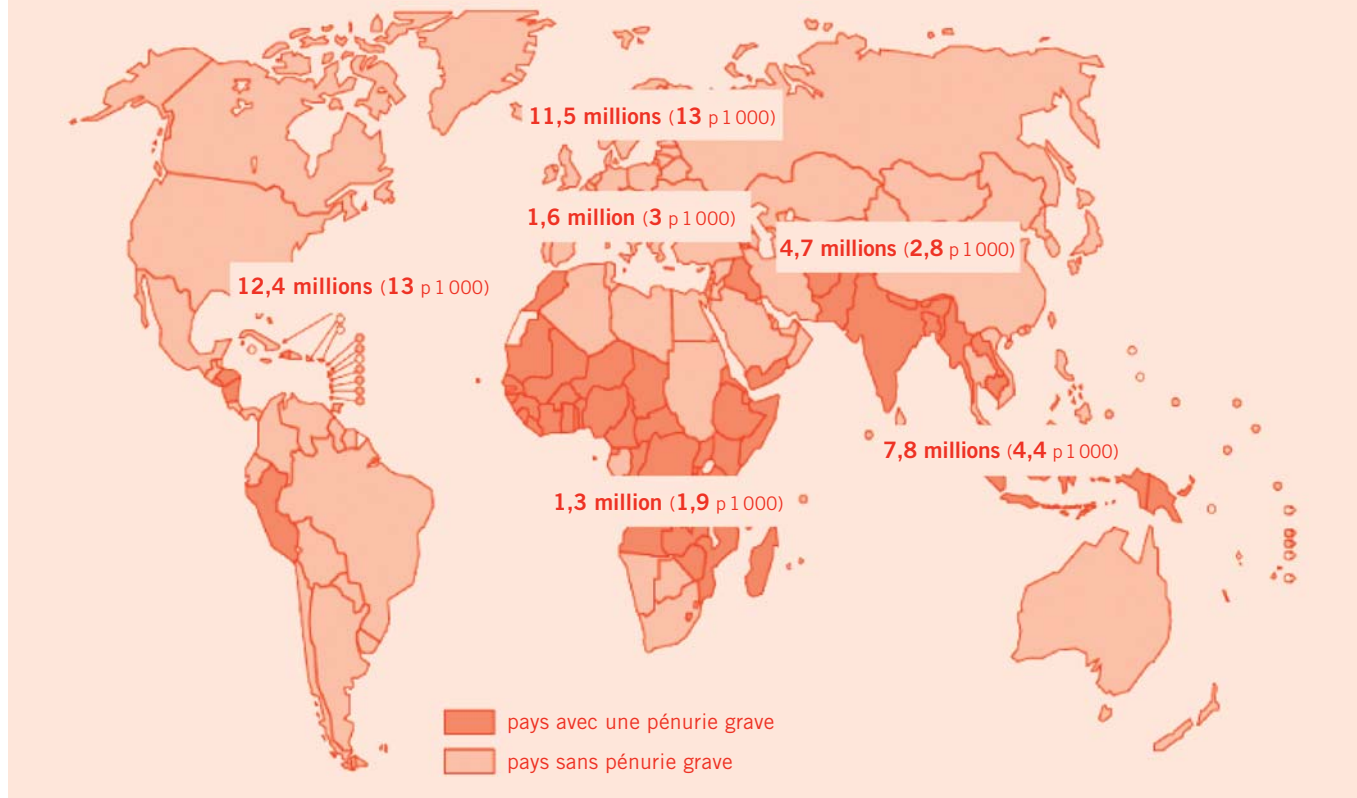
AVEC 24 % DE LA CHARGE DE MORBIDITÉ, L'AFRIQUE SUBSAHARIENNE NE COMPTE QUE 3 % DES PERSONNELS DE SANTÉ DANS LE MONDE

de ce personnel décèdera entre 1999 et 2010. Au Lesotho et au Malawi, les décès dus au sida sont la première cause de la baisse des effectifs sanitaires.

Si les infections au sein du personnel de santé résultent en majorité de relations sexuelles non protégées, il s'agit également, dans une proportion non négligeable, d'expositions professionnelles au virus. Chaque année, 170 000 membres du personnel de santé sont exposés au VIH dans le monde, et 1 000 sont infectés, essentiellement dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires. L'OMS estime par ailleurs que, au niveau mondial, 2,5 % des cas de VIH au sein du personnel de santé résultent de piqûres d'aiguilles ; le manque d'équipements (gants et évacuation des instruments tranchants usagés) et le défaut d'observance – ou l'absence – de procédures de précautions, sont principalement en cause.

Nombre de personnels de santé (densité pour 1 000 personnes) dans les régions de l'OMS

Onusida. Rapport mondial 2006



UN CERCLE VICIEUX

L'OMS identifie là un cercle vicieux où interagissent la faiblesse des systèmes de santé et celle de la riposte au VIH : « La faiblesse des systèmes de santé entraîne une faible couverture en services du VIH. La prévalence augmente, ce qui accroît d'autant la charge de travail des services de santé. Le mauvais état de santé du personnel retentit à son tour sur des systèmes de santé déjà faibles, et la faiblesse des systèmes de santé mène à une riposte inadéquate à l'épidémie de VIH » (figure 1).

Il existe de fait une corrélation directe entre le nombre de prestataires de soins et le taux d'accès au traitement antirétroviral pour les personnes qui en ont besoin. Ainsi au Lesotho, le taux de couverture en traitements antirétroviraux est de 14 % avec seulement 20,9 soignants pour 1 000 personnes ayant besoin d'un traitement, alors qu'en Ouganda, avec 145,5 soignants pour 1 000 personnes ayant besoin d'un traitement, le taux de couverture atteint 51 %. Pour

l'OMS, la conclusion est simple : l'augmentation des effectifs et l'amélioration des compétences du personnel de santé pourraient transformer la riposte au VIH, et sauver des millions de vies.

TREAT, TRAIN, RETAIN

L'OMS a présenté à Toronto son plan d'action contre la pénurie des soignants face au VIH, intitulé « Treat, Train and Retain (TTR) », soit « Traiter, Former, Fidéliser (TFF) ».

Le premier point concerne l'accès aux traitements pour les personnels de santé contaminés par le VIH. Les études montrent en effet que les professionnels sont dissuadés de demander un traitement, en particulier par crainte de la stigmatisation de la part des confrères, ou, selon l'OMS, par crainte de se retrouver aux côtés de leurs propres patients dans les files d'attente.

Dans la mesure où l'état de santé de ces personnels soignants est un déterminant de l'état de santé de l'ensemble de la population et de la lutte globale contre le

VIH, l'OMS s'engage en faveur d'un accès prioritaire aux antirétroviraux pour les personnels de santé (et peut-être à leurs familles) – et lève par avance à ce sujet toute objection éthique.

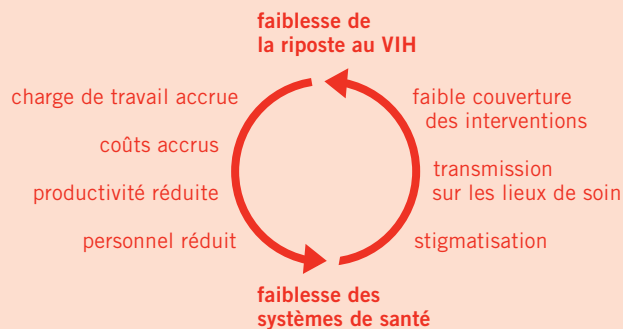
FORMER

Le second volet du plan TFF concerne la formation des personnels soignants. La formation d'un médecin peut durer six ans, délai trop long pour une riposte efficace au sida. L'OMS réitère donc les positions prises depuis la Conférence de Bangkok en faveur de la décentralisation des tâches et du transfert d'activité aux infirmières et aux agents communautaires. Ce « transfert des tâches » est seul à même d'élargir rapidement les effectifs de santé actuels.

Le Malawi a d'ores et déjà mis en pratique cette stratégie de décentralisation de la prise en charge du VIH, et le coordinateur du VIH au ministère de la Santé présentait cette action en session scientifique à Toronto². Un plan d'urgence appelé « Emergency Human Resources

Figure 1. Le cercle vicieux

Onusida. Rapport mondial 2006



Programme » a été mis en place, comportant en particulier un volet de formation des infirmières pour le suivi des patients sous antirétroviraux.

FIDÉLISER

Pour combattre la pénurie des personnels soignants, le troisième volet de l'action consiste à fidéliser les actifs. Ceci implique d'abord de comprendre les raisons du déficit. Les abandons massifs des services de santé publique par des professionnels qualifiés ne sont pas un phénomène nouveau, ni spécifique au sida. Il reste que l'épidémie semble avoir un impact aggravant spécifique. Outre la mortalité imputable au sida évoquée plus haut, on relèvera l'impact du VIH également en termes de stress des soignants et d'attractivité du métier. Une étude sur les motifs d'émigration des soignants dans quatre pays africains (Cameroun, Afrique du Sud, Ouganda et Zimbabwe), montre en effet que 6 des 13 raisons invoquées pouvaient être attribuées au VIH, dont la recherche d'« un environnement plus sûr », « le manque d'installations », et « la lourde charge de travail ». L'OMS insiste également sur ce qu'elle appelle prudemment un « nouveau problème » : celui des personnels de santé qui quittent leur emploi dans le secteur public pour travailler dans des programmes de lutte contre le VIH financés par des ONG, qui offrent des salaires supérieurs.

Enfin, il faut imputer à la « fuite des cerveaux » vers le Nord une lourde part du

déficit de soignants ; pour ne prendre qu'un exemple, en Afrique du Sud, 37 % des médecins et 7 % des infirmières exercent à l'étranger. Lors d'une session scientifique sur les ressources humaines face au sida³, le ministre de la Santé du Kenya⁴ a insisté sur la question des salaires du public dans son pays, cause principale, selon lui, de l'émigration des soignants. Il est par ailleurs également admis, comme l'a souligné l'activiste sud-africain Mark Heywood⁵ lors de la même session, que les services sanitaires du monde entier cherchent à compenser leurs propres pénuries en recrutant à l'étranger des professionnels de la santé qualifiés. L'OMS note ainsi que, paradoxalement, les pays donateurs qui ont été les plus dynamiques dans le financement de la lutte contre le VIH sont aussi ceux qui accueillent en grand nombre des professionnels de la santé originaires des pays les plus touchés par le VIH.

L'objectif du plan TFF en la matière est d'améliorer les conditions de vie et de travail des professionnels de santé, et d'instituer des incitations, financières et non financières. Ainsi, les gouvernements du Malawi et de Zambie ont mis en place une politique de compléments de salaires et institué des avantages éducatifs, afin de fidéliser les personnels de santé.

HORIZONTAL ET VERTICAL

Ceci exige bien évidemment des fonds. L'OMS a procédé aux premières estimations des ressources nécessaires pour mettre en œuvre le plan TFF. Cette ana-

lyse montre que l'application du plan dans les 60 pays où l'impact de l'épidémie est le plus fort coûtera, sur les 5 prochaines années, au moins 7,2 milliards de dollars. Ce financement devra avoir une source stable et pérenne, et s'inscrire dans une stratégie globale de développement des systèmes de santé.

Il s'agit donc d'une problématique spécifique au financement de la lutte contre le VIH – dite verticale, et, conjointement, d'une problématique dite horizontale, c'est-à-dire engageant une vision globale du développement humain. C'est là, pour conclure, le point le plus intéressant peut-être de ce plan TFF, comme l'a noté Michel Kazatchkine lors de la conférence de presse de lancement. Le mouvement de renforcement des systèmes de santé et le mouvement d'élargissement de l'accès aux traitements du sida se sont jusqu'à présent déroulés de façon assez indépendante. L'approche par les systèmes de santé et l'approche verticale de programmes spécifiques à la pathologie VIH ont même été considérées comme contradictoires, ce qui a nui aux deux approches. L'originalité et la force du plan TFF de l'OMS aujourd'hui est de « mêler une approche verticale du VIH, ciblant les spécificités de l'épidémie, et une approche transversale, visant à renforcer les systèmes de santé dans leur ensemble », en s'inscrivant dans un processus plus large de développement humain, de réduction de la pauvreté et de planification.

1 - OMS, « Les pénuries en personnel de santé et la riposte au sida », août 2006

2 - Schouten E.J., « The Malawian Government's emergency human resources programme », WEBS0203

3 - Bridging Session « Human Resources and HIV/AIDS : Advancing Health Workforce Capacity in Delivering Care, Treatment and Support », WEBS02

4 - Mohammad M., communication non référencée, session WEBS02

5 - Heywood M., « Health care for the people », WEBS0205