

L'enjeu crucial des ressources humaines de santé

Pauline Bordron

Stagiaire GIP Esther, Institut du droit de la paix et du développement (Nice)

Gilles Raguin

Responsable du département médical, GIP Esther (Paris)

Obstacle majeur à l'accès aux soins et aux traitements en Afrique, la crise des ressources humaines de santé à été largement évoquée lors de la conférence de Mexico. L'épidémie de sida a agi comme un révélateur, mettant en évidence la faillite des services publics de santé et de leurs ressources humaines.

Depuis près de trente ans, les politiques d'ajustement structurel ont appauvri les services publics en général et les services de santé en particulier dans la quasi-totalité des pays à faibles ressources. Le réveil est brutal. Que l'on regarde les indicateurs de santé globaux ou ceux qui concernent spécifiquement la santé maternelle et infantile, la tuberculose, la couverture vaccinale ou l'accès aux soins de santé primaire, ils sont soit en régression, soit stables et donc loin du niveau des objectifs de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et du millénaire.

Le révélateur de l'épidémie de sida

Le sida n'y échappe que partiellement. Si, grâce aux fonds mobilisés ces dernières années, on assiste à une progression de l'accès au diagnostic, aux soins et aux traitements, ainsi qu'à une réduction de la mortalité, le passage à l'échelle est aujourd'hui fortement ralenti par l'état de déshérence des services publics de santé et leur corollaire, la rareté des personnels de santé.

Cela n'est pas nouveau. Ces vingt dernières années ont vu le secteur public de la

santé se dégrader, partout, et les personnels de santé fuir vers d'autres horizons ou vers d'autres métiers. Mais, une fois de plus, l'épidémie de sida aura agi comme un révélateur. En mettant sous pression le système, avec l'irruption massive de fonds internationaux, l'augmentation rapide du nombre de malades et la mort de nombreux soignants infectés par le VIH, l'épidémie a mis en évidence la faillite des gouvernements, des organisations internationales et du modèle économique défendu par les institutions financières internationales à assurer un accès équitable à des soins de base pour tous¹.

La fuite des acteurs de santé

Dans son rapport annuel 2006, l'OMS appelait à trouver des solutions concrètes adaptées pour tenter de résoudre cette crise de santé publique qui, d'ailleurs, n'est pas spécifique à l'Afrique, même si elle prend là-bas une dimension dramatique. Dans le monde, il manque 4,3 millions de personnels de santé, principalement en Afrique, et il faudrait y augmenter de 139 % les effectifs. On n'y compte en effet que 2,3 personnels de santé pour 1 000 habitants, contre 18,9 en Europe.

Les causes de la pénurie sont nombreuses. La faiblesse budgétaire des pays africains, qui ne consacrent en moyenne que

8 % de leurs budgets nationaux à la santé, et les réformes et plafonds budgétaires imposés par les politiques d'ajustement structurel, les ont empêchés de former et de recruter un nombre suffisant de personnel. De ce fait, et paradoxalement, un certain nombre de pays présentent un déficit alors que de nombreux agents de santé sont sans emploi.

Ces pays ont également du mal à offrir de bonnes conditions de travail et même à verser les salaires. Ce qui explique la fuite des acteurs de santé disponibles vers les pays du Nord d'une part, vers le secteur privé et les organisations internationales d'autre part, où ils peuvent voir leur rémunération multipliée de 4 à 22 fois².

Par exemple, dans les années 1980, la Banque mondiale et le FMI ont imposé au Cameroun, dans le cadre de son Plan d'ajustement structurel, la suspension des recrutements dans le domaine de la santé et deux baisses de salaires successives. La formation des infirmières et des techniciens de laboratoire a été suspendue. Ces mesures ont eu des effets dramati-

ques : en 1999, 80 % des postes du secteur public sanitaire étaient vacants et le personnel démotivé². Si la Banque mondiale a maintenant compris l'importance de renforcer les systèmes de santé, le FMI continue d'imposer des mesures budgétaires défavorables au développement des

Ce qui frappe, c'est le relatif oubli, notamment dans les expériences pilotées par les programmes nationaux, des patients experts.

ressources humaines de santé (RHS) dans le secteur public, comme l'a fort bien montré G. Ooms dans sa présentation sur le cas du Mozambique lors de la conférence de Mexico³.

Cette conférence a en effet été l'occasion de présenter les résultats de plusieurs études et expériences consacrées au diagnostic et au traitement de cette crise. Plusieurs symposiums satellite – notamment celui de l'Alliance mondiale pour les personnels de santé (AMPS) et celui de MSF – ainsi que trois sessions de communications orales étaient consacrés à la crise des RHS.

La très grande hétérogénéité des intervenants

Mais de quelles « ressources humaines de santé » parle-t-on ? Par personnels de santé, l'OMS désigne l'ensemble des personnes exerçant des activités dont l'objet essentiel est de protéger et d'améliorer la santé. Cela comprend donc, outre les médecins, infirmières, pharmaciens et biologistes, d'autres acteurs tels que les patients experts, les bénévoles, les conseillers et les agents communautaires. Au Mexique, une série de communications détaillaient les profils, les cahiers des charges et les résultats de ces différents acteurs dans des contextes et des pays très variés.

Ce qui frappe et interroge, c'est, d'une part, la très grande hétérogénéité de ces intervenants et, d'autre part, le relatif oubli, notamment dans les expériences pilotées par les programmes nationaux, des patients experts, pourtant reconnus par l'OMS comme un personnel crucial pour la résolution de la crise. Il faut également souligner l'absence relative de mesures de la qualité des interventions de santé conduites par ces personnels, la plupart des communications mesurant la quantité de patients « traités » et de tâches conduites plus que leur qualité.

W. Van Damme a d'ailleurs très justement mis en garde contre, d'une part, une absence d'identification précise des tâches et responsabilités des différentes catégories de « nouveaux personnels de santé » et, d'autre part, la nécessité, sous peine

d'échec, d'encadrer, de superviser, de suivre et d'évaluer les différentes expériences conduites dans ce domaine⁴.

Recommandations et solutions expérimentées

Une première recommandation de l'OMS suggère d'accroître la performance des systèmes de santé en développant de nouveaux métiers de santé, avec un temps de formation court, une stratégie de délégation des tâches et une supervision continue par tutorat/mentorat. Ces nouveaux acteurs de santé, issus des communautés, devraient être formés en langue locale et apprendre les savoir-faire adaptés à la situation sanitaire locale.

Cette stratégie de simplification et de délégation des tâches fait l'objet de nombreuses expériences avec des résultats mitigés. Globalement, comme le montrent les exemples ci-dessous, elle a effectivement permis d'augmenter la masse de patients traités. Toutefois, les systèmes de supervision sont souvent faibles, la qualité des services produits peu évaluée et certains responsables associatifs s'inquiètent d'un système de santé « au rabais » mis en place en temps de crise et aboutissant *in fine* à une réduction d'accès aux personnels plus spécialisés et mieux formés.

Pour eux, la pénurie de RHS entraîne de facto une délégation des tâches, mais de manière non organisée. Certains agents effectuent des tâches pour lesquelles ils n'ont pas été suffisamment formés. La formation se fait souvent hors de tout cadre normatif et désorganise le fonctionnement des services de santé. Ils recommandent de faire porter plus d'efforts sur la formation initiale en particulier par l'augmentation de l'offre de formation, une remise à niveau des curricula et une concertation entre ceux qui forment et ceux qui emploient.

En Haïti, des équipes multidisciplinaires mobiles offrent des formations sur site et aident à réaliser les plans opérationnels⁵, la délégation des tâches se fait des méde-

cins aux infirmiers et des infirmiers aux agents de santé communautaires ; les perdus de vue ne sont plus que 5 % à 24 mois⁶. Les PvVIH sont intégrées au système de soins⁷. L'Ouganda, pionnier dans la mise en œuvre de la délégation des tâches, a formé 1 570 dispensateurs de soins de santé à la prise en charge du VIH/sida dès 2005 et ainsi étendu le nombre de sites de traitement à travers le pays. Des PvVIH sont formés à soutenir et suivre 20 patients sous ARV chacun⁸.

Une grande variété de mécanismes

Les expériences du Mozambique, du Malawi et du Kenya montrent une variété de mécanismes mis en place à différents niveaux par différents acteurs (partenaires internationaux, Etats, ONG) et agissant sur différents aspects (formation, salaires, délégation des tâches, intégration de nouvelles catégories d'agents). Le Mozambique, avec une prévalence de 16,1 % et une pénurie sévère de RHS, a créé en 2006 un nouveau cadre de technicien de santé, pour l'initiation des traitements et le suivi des patients. La proportion de PvVIH mis sous ARV est ainsi passée de 7,4 % en 2005 à 28 % en 2007. Une évaluation de la prise en charge des personnes sous ARV par les techniciens de santé a été présentée⁹. Elle conclut

que les capacités de suivi des techniciens sont plus élevées que celle des médecins et que la qualité des soins est équivalente¹⁰.

Au Malawi (prévalence de 14 %), en 1999, 25 % des officiers cliniques et 51 % des infirmiers sont décédés de sida.

En 2004, le ministère de la santé lance un Programme d'urgence pour les RHS, concentré sur la formation, les incitations, le recrutement, le déploiement et la rétention de 11 types de personnel prioritaires, parmi lesquels les médecins, les infirmiers, les officiers cliniques, les assistants médicaux, les pharmaciens et les techniciens de laboratoire, ainsi qu'une augmentation du salaire brut de 52 %. En

Les systèmes de supervision sont souvent faibles, la qualité des services produits peu évaluée et certains responsables associatifs s'inquiètent d'un système de santé « au rabais ».

2007, il y avait 40 % de docteurs, 50 % d'officiers cliniques et 30 % d'infirmiers de plus en poste qu'en 2003. Dans le programme MSF¹¹ de Thyolo, les ARV sont gérés par des infirmiers et des conseillers dans des cliniques communautaires. La délégation de tâches a permis d'augmenter la capacité d'initiation aux ARV de 100 patients par mois en 2004 à 400 patients par mois en 2007 grâce à une approche standardisée et une implication forte de la communauté¹².

Le Kenya (prévalence de 6,1 %) pratique également la délégation des tâches, à l'aide d'officiers cliniques placés dans les dispensaires et les zones urbaines défavorisées¹³. Usaid finance dans 18 cliniques du Kenya un modèle de soins exprès (« express care »)¹⁴ avec l'objectif d'alléger la prise en charge des patients stables et d'augmenter la fréquence des visites pour les plus malades. La

Fondation Clinton a mis en place un projet de tutorat clinique à l'attention des infirmiers en 2006¹⁵. Les conclusions sont que les infirmiers

préfèrent avoir pour tuteurs des infirmiers et que les tuteurs doivent préférentiellement être d'origine locale pour des raisons de langue, de culture, de connaissance des maladies les plus courantes, de disponibilité et de capacité à revenir.

Dans le district de Suba (prévalence de 30 %), très isolé, l'accès aux soins a été organisé autour d'une équipe de gestion sanitaire de district¹⁶, regroupant des officiers cliniques, des infirmiers et des travailleurs communautaires, accompagnés occasionnellement de techniciens de laboratoire et d'employés de pharmacie. Cette équipe, basée dans un hôpital de district, offre un soutien hebdomadaire aux sites périphériques. Les tâches non médicales sont confiées à des agents communautaires. En vingt mois, le nombre de sites ARV est passé de 4 à 12 et le nombre de malades sous ARV de 400 à 3 000.

D'autres expériences, au Burundi¹⁷ (délégation des tâches en milieu hospitalier et sur les sites décentralisés avec incitations

financières et tutorat) ou au Cameroun¹⁸ (recherche opérationnelle comparant un protocole de prise en charge allégé avec délégation des tâches et un protocole standard médicalisé de prise en charge) font état de résultats intéressants, dont l'évaluation commence tout juste et dont on attend avec intérêt de tester la généralisation et le potentiel de pérennisation.

Un combat aussi politique

En conclusion, la question des RHS est essentielle. Elle est même vitale, au sens propre, pour le succès de l'accès universel aux soins et au traitement pour le VIH mais aussi, de façon plus large, pour la remise à niveau des services de santé publics dans les pays les plus pauvres. L'épidémie de sida et la capacité des acteurs de la lutte contre le sida à révéler

les faiblesses sinon les faillites de l'accès à la santé agissent de nouveau comme un levier formidable pour résoudre ce « gap » sanitaire.

Les fonds mobilisés et la capacité d'innovation des acteurs de santé

devraient permettre de trouver des solutions adaptées.

Mais le combat est aussi politique : sans plaidoyer fort et résolu auprès des institutions financières internationales, il sera très difficile de pérenniser les expériences entreprises et de les généraliser, comme le montrent très bien les exemples du Malawi et du Mozambique.

Sans plaidoyer fort et résolu auprès des institutions financières internationales, il sera très difficile de pérenniser les expériences.

1 - Stuckler D et al., « International Monetary Fund programs and tuberculosis outcomes in post-communist countries », *PLoS Medicine* 2008, 5, 7, e143. doi: 10.1371/journal.pmed.0050143

2 - « The Health Workforce in Africa Challenges and Prospects, A report of the Africa Working Group of the Joint Learning Initiative on Human Resources for Health and Development », septembre 2006

3 - Ooms G, Philips M, « Fiscal space for health expenditure in Mozambique : blocking effectiveness of international funds through budget support », *MOAEo206*

4 - Van Damme W, « Trends and challenges of task-shifting to lay workers ». MSF satellite meeting

5 - Destine R et al., « The critical role of multidisciplinary mobile teams in scaling-up services for prevention and care nationwide », *WEPEo056*

6 - Ivers LC et al., « Task-shifting in HIV care : a nurse-centred, community-based model of care in rural Haiti », *WEAXo103*

7 - Pierre Louis Duret B et al., « PLWHIV as peer counsellors in first level health care facilities : a vector for their social rehabilitation », *TUADo104*

8 - Nantume S, « The use of expert clients in scaling up ART delivery in Communities : TASO ART community model in Uganda », *MOPEo092*

9 - Gimbel-Sherr K, « Task shifting to mid-level clinical health providers : an evaluation of quality of ART provided by técnicos de medicina and physicians in Mozambique », *WEAXo105*

10 - Humphreys C et al. ; « Effectiveness and safety of nurse led primary care based ARV treatment in Swaziland », *WEABo206*

11 - « Help wanted : confronting the health care worker crisis to expand access to VIH/SIDA treatment, MSF experience in southern Africa », mai 2007

12 - Massaquoi M. et al., « Achieving universal access to antiretroviral therapy in a rural district in Malawi : how was it done ? », *TUABo303*

13 - « Using mid-level cadres as substitutes for internationally mobile health professionals in Africa. A desk review », Dovlo D, *Human Resources for Health*, 2004

14 - Kosgei R et al., « Express Care : a clinician-nurse model for the management of high volume HIV clinics in Western Kenya », *WEAXo102*

15 - Sliney A, « Clinical mentoring to support scale up of comprehensive HIV care and treatment in Kenya. Satellite meeting, Clinical mentoring and training of HIV/AIDS healthcare professionals in resource limited settings – development of new models », XVI^e International AIDS Conference, Toronto, 2006

16 - Adero W et al., « Towards universal access : decentralization in rural Kenya », *MOPEo091*

17 - Cailhol J et al., HIV-care integration attempt into a public hospital in Burundi, *WEAXo104*

18 - Kouanfack C et al., « Clinical and immunological assessment of patients initiating antiretroviral therapy in rural district hospitals in Cameroon », *TUPEo100*