



SANTÉ MONDIALE 2030

THINK TANK

Les métiers de la santé de demain

Maëlle de Seze, Stéphanie Tchiombiano, Héroïse Mahé

Version du 5 avril 2024

Cette étude a été réalisée avec un financement de l'Agence Française de Développement.

Table des matières

Table des matières	1
Liste des acronymes et abréviations	4
Listes des illustrations, figures et encadrés	6
Avant-propos et remerciements	8
Résumé exécutif	9
Introduction	14
1. Contexte	15
1.1 Contexte général : bref historique des initiatives internationales liées aux les métiers de la santé	15
1.2 Contexte de l'étude : pénurie et répartition inégale des ressources humaines en santé pour faire face aux défis de santé de demain	17
2. Objectifs de l'étude et questions de recherche	20
2.1 Objectifs de l'étude	20
2.2 Questions de recherche	21
3. Méthodologie	21
Partie 1. Dynamiques et évolutions récentes des métiers de la santé au niveau mondial	22
1. Une pénurie globale, à l'échelle de la planète	23
1.1 Pénurie mondiale, pénuries nationales : estimations statistiques et dynamiques régionales	25
1.2 Répartition inégale : des estimations à l'échelle mondiale qui cachent de grandes disparités	27
1.3 La santé, un secteur en forte croissance : l'exemple de la France	28
1.4 La « Grande démission » et le secteur de la santé	32
2. La reconnaissance de l'importance des conditions de travail des professionnels de santé	34
2.1 Prendre soin des soignants : une nécessité	34
2.2 Le problème de l'attractivité des métiers de la santé	35
3. Reconnaissance de la diversité des métiers de la santé	39
3.1 Mieux représenter la diversité des métiers de la santé : une tendance renforcée depuis la fin des années 2010	39
3.2 L'exemple des métiers de la santé publique pendant, et à la suite, de l'épidémie de Covid-19	40
4. Créer de nouveaux métiers de la santé : exemples concrets, pistes de solutions et difficultés	42
4.1 Quelques exemples de nouveaux métiers de la santé	42
4.2 La création d'un nouveau métier : enjeux et difficultés	43
Conclusion	45
Partie 2. Focus sur l'Afrique sub-saharienne	46
1. Les métiers de la santé de demain en Afrique sub-saharienne : d'abord une question de nombre	47
1.1 Une densité bien trop faible	47
1.2 Un écart important pour atteindre une Couverture sanitaire universelle de 70 % d'ici 2030	48
1.3 La représentation du <i>skill-mix</i> idéal : une illustration de la diversité des métiers de la santé nécessaires au bon fonctionnement des systèmes de santé en Afrique	49
2. Les agents de santé communautaire : une composante essentielle dans de nombreux pays d'Afrique sub-saharienne	51

2.1. Miser sur les agents de santé communautaire, une stratégie adoptée par de nombreux pays	52
2.2. Les agents de santé communautaire : des professionnels de santé comme les autres ? Enjeux de professionnalisation et conditions d'intégration au système de santé	55
3. Investir davantage dans le recrutement et la formation des professionnels de santé : une orientation stratégique pour demain	57
3.1 Dégager l'assiette fiscale nécessaire au recrutement des jeunes diplômés : une urgence	58
3.2 Augmenter les capacités de formation pour demain : un investissement rentable	59
3.3 Garantir la qualité des formations afin d'améliorer la qualité des soins	61
4. Le défi de la fidélisation des professionnels de santé en zones rurales et reculées	64
4.1 Mécanismes incitatifs financiers : le salaire comme condition préalable	64
4.2 Mécanismes incitatifs non-financiers : l'importance croissante des conditions de travail des professionnels de santé	65
4.3 Décentraliser la formation pour décentraliser les soins	65
5. Le développement du secteur privé en santé : une tendance en expansion rapide en Afrique subsaharienne.	66
5.1 Le rôle du secteur privé dans la formation et l'emploi des ressources humaines de santé en Afrique Sub-saharienne	67
5.2 Encadrer le développement du secteur privé en Afrique-Sub-saharienne : un enjeu pour atteindre la couverture de santé universelle	68
6. Les défis de la gouvernance et de la gestion	70
6.1 Comprendre les conséquences d'un manque de gouvernance afin d'identifier les interventions prioritaires	71
6.2 Améliorer le leadership technique et professionnel aux niveaux les plus élevés du gouvernement	73
Conclusion	75
Partie 3. Tendances et défis futurs	76
1. L'impact de la transformation des systèmes de santé sur les métiers de la santé	77
1.1 Une remise en cause du modèle de santé publique centré sur l'hôpital	77
1.2 L'émergence de nouveaux métiers « intermédiaires », délégation des tâches et évolution des champs de pratique	78
1.3 L'émergence d'une vision plus globale de la santé	78
1.4 L'importance du dialogue social et de l'approche intersectorielle.	79
2. La mobilisation de la société civile et des communautés	80
2.1 Le rapprochement de la santé et des activités du <i>care</i>	81
2.2 Médiateurs en santé et agents de santé communautaires : l'accès aux soins, aux informations de santé et à la prévention pour les personnes précaires et dans les déserts médicaux	81
3. Les inégalités de genre et la reconnaissance croissante du rôle des femmes au sein des métiers de la santé	83
3.1 Les inégalités de genre au sein des professionnels de santé	83
3.2 L'inégalité de genre, un objet d'analyse et de réflexion	85
4. La lutte contre les discriminations au sein des systèmes de santé	86
4.1 L'impact des discriminations selon l'origine ethnoraciale sur la santé des personnes et groupes de personnes victimes de discriminations	87
4.2 Des rapports de pouvoir déséquilibrés au niveau mondial	88

5.	Avancées scientifiques, technologiques et santé numérique	89
5.1	L'impact de la santé numérique sur les pratiques et les métiers de la santé	89
5.2	L'émergence de nouvelles compétences et de changements structurels	91
6.	Les évolutions de la formation aux métiers de la santé	92
6.1	Développer l'offre de formation pour faire évoluer les compétences et formaliser de nouveaux métiers	94
6.2	Décloisonner les métiers existants	96
6.3	Utiliser les nouvelles technologies pour l'apprentissage	97
7.	Mobilités, migrations et nouvelles opportunités	98
7.1	L'ampleur des mobilités des professionnels de santé et leur impact sur les systèmes de santé	99
7.2	Le Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé	100
7.3	Les politiques mises en place par les pays	101
8.	Santé et environnement : des opportunités professionnelles et une urgence de plus en plus reconnue, mais quels nouveaux métiers ?	103
8.1	Santé et changement climatique : une thématique montante mais quels métiers spécifiques ?	103
8.2	La santé environnementale	104
8.3	L'approche One Health	104
	Conclusion Partie 3	105
	Conclusion générale	106
	Bibliographie	108
	Annexes	120
	Annexe n°1 : Glossaire	120
	Annexe 2 – Méthodologie détaillée	122
	Annexe n°3 : Indicateurs pris en compte afin de mesurer le seuil minimal de densité de professionnels de santé nécessaire pour 2030	127
	Annexe 4 – Densité des agents de santé communautaires pour 100 000 personnes en 2018 dans les pays de la région Afrique de l'OMS.	128

Liste des acronymes et abréviations

ADS	Armée pour le développement de la santé
AMS	Assemblée mondiale de la santé
ASC	Agent de santé communautaire
AVS	Agents de vulgarisation sanitaire
BIT	Bureau international du travail
BRA	Bureau de la région Afrique de l’OMS
CBE	Formation fondée sur les compétences (<i>Competency-Based Education</i>)
CEDEAO	Communauté économique des Etats d’Afrique de l’Ouest
CCNE	Comité Consultatif National d’Ethique pour les sciences de la vie et de la santé
CHU	Centre hospitalier universitaire
CRFPS	Conseil régional pour la formation des professionnels de santé
CICR	Comité international de la Croix-Rouge
CITP	Classification internationale type des professions
CME	Formation médicale continue (<i>Continuing medical education</i>)
CPD	Développement professionnel continue (<i>Continuing professional development</i>)
CSU	Couverture de santé universelle
DARES	Direction de l’animation de la recherche, des études et des statistiques (Ministère français du travail, du plein emploi et de l’insertion)
EOHSP	Observatoire européen des systèmes et politiques de santé (<i>European Observatory on Health Systems and Policies</i>)
EPHF	Fonctions essentielles de santé publique (<i>Essential public health functions</i>)
EPI	Équipements de protection individuels
EPR	Urgence, préparation et réponse (<i>Emergency preparedness and response</i>)
GHW	Les personnels de santé dans le monde (<i>Global health workforce</i>)
GHWA	Alliance mondiale des personnels de santé (<i>Global Health Workforce Alliance</i>)
GHWN	Réseau mondial des personnels de santé (<i>Global Health Workforce Network</i>)
HCWF	health and care workforce
HEW	Agent de vulgarisation sanitaire (<i>Health extension workers</i>).
HWF	Les professionnels de santé (<i>Health Workforce</i>)
IANPHI	<i>International Association of National Public Health Institutes</i>
IDE	Infirmier Diplômé d’État
IPA	Infirmier en pratique avancée
LMD	Licence Master Doctorat
MES	Ministère de l’Enseignement Supérieur
MSF	Médecins Sans Frontières
MdM	Médecins du Monde
NHWA	Comptes nationaux des personnels de santé (<i>National Health Workforce Accounts</i>)
NPHIs	Instituts nationaux de santé publique (<i>National public health institutes</i>).
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
ODD	Objectifs de Développement Durable
OI	Organisations internationales

OIT	Organisation internationale du travail
OMS	Organisation mondiale de la santé
OMS AFRO	Bureau de la région Afrique de l'OMS
ONG	Organisation non gouvernementale
ONGi	Organisation non gouvernementale internationale
PRFI	Pays à revenu faible et intermédiaire
PRE	Pays à revenu élevé
RHS	Ressources humaines de santé
RSS	Renforcement des systèmes de santé
SADC	Communauté de développement de l'Afrique australe (<i>Southern African Development Community</i>)
SIS	Systèmes d'Information en Santé
SWEDD	<i>Sahel Women Empowerment and Demographic Dividend</i>
UNFPA	Agence des Nations-Unies pour la santé sexuelle et reproductive (<i>United nations population Fund</i>)
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WFME	<i>World Federation for Medical Education</i>
W4H	Programme "Travailler pour la santé" (<i>Working for Health Programme</i>)

Abréviations

Code de pratique mondial	→	Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé
Commission de haut niveau	→	Commission de haut niveau sur l'emploi en santé et la croissance économique
Stratégie mondiale	→	Stratégie mondiale sur les ressources humaines en santé à l'horizon 2030

Listes des illustrations, figures et encadrés

Liste des illustrations et figures

Figure 2 : Densité des personnels de santé (dentistes, infirmiers, médecins, pharmaciens, sage-femmes) pour 10 000 habitants en 2020.....	24
Figure 3 : Densité des personnels de santé (dentistes, infirmiers, médecins, pharmaciens, sages-femmes) pour 10 000 personnes en 2020 par groupes de revenus.	27
Figure 4 : Les secteurs les plus dynamiques en France entre 2019 et 2030 (scénario de référence) selon la DARES.....	29
Figure 5 : Les métiers en plus forte expansion en France entre 2019 et 2030 selon la DARES....	30
Figure 6 : Les métiers où les déséquilibres potentiels sont les plus importants entre postes à pourvoir et nouveaux arrivants en France (entre 2019 et 2030, scénario de référence), selon la DARES.....	30
Figure 7 : Liens entre environnement de travail et qualité des soins.....	37
Figure 10 : Comparaison entre la densité de professionnels de santé dans la région Afrique de l’OMS en 2018 pour 10 000 personnes) et la densité théorique nécessaire pour atteindre plus de 70% de Couverture sanitaire universelle	48
Figure 11 : Représentation idéale des professionnels pour atteindre 70% de CSU dans la région Afrique de l’OMS.....	50
Figure 15 : Table des évènements institutionnels ou scientifiques utilisés pour l’étude	126

Liste des encadrés (à compléter)

Encadré 1. Seuils minimaux de professionnels de santé utilisés en santé mondiale.....	26
Encadré 2. Classifications et listes existantes des métiers de la santé à l’échelle mondiale.....	41
Encadré 3. La création d’un nouveau métier : l’exemple des logisticiens de santé.....	48
Encadré 4. L’origine des Agents de santé communautaire.....	56
Encadré 5. Intégration d’Agents de santé communautaire au système de santé.....	57
Encadré 6. La mise en place d’un partenariat public-privé dans l’éducation à la santé.....	68
Encadré 7. Lignes directrice de l’OMS pour la production, l’attraction, le recrutement et la fidélisation des agents de santé dans les zones rurales et reculées.....	69
Encadré 8. Le Rapport d’enquête d’Oxfam sur le Financement des partenariats publics privés en santé.....	80
Encadré 9. TAPIC : un cadre de gouvernance pour renforcer la prise de décision et la mise en œuvre.....	82
Encadré 10. Un exemple de gouvernance intersectorielle fondée sur des données probantes.....	86
Encadré 11. La place de la société civile dans la prestation directe de soins.....	94
Encadré 12. « Rien pour nous, sans nous ». L’héritage de la lutte contre le Sida dans la santé communautaire.....	97
Encadré 13. Un exemple de politique favorable à la famille - le congé paternité.....	101

Encadré 14. La téléphonie mobile au service des patients atteints de diabète.....106

Encadré 15. Comment la pandémie de Covid a accéléré l'utilisation des outils numériques de santé.....107

Encadré 16. Réformes proposées par la commission Lancet.....110

Encadré 17. Un exemple d'éducation interprofessionnelle. Université de Gand, Belgique.....113

Encadré 18. Exploiter les nouvelles technologies pour la formation médicale.....115

Encadré 19. Un exemple d'accord international pour faciliter la mobilité internationale des professionnels de santé : le projet « Triple Win » allemand119

Avant-propos et remerciements

Synthétiser les connaissances sur les métiers de la santé de demain, mettre en avant les grandes tendances au niveau mondial et identifier des pistes concrètes d'innovation est un objectif ambitieux. Non seulement le champ d'étude est extrêmement vaste (et plus encore lorsqu'on adopte une perspective mondiale, comme c'était le cas de cette étude) mais surtout, l'approche prospective nous impose de bien distinguer ce qui est de l'ordre du possible (du fait des dynamiques, en cours ou passées, que nous avons pu analyser) et ce qui est de l'ordre du souhaitable. L'objectif de cette étude est de poser un regard analytique sur l'existant et sur les grandes tendances qui se profilent à l'horizon, sans donner de recommandations explicites, qu'il revient aux membres du think tank Santé mondiale 2030 de porter. Il ne s'agit pas ici de nous positionner de manière normative sur les chemins à prendre, ou, au contraire, à éviter, mais de documenter la situation présente et de fournir un cadre pour mieux accompagner la réflexion des acteurs : comment adapter ou transformer l'organisation et la formation des professionnels de santé afin de faire face à la pénurie de soignants et aux autres défis de demain ? Il faut donc distinguer la présente étude, qui, si elle a été réalisée en lien constant avec les membres du think tank Santé mondiale 2030, n'engage que ses autrices et les recommandations concrètes qui sont portées, dans un autre document, par le think tank Santé mondiale 2030.

L'étude a été réalisée entre février 2022 et octobre 2023, par Maelle de Seze, en collaboration avec Stéphanie Tchiombiano et Héloïse Mahé, dans le cadre d'une convention COPAR liant le think tank Santé mondiale 2030 et l'AFD. Elle a été menée depuis la région parisienne avec des entretiens à distance (via zoom) mais aussi en personne, à Paris et Genève. Après discussion avec l'équipe de l'AFD, il a été décidé de faire un focus sur une zone géographique précise (l'Afrique), afin de construire une grille cohérente de compréhension des enjeux locaux plus spécifiques à cette zone, du fait de l'importance des besoins et des liens de partenariats qui existent dans cette région avec des acteurs de l'aide publique au développement de la France. Certains résultats de cette étude ont été présentés lors d'une journée de réflexion interne des équipes de l'Agence française de développement et d'Expertise France, le 23 juin 2023.

Plusieurs questions se sont posées tout au long de l'étude : 1) la difficulté à trouver des données sur les métiers de la santé au-delà des professionnels du soin (médecins, infirmiers, sages-femmes) dans le cadre d'un système de santé encore trop souvent centré sur l'hôpital; 2) les enjeux de traduction des différents concepts de l'anglais au français (formation tout au long de la vie versus formation continue / champ de pratiques versus délégation des tâches etc.), 3) la peine à obtenir des données « de terrain » et liées à des aspects opérationnels (situation sécuritaire au Mali et au Niger, initiatives associatives ou gouvernementales peu documentées, anecdotes professionnelles difficiles à trianguler, etc.). La présente étude est loin d'être exhaustive, de nombreuses questions pourraient faire l'objet de recherches futures pour approfondir l'analyse.

Nous tenons à remercier les membres du think tank pour leur regard critique et constructif, leur accompagnement tout au long de l'étude et la richesse de nos échanges. Cette étude a été en très grande partie alimentée par nos discussions collectives.

Merci à toutes les personnes qui ont accepté et pris le temps de participer à cette étude, notamment Jim Campbell et les membres de son département à l'OMS. Merci à Perrine Bonvalet qui été notre interlocutrice au sein de l'équipe de l'AFD. Merci à Zeinabou Niamé Daffé et à Margaux Chavardès, à qui l'on doit toutes les infographies originales de cette étude.

Résumé exécutif

S'intéresser aux métiers de la santé permet d'interroger à la fois l'organisation, la formation, les carrières et les trajectoires des professionnels de santé au sein de systèmes de santé. La mise en place d'initiatives internationales dédiées aux ressources humaines en santé depuis 20 ans reflète une prise de conscience progressive, quoique insuffisante, du caractère central des professionnels de santé pour le bon fonctionnement des systèmes de santé : *Global Health Workforce Alliance*, Déclaration de Kampala, Code de pratique mondiale, Commission de haut niveau sur l'emploi en santé et la croissance économique, stratégie mondiale sur les ressources humaines, etc.

Nos manières de « faire de la santé » vont radicalement changer dans les années qui viennent, impactant inévitablement, le contenu, la formation et l'organisation actuelle des métiers de la santé. La présente étude, fondée sur des méthodes qualitatives (entretiens et synthèse de la littérature) explore ces enjeux et met en avant les grandes tendances en cours et à venir : comment adapter ou transformer l'organisation et la formation des professionnels de santé afin de faire face à la pénurie de soignants et aux autres défis de demain ? Quelles sont les évolutions et innovations possibles (notamment pour réorganiser nos systèmes de santé et décloisonner les métiers tels qu'ils existent aujourd'hui) ? Comment repenser les modèles de formation aux métiers de la santé pour rendre ces évolutions et innovations possibles ?

Si la pénurie et l'inégale répartition des professionnels de santé ont été régulièrement mises à l'agenda international et restent des questions centrales, la question de l'évolution des métiers de la santé est également cruciale, du fait de l'émergence de nouveaux défis :

- Défis démographiques (nécessité de répondre à des besoins différents notamment liés au vieillissement des populations) ;
- Défis techniques (développement de nouvelles compétences liées aux nouvelles technologies : biologie moléculaire, génétique, intelligence artificielle, e-santé, etc.)
- Défis sanitaires (montée en puissance de certaines maladies comme les cancers, les maladies infectieuses émergentes ou encore les problèmes de santé mentale, etc. qui exigeront une nouvelle répartition des compétences en santé)
- Défis environnementaux (modifications des systèmes de santé pour qu'ils soient davantage capables de réagir à des catastrophes naturelles, aux effets croissants du changement climatique sur la santé, à la surveillance des zoonoses, etc.),
- Défis sociaux (aspirations à des conditions de travail plus sûres pour les professionnels de santé, et à des systèmes de santé moins discriminants)
- Défis géopolitiques (nécessité de prendre en compte l'augmentation constante des mobilités internationales des professionnels de santé, dans un contexte de pénurie globale et de répartition très inégale)

La question du nombre insuffisant de professionnels de santé, largement documentée dans la première partie de l'étude, dédiée aux dynamiques et évolutions récentes, est centrale. Si les estimations de l'OMS montrent une augmentation globale de 29 % du nombre global de personnels de santé entre 2013 et 2020 – environ trois fois supérieure à l'augmentation de la population mondiale, qui est de 9,7 % sur la même période – on peut toujours parler de pénurie mondiale (au sens où quasiment tous les pays sont touchés) : il manquerait 10 millions de personnels de santé à l'horizon 2030. Surtout, la répartition des professionnels de santé est profondément inégalitaire. En 2020, les pays à revenu élevé avaient une densité de professionnels de santé 6,5 fois supérieure aux pays à revenu faible, avec moins de cinq professionnels de santé pour 10 000 habitants au Niger, au Tchad et en Centrafrique (quand le seuil minimal posé par l'OMS est de 50 professionnels de la santé pour 10 000 habitants).

Au-delà de l'enjeu du nombre, plusieurs dynamiques et évolutions récentes se dégagent :

- La dimension universelle des enjeux : le désinvestissement de l'hôpital public, les mouvements accrus de démission et l'augmentation du nombre de déserts médicaux touchent presque tous les pays du monde.
- Le sous-financement structurel de formation et d'emplois de professionnels de santé est d'autant plus étonnant que la crise Covid a montré leur rôle central pour le bon fonctionnement des sociétés. L'investissement dans la santé est considéré comme un coût, et non comme un investissement, malgré le potentiel effet multiplicateur de la santé sur la croissance économique, sur la cohésion sociale, sur la sécurité sanitaire. Les estimations de l'OIT suggèrent que chaque poste de professionnel de santé créé génère 2,3 emplois dans des professions non liées à la santé (avec des

- variations entre les régions). La santé représente environ 10% du PIB mondial en 2023, elle devrait être, malgré l'importance des besoins non pourvus, le secteur économique qui aura la croissance la plus forte d'ici 2030 (+ 13 % en France, par exemple).
- Une prise de conscience accrue, ces dernières années, de l'importance des conditions de travail, de la nécessité de « prendre soin des soignants » et de renforcer l'attractivité des métiers de la santé (sécurisation, augmentation des salaires, meilleure équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle), même si cette prise de conscience ne se décline pas suffisamment en actions concrètes.
 - La mise en visibilité croissante de l'ensemble des métiers de la santé, trop souvent résumés aux métiers du soin (et parmi ces derniers, au tryptique « médecin / infirmier / sage-femme »), avec une prise en compte progressive :
 - des métiers de la santé publique (prévention, promotion de la santé, épidémiologie, etc.),
 - des métiers spécifiques du secteur humanitaire (urgences, gestion de crises sanitaires et environnementales, réfugiés, conflits),
 - des métiers en évolution, comme les infirmiers en pratique avancée, les spécialistes du numérique de la santé, les logisticiens de la santé, les techniciens de laboratoire ou encore les agents de santé communautaires et les médiateurs en santé, qui peinent à être effectivement reconnus comme membres des systèmes de santé.

Si ces différentes tendances sont valables à l'échelle de la planète, les pays africains subissent de plein fouet la crise des professionnels de santé. Certaines particularités se dégagent, mises en lumière dans la deuxième partie de l'étude.

- Les écarts se creusent : la région Afrique de l'OMS, qui représentait un quart de la pénurie mondiale de personnels de santé en 2013, devrait représenter **52 % de la pénurie mondiale en 2030**.
- Le nombre de professionnels de santé actuellement en poste est très inférieur à tous les seuils minimaux calculés pour une couverture santé correcte des populations et un accès aux soins satisfaisants. la **densité des personnels de santé** dans les pays de la région Afrique de l'OMS, est **exceptionnellement faible** estimée à 2,9 pour 1000 habitants en 2021 alors que le seuil minimal pour atteindre 70 % de couverture santé universelle (CSU) est estimé à 13,4 pour 1000 habitants. Il faudrait donc, a minima, multiplier par quatre le nombre de professionnels de santé en poste dans la région. De plus, cette moyenne cache des différences importantes entre les pays : en 2018, un quart des professionnels de santé de la région exerçaient au Nigéria, 13 % en Afrique du Sud et 9 % en Algérie alors que cinq des 47 pays répondants (le Bénin, Madagascar, le Niger, la République centrafricaine et le Tchad) avaient moins de 0,5 professionnel de santé pour 1000 habitants.
- Les **agents de santé communautaire** font l'objet de nombreux débats, notamment liés à leur professionnalisation et à leur intégration au sein des systèmes de santé. Du fait de la diversité de leur statuts et de l'absence de reconnaissance formelle de cette fonction dans un nombre important de pays, il est difficile d'avoir des données fiables mais une grande partie de la littérature scientifique les considère comme une piste de réponse à la pénurie avec un potentiel important pour l'amélioration de l'état de santé des populations en Afrique Subsaharienne, tout en soulignant l'importance du mode de sélection et de la nécessité de leur donner une formation adaptée et des conditions de travail décentes.
- **La faiblesse** des ressources financières (*fiscal space*) des gouvernements africains pour créer des emplois est une question centrale. Le secteur de la santé est généralement considéré dans les pays africains comme un secteur à forte intensité de main-d'œuvre, donc improductif, non prioritaire par rapport à d'autres secteurs, au moment des arbitrages financiers. Le nombre très faible de postes conduit à un **phénomène de « surplus paradoxal »** : les professionnels de santé formés ne sont pas intégrés aux systèmes de santé alors que les besoins sont très loin d'être pourvus, du fait de l'incapacité financière des gouvernements à les « absorber » au sein du système de santé. Ainsi, près du quart des professionnels de santé formés d'ici 2030 risquent d'être sans emploi et constituent, de façon paradoxale, un excédent au sein de cette pénurie saisissante.
- La question de la **qualité des formations**, très inégale sur le continent, est également centrale, du fait notamment de l'absence de mécanismes de régulation de cette qualité dans certains pays (la multiplication d'écoles privées sans aucun contrôle de la qualité des connaissances et compétences acquises peut ainsi poser problème). Des progrès importants ont été réalisés : plus de 80% des pays

ont mis en place un dispositif d'accréditation (objectif de 100% d'ici 2030), même si la présence d'un dispositif d'accréditation ne suffit pas à certifier son opérationnalité et sa fiabilité.

- Malgré la mise en place de **stratégies de fidélisation pour attirer et retenir les professionnels de santé en zones rurales et reculées**, la situation reste très problématique : plus de 80% des habitants dans ces zones n'ont toujours pas accès aux services de santé essentiels. Si l'octroi d'incitations financières (augmentations salariales, primes, exonérations d'impôts ou de frais de scolarité, etc.) reste la stratégie la plus fréquente, de nombreuses interventions visent l'amélioration des conditions de vie et de travail des professionnels de santé en zone rurale (mise en place de réseaux professionnels pour rompre l'isolement, création de logements, amélioration de l'accès à l'électricité et à l'eau, élaboration de plans de carrière, réhabilitation des infrastructures sanitaires et des équipements médicaux, etc.). Les études montrent clairement qu'il est nécessaire de mettre en place des combinaisons d'interventions conjointes (financières et non financières) pour avoir un impact réel à moyen terme. L'implémentation d'établissements de formation dans les zones rurales est également une stratégie payante, à condition qu'elles soient suffisamment dotées en financements, matériel, et en enseignants de qualité.
- **Le développement du secteur privé, en constante augmentation** dans les pays du continent africain, s'avère être **à la fois une opportunité forte et, s'il n'est pas correctement encadré, un risque** pour les systèmes de santé. Il représente environ 45% des établissements de formation de la région. Des études de cas par pays suggèrent que l'expansion rapide et incontrôlée de l'éducation des professionnels de santé par le secteur privé pourrait mener à une baisse perçue de la qualité de formation, sans combler les pénuries de main-d'œuvre.
- L'un des grands défis actuels est le renforcement des dispositifs de gouvernance et de pilotage adaptés pour les professionnels de santé. Sur 47 pays africains étudiés en 2022, seuls 32 d'entre eux disposaient de plans stratégiques nationaux dédiés aux Ressources humaines en santé en 2022. Le présent rapport pointe plusieurs enjeux opérationnels concrets :
 - À l'échelle locale, la faible densité de cadres de santé provoque souvent un sentiment de solitude et d'isolement des professionnels de santé, en particulier en zones rurales et reculées. Le travail en équipe et la possibilité d'adresser un patient à un collègue en cas de difficulté sont nécessaires au bon fonctionnement des systèmes de santé.
 - La documentation régulière des effectifs, qui reste aléatoire, malgré les progrès évidents accomplis ces dernières années. Certains pays ne disposent toujours pas de systèmes d'information numériques sur ces questions et continuent de gérer les informations sur des registres papiers.
 - La relative faiblesse du leadership technique et politique lié à ces questions : si de nombreuses unités ont été créées ces 15 dernières années dans les ministères de la santé, les équipes ne sont pas toujours bien outillées techniquement pour comprendre finement les dynamiques et mettre en place les stratégies les plus adaptées.

Quels sont les grands domaines d'évolution des métiers de la santé pour les années à venir ? Huit grandes tendances ou points saillants se dégagent de la troisième partie de l'étude.

1- **Les dynamiques à l'œuvre au sein des systèmes de santé, qui modifient les métiers de la santé** :

- a. Décloisonnement et déspecialisation, questionnant par exemple la frontière entre les métiers de la santé et les métiers du social qui s'atténue progressivement.
- b. Remise en cause du modèle hospitalo-centré, vers une vision beaucoup plus holistique de la santé, plus préventive, davantage centrée sur la personne.
- c. Évolution des champs de pratiques et émergence de nouveaux métiers « intermédiaires » assurant un rôle de coordination entre les différents professionnels de santé ou de nouveaux métiers hybrides (infirmiers en pratique avancée, logisticiens de santé, soignants-techniciens, etc.).

Des métiers transversaux, dédiés à la santé publique, à la promotion de la santé, à l'organisation des systèmes de santé ou encore à la santé au travail des professionnels de santé (professionnels de santé publique et environnementale, cadres et managers par exemple) devraient prendre une place

- plus importante dans les années à venir, et seront nécessaires pour trouver le juste équilibre à trouver entre les différents métiers de la santé (*skill-mix*).
- 2- **Le rôle de la société civile et des acteurs communautaires de plus en plus reconnu**, notamment pour atteindre les populations les plus précaires et les plus marginalisées : rôle central des aidants, des médiateurs de santé et des agents de santé communautaires, avec tous les enjeux de formation, de professionnalisation, de reconnaissance institutionnelle que cela pose. Un point important qui ressort de l'étude est la responsabilisation progressive des patients eux-mêmes dans leur propre santé (auto-diagnostic, auto administration de traitement, etc.) qui implique en corollaire une modification du rôle des professionnels de santé.
 - 3- **La permanence des inégalités de genre et la nécessité de reconnaître davantage le rôle clé des femmes au sein des métiers de la santé :**
 - a. Contribution sous valorisée : les femmes consacrent entre 2 et 10 fois plus de temps aux soins non rémunérés aux personnes âgées, malades ou porteuses de handicap que les hommes, selon les pays. Les études montrent que près de la moitié de leur contribution n'est en fait ni rémunérée, ni reconnue.
 - b. Ségrégation professionnelle liée au genre qui cantonne les femmes dans des emplois moins bien rémunérés et moins valorisés par la société, avec des risques accrus de harcèlement sexuel et de violences verbales et physiques.
 - c. Inégalités salariales : une étude réalisée en 2022 dans les pays à revenu élevé et intermédiaire montre un écart global de rémunération de plus de 25% entre les hommes et les femmes, plus important dans la santé que dans les autres secteurs économiques. .
 - d. Participation moindre aux enceintes de décision : les femmes représentent 70 % des professionnels de santé au niveau mondial mais elles n'occupent en moyenne que 25 % des postes de direction, 25% des postes de ministres, 30% des postes de direction des organisations internationales dédiées à la santé selon Global Health 50/50.
 - 4- **La reconnaissance de l'importance des discriminations et de leurs conséquences sur la santé des populations qui en sont victimes.** Ces discriminations sont bien souvent inconscientes, et ce d'autant que les professionnels de santé ont bien souvent choisi ces métiers par souci de l'autre et de sa fragilité. Pour autant, elles existent et plusieurs études montrent des soins différenciés selon les catégories ethno raciales ou les préférences sexuelles, dans toutes les aires géographiques, à tous les âges de la vie. De nombreuses stratégies existent (intégration de modules dédiés dans les curricula de formation, promotion de la diversité parmi les professionnels de santé, etc.) mais leur mise en place est lente et loin d'être systématique.
 - 5- L'idée de métiers qui seront, dans les années qui viennent, en constante évolution, **du fait des avancées scientifiques et technologiques** (santé numérique, avancées biotechnologiques, intelligence artificielle, *Machine Learning*, médecine génomique, *Big Data*, etc.), avec toutes les questions éthiques et organisationnelles que cela pose pour les métiers de la santé : impact sur la relation avec les patients, répercussions sur les diagnostics, les choix et les méthodes de traitement, modification de la coordination des soins du fait de la centralisation des données médicales, etc. L'intégration d'outils numériques et de nouvelles technologies dans le secteur de la santé n'est donc pas une simple question de changement technique. Elle nécessite des changements complexes dans les attitudes et les compétences humaines, ainsi que dans l'organisation du travail et les cadres juridiques et financiers qui le structurent. Plusieurs points d'attention ressortent de l'étude : les conditions de transfert des nouvelles technologies vers les pays les plus pauvres, la nécessaire information des professionnels et des patients pour qu'ils aient confiance en ces avancées ou encore l'importance de la formation continue et régulière des professionnels de santé, tout au long de leurs carrières, pour qu'ils puissent intégrer progressivement ces avancées technologiques à leurs pratiques professionnelles (ou accepter que ces nouvelles tâches soient déléguées à de nouveaux métiers ad hoc).
 - 6- La **nécessaire adaptation des formations** face aux nouveaux défis, avec quatre dimensions qui ressortent principalement de notre étude : 1) l'adoption de programmes d'études fondés sur une logique de compétences, et non plus sur une logique de « métiers », avec davantage de flexibilité dans les carrières et les reprises d'étude et réorientations facilitées, 2) la promotion d'une éducation interprofessionnelle et trans-professionnelle qui brise les silos professionnels et lutte contre les

ordres hiérarchiques très forts entre les métiers du soin; 3) l'exploitation du pouvoir des technologies de l'information pour l'apprentissage (plateformes de formation à distance, apprentissage assisté par ordinateur, assistants numériques, simulations, etc.). Ces nouvelles technologies vont notamment permettre l'élargissement des possibilités d'apprentissage en ligne et à distance, à la fois dans les pays à revenu élevé et dans les pays à revenu faible, et ainsi atteindre plus d'étudiants tout en luttant contre les déserts médicaux. Des modalités « hybrides » ou « comodales » seront nécessaires pour organiser des stages pratiques (y compris en zones rurales et reculées) en complément de l'acquisition à distance des connaissances théoriques. Et 4) l'importance de la « déspecialisation » et de la réintroduction des soins de santé primaires dans les cursus de formation pour répondre aux besoins et aux attentes des populations, dans une logique de redevabilité (Accountability) et de démocratie sanitaire.

- 7- La **mobilité internationale croissante des professionnels de santé**. D'après l'OCDE, un médecin sur six exerçant dans les pays de l'OCDE a par exemple étudié à l'étranger et le nombre de médecins et d'infirmiers nés à l'étranger a augmenté de 20% dans les années 2010, par rapport à la décennie précédente. Ces mobilités doivent être prises en compte dans les prévisions nationales en termes de formation et de création de postes (avec la possibilité d'instaurer des mécanismes compensatoires si certains États forment massivement des professionnels employés par d'autres États). Elles doivent aussi être considérées à l'échelle des structures de santé et des individus afin de s'assurer qu'il y ait bien équivalence dans les conditions de travail et d'emploi pour tous les professionnels de santé. Si des dispositifs ont été mis en place au niveau international pour réguler cette mobilité et éviter qu'elle ait des effets trop négatifs sur certains pays (code de pratique mondial, liste de pays considérés comme particulièrement vulnérables, etc.), cette tendance de fond aura forcément des répercussions sur le périmètre et la formation des métiers de demain.
- 8- Enfin, la **prise en compte croissante des liens entre la santé des hommes, la santé des animaux et l'environnement, qui** devrait entraîner : 1) la création de nouveaux cursus de formation sur la santé environnementale, 2) des pratiques collaboratives et interdisciplinaires plus importantes, 3) une montée en puissance de certains métiers déjà existants (épidémiologie, toxicologie, biologie, démographie, économie de la santé, géographie de la santé, sociologie de la santé notamment) et 4) l'émergence de nouvelles compétences liées à la « décarbonation des systèmes de santé ».

Introduction

S'intéresser aux métiers de la santé de demain nécessite en préambule un certain nombre de définitions. S'il est généralement admis que la définition de la santé va au-delà de l'absence de maladie¹, il est également très courant d'assister à un glissement sémantique des métiers de la santé vers les métiers du soin. Dans ce rapport, nous utilisons la notion de **professionnels de santé** lorsqu'on désigne les métiers nécessaires au bon fonctionnement du système de santé dans son ensemble. On parlera de professionnels du soin ou de **soignants** afin de parler spécifiquement des métiers liés à la délivrance des soins. La notion de « personnel de santé », utilisée par l'OMS pour traduire l'expression « *health workforce* », peut désigner selon les cas uniquement les soignants ou bien l'ensemble des professionnels de santé².

Quelques exemples de métiers de la santé

Dans cette étude, les métiers de la santé désignent tous les métiers nécessaires au bon fonctionnement d'un système de santé, incluant son système de soins. On s'intéressera donc aux soignants, qu'ils exercent en contexte hospitalier, en médecine de ville, à domicile ou à distance (avec le développement de la télémédecine), mais aussi aux métiers de l'industrie des médicaments et des produits de santé (qui incluent par exemple les ingénieurs biomédicaux ou les techniciens qui assurent la maintenance des machines) ou encore aux métiers de la gestion hospitalière ou du management des professionnels de santé.

D'autres métiers non spécifiques au secteur de la santé sont nécessaires, comme les métiers de la logistique ou du transport dans la chaîne d'approvisionnement du médicament, les services organisationnels des structures de santé (nettoyage, restauration, sécurité, déplacement des patients, etc.), les filières de traitement des déchets, ou encore tous les métiers du numérique liés au maintien et au développement des Systèmes d'information en santé (SIS) ou au développement de la santé digitale.

Quant aux métiers de la santé, qui jouent un rôle au-delà du système de soins³, on peut citer par exemple les métiers du social destinés à améliorer la santé des personnes (en particulier les métiers du *care*), les agents de santé communautaire, les médiateurs en santé, les métiers de la promotion de la santé, de la prévention et de la santé publique, mais aussi les chercheurs en santé et les métiers de la gouvernance de la santé, de la conception et de l'évaluation des politiques de santé.

Il ne s'agira pas d'être exhaustif sur tous ces aspects mais plutôt d'affirmer en préambule que répondre aux défis de la santé de demain nécessitera de prendre au sérieux la définition globale de la santé, et d'adopter une approche plus inclusive de la définition des métiers de la santé.

Demain : de l'importance de se projeter au-delà de 2030

Au moment où la communauté internationale fait le bilan de mi-parcours des Objectifs de Développement Durable (ODD), il n'est pas évident de se projeter au-delà de 2030. En effet, la plupart des estimations scientifiques ou institutionnelles récentes en santé mondiale et l'essentiel des efforts de modélisation et de projection sur les professionnels de santé ont un « horizon 2030 ». Pourtant, dans un rapport sur les métiers de la santé de demain, il est important de dépasser cet horizon 2030 car former un médecin-spécialiste peut prendre plus d'une décennie. Penser différemment l'organisation des professionnels de santé et du système de santé, ou la formation aux métiers de la santé, afin de mieux répondre aux défis des années à venir, implique une vision de long-terme. Les changements ou les innovations à mettre en œuvre dès aujourd'hui sont nombreux, certains auront un impact dans les années à venir, d'autres dans plus d'une décennie. Nous avons donc plutôt choisi une « perspective 2040 » dans le cadre de ce rapport.

¹ Le préambule de la Constitution de l'OMS définit que « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Voir : <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>, consulté le 02/02/2023.

² Le personnel de santé est défini par l'OMS dans son « Rapport sur la santé dans le monde 2006 : travailler ensemble pour la santé » comme « l'ensemble des personnes exerçant des activités dont l'objet essentiel est d'améliorer la santé » (1). Les ressources humaines pour la santé sont définies comme « les différents types de personnels cliniques et non cliniques chargés de réaliser des interventions de santé publique et individuelle » (OMS, Rapport sur la santé dans le monde, 2000). Les ressources humaines sont aussi « une fonction organisationnelle qui s'occupe des personnels et des questions qui leur sont liées telles que la rémunération, le recrutement, la gestion des performances et la formation » (2).

³ Certains des métiers que nous citons ici peuvent être à la fois parfaitement intégrés au sein du système dans le système de soins et, dans le même temps, le dépasser. Ainsi par exemple, les agents de santé communautaires peuvent accompagner les usagers vers les soins, favoriser l'ancrage, appuyer à l'éducation thérapeutique, etc.

Nous ne pouvons établir avec certitude la liste des nouveaux métiers de la santé qui existeront dans dix ou vingt ans, ni celle de ceux qui seront devenus obsolètes à l'échelle mondiale⁴. L'ambition de ce rapport est de mettre en avant les grandes transformations des métiers de la santé de demain : les principales tendances et évolutions des systèmes de santé auxquelles on peut s'attendre dans les années à venir et qui vont avoir un impact sur ces métiers. Quels sont les nouveaux métiers qui devraient permettre de répondre aux enjeux actuels et à venir ? Quelles implications pour la création d'un nouveau métier de la santé (formation, régulation, création de nouveaux emplois, etc.) ? Quelles transformations sont nécessaires en termes de formation aux métiers de la santé de demain ? Comment repenser l'organisation des métiers de la santé pour faire face aux défis de demain ? En s'appuyant sur des exemples concrets, nous illustrerons nos propos sur les métiers de la santé de demain : nouveaux métiers, évolution des champs de pratique de métiers existants, évolution de la demande pour certains métiers, pénurie actuelle ou à venir pour d'autres métiers, etc.

Cette étude sur les métiers de la santé de demain s'inscrit dans un contexte plus général de recherche, recommandations, planification et politiques publiques internationales sur les ressources humaines en santé (RHS). Nous reviendrons très brièvement dans cette introduction sur l'historique des principales initiatives mondiales concernant les RHS, afin de mieux comprendre les enjeux actuels (section 1 de l'introduction : Contexte général). Puis, nous présenterons les principaux défis auxquels les métiers de la santé de demain devront faire face (section 2 : Contexte de l'étude) ainsi que les objectifs et questions de recherche (section 3) et la méthodologie choisie (section 4).

Les résultats seront ensuite présentés en trois parties : les dynamiques et évolutions récentes des métiers de la santé au niveau mondial (Partie 1) ; les défis spécifiques des pays africains, continent particulièrement marqués par la pénurie de professionnels de santé⁵ (Partie 2) ; et les principales tendances pour demain avec des pistes pour y faire face (Partie 3).

1. Contexte

1.1 Contexte général : bref historique des initiatives internationales liées aux métiers de la santé

Historiquement, la question des métiers de la santé a été abordée par l'angle des ressources humaines en santé (RHS)⁶, avec une question centrale : celle du seuil minimal nécessaire de soignants par habitants. Le rapport annuel mondial de l'OMS publié en 2006, intitulé « **Travailler ensemble pour la santé** » (1), estimait ainsi qu'il fallait 2,28 professionnels de santé pour 1000 personnes⁷. Ce chiffre, devenu chiffre de référence jusqu'en 2016, prenait en compte trois métiers de la santé : infirmiers⁸, sage-femmes et médecins. L'OMS estimait en 2006 qu'il manquait 4,3 millions de professionnels de santé exerçant ces trois métiers dans le monde.

Le rapport mondial de l'OMS de 2006 posait également les bases des principaux enjeux majeurs liés aux personnels de santé : 1) la nécessité pour les décideurs publics d'avoir des informations fiables concernant les agents de santé en poste ; 2) l'importance d'investir dans l'enseignement, la formation et l'apprentissage tout au long de la vie ; 3) la nécessaire prise en compte de l'adéquation entre les connaissances et compétences d'un professionnel et les tâches qui lui sont demandées ; 4) les politiques de gestion des flux migratoires de professionnels de santé ; 5) les politiques de gestion des flux migratoires de professionnels de santé ; 6) l'importance de créer des passerelles pour les agents de santé ;

⁴ D'autant que certains métiers émergents dans certains contextes régionaux ou nationaux pourraient se révéler inadaptés dans d'autres, comme d'autres métiers obsolètes dans certains contextes seraient toujours pertinents ailleurs.

⁵ Il sera le plus souvent fait référence dans cette étude aux 47 pays du bureau Afrique de l'OMS, consultable ici : <https://www.afro.who.int/fr/about-us>.

⁶ L'expression est une traduction directe de l'anglais « *human resources for health* » (HRH), on lui préfère souvent en français le terme de « professionnels de santé ».

⁷ L'estimation de 2,28 professionnels de santé qualifiés pour 1000 habitants a été calculée pour atteindre une couverture de 80% des naissances assistées par un personnel de santé dans une population donnée (« *skilled birth attendance* »).

⁸ Tous les noms de métiers dans le document sont au masculin pluriel par convention. Il ne s'agit pas d'invisibiliser les femmes, qu'elles soient minoritaires ou majoritaires à exercer ces métiers, mais d'éviter les clichés qui désigneraient certains métiers comme féminins et d'autres masculins. Tous les métiers de la santé peuvent être, et sont exercés par des femmes et par des hommes.

7) la nécessité d'augmenter les investissements financiers dédiés aux RHS (afin de former davantage et de mieux rémunérer les agents de santé) (3). Près de vingt ans plus tard, ces enjeux restent pertinents.

Au cours des années qui suivirent, plusieurs initiatives furent mises en place portant spécifiquement sur les professionnels de santé à l'échelle mondiale.

ENCADRE 1 - LISTE DES EVENEMENTS INTERNATIONAUX IMPORTANTS EN LIEN AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTE

- 2006 : Fondation de l'**Alliance mondiale pour les personnels de santé** (*Global Health Workforce Alliance* – GHWA) au sein de l'OMS, afin de chercher des solutions à la pénurie de professionnels de santé (en particulier dans les 57 pays où ces pénuries étaient les plus importantes – dont 36 pays d'Afrique sub-saharienne).
- 2008 : Organisation du 1^{er} Forum mondial sur les ressources humaines en santé⁹ permettant de rassembler les parties prenantes, de donner de la visibilité à cette question et de prendre des engagements de manière conjointe pour les pays membres et participants. Ce premier forum mondial a été marqué par la **Déclaration de Kampala** (4).
- 2010 : Adoption par la 63^{ème} Assemblée mondiale de la santé (AMS) du **Code de pratique mondial** de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé (8).
- 2013 : Publication du rapport « **Une vérité universelle : pas de santé sans ressources humaines** » (*A Universal Truth: No Health Without A Workforce*) par le département des personnels de santé de l'OMS et la GHWA (5) : mise en visibilité des problématiques communes, au-delà des contextes régionaux ou nationaux spécifiques, mais aussi des pistes de solutions potentiellement transférables et adaptables à différents contextes.
- 2016 : **Commission de haut niveau** sur l'emploi en santé et la croissance économique (7). Les travaux de la commission ont notamment permis de montrer l'importance économique du secteur de la santé, et de porter une idée forte : Investir dans les personnels de santé -dans la formation et la création d'emplois- n'est pas une dépense nette mais c'est, au contraire, un facteur de croissance économique¹⁰. Les recommandations de la Commission de haut niveau ont orienté les efforts de la communauté internationale sur les personnels de santé jusqu'à ce jour. Suite à la présentation des résultats de la commission de haut niveau, l'emploi en santé a pu être considéré comme un bien public mondial, la santé a été inscrite à l'ordre du jour du G20, sur le thème de la Couverture santé universelle (CSU), ce qui a donné lieu à la Déclaration de Berlin, adoptée par les ministres de la santé des pays membres.
- 2016 : Adoption par la 69^{ème} Assemblée mondiale de la santé de la **Stratégie mondiale sur les ressources humaines en santé à l'horizon 2030** (11,12)
- 2016 : La *Global Health Workforce Alliance* devient le **Global Health Workforce Network**. Il s'agit d'accompagner la nouvelle dynamique mondiale en faveur des métiers de la santé à l'horizon 2030, à la suite de la Commission de haut niveau, en s'inspirant de ses recommandations et de la Stratégie mondiale.

⁹ À ce jour, il y a eu cinq Forum mondiaux sur les ressources humaines en santé : en 2008 à Kampala, Ouganda, qui a donné lieu à la Déclaration de Kampala (4) ; en 2011 à Bangkok, Thaïlande ; en 2013 à Recife, Brésil, qui a donné lieu à la Déclaration politique de Recife sur les ressources humaines pour la santé et à la publication par l'OMS et la GHWA du rapport : « *A Universal Truth: No Health Without A Workforce* » (5) ; en 2017 à Dublin, Irlande, l'occasion de présenter la Stratégie mondiale sur les ressources humaines en santé à l'horizon 2030 (6) et les résultats de la Commission de haut niveau sur l'emploi en santé et la croissance économique (7) ; et en 2023 à Genève et en ligne.

¹⁰ La croyance -souvent appelée « effet Bowmol »- que les médecins seraient des « prescripteurs de dépenses publics » et que financer la formation et l'emploi des personnels de santé serait une perte brute pour les gouvernements, a longtemps miné les efforts des Ministères de la santé auprès des Ministères de l'économie et des finances afin d'obtenir davantage d'investissements alloués aux métiers de la santé. Les travaux de la commission de haut niveau sur l'emploi en santé et la croissance économique ont permis de montrer sans équivoque qu'il n'y a pas d'effet Bowmol et que les investissements en faveur des professionnels de santé améliorent la santé des populations, tout en ayant des effets d'entraînement positifs sur l'économie des pays (9) : « *Le secteur de la santé est une importante source d'emplois ; dans la plupart des régions, les taux de croissance de l'emploi dans le secteur de la santé sont plus élevés que dans les autres secteurs. Le secteur de la santé et le secteur social représentaient à eux deux plus de 105 millions d'emplois dans le monde en 2013, 130 millions en 2018 et, d'après les estimations, ce chiffre atteindrait 136 millions en 2020* » (10)

- 2017 : L'OMS adopte le programme conjoint avec l'OIT et l'OCDE « **Working for Health** » (W4H)¹¹ et crée plusieurs plateformes sur des sujets spécifiques : la plateforme pour l'équité femmes-hommes (*Gender Equity Hub*), la plateforme pour l'éducation (*Education Hub*), la plateforme pour les agents de santé communautaire (ASC), etc.
- 2020 : Publication du rapport « **Digital education for building health workforce capacity** » (15)
- 2021 : Inauguration de l'**Académie de l'OMS** à Lyon
- 2021 : *International Year of Health and Care Workers* et publication du rapport de l'OMS et de l'OIT « **Prendre soin des soignants** » (16) et du rapport de l'OMS : « Lignes directrices de l'OMS relatives au développement, à l'attraction, au recrutement et à la fidélisation des personnels de santé dans les zones rurales et reculées » (17,18)
- 2022 : Adoption du document « **Working for Health 2022-2030 Action Plan** » (19) lors de la 75^{ème} Assemblée mondiale de la santé¹²
- 2023 : 5^{ème} **Forum mondial sur les ressources humaines en santé** (Genève, Suisse)¹³

1.2 Contexte de l'étude : pénurie et répartition inégale des ressources humaines en santé pour faire face aux défis de santé de demain

Les métiers de la santé de demain : quelles dynamiques récentes pour quelles évolutions futures ? Métiers de la santé, personnels de santé et Ressources humaines en santé (RHS) sont **trois thématiques imbriquées** les unes aux autres et également liées aux grandes évolutions des systèmes de santé et des institutions de santé mondiale. Néanmoins, le champ des connaissances, des recherches et des études sur les personnels de santé et les RHS s'étend au-delà de la question des métiers de la santé. Nous avons donc sélectionné les aspects qui nous semblaient essentiels à prendre en compte pour demain, en gardant comme angle d'approche la question spécifique des métiers de la santé : types de métiers, organisation des métiers entre eux, conditions de travail des professionnels de santé qui pratiquent – ou vont pratiquer – ces métiers, nombre de professionnels de santé à former pour demain et types de formation aux métiers de la santé à faire évoluer ou mettre en œuvre¹⁴. Chaque section des Parties 1, 2 et 3 du rapport évoque un aspect ayant un impact direct sur les métiers de la santé de demain et nous avons pris soin d'explicitier ce lien.

La **dimension prospective** de ce rapport est mise en œuvre de deux manières. D'une part, la projection dans les années à venir (à l'horizon 2040 environ) a joué un rôle important dans le déroulement des entretiens. Le recoupement des informations collectées durant ces entretiens, avec des données recueillies en assistant à de nombreux événements institutionnels et scientifiques durant toute la période de l'étude, a permis d'identifier des dynamiques en cours pour les métiers de la santé de demain, qui vont se prolonger dans les années à venir. D'autre part, la majorité des sources utilisées dans l'écriture du rapport sont récentes (2015-2023)¹⁵. Le choix d'utiliser principalement des rapports institutionnels et articles scientifiques publiés ces dernières années s'explique de trois manières. Cela permet de décrire des évolutions ou des savoirs récents, qui auront un impact sur les métiers de la santé de demain. Il s'agit également d'apporter de nouvelles connaissances à celles qui ont déjà été analysées par la Commission de haut niveau et prises en compte dans l'écriture de la Stratégie mondiale de 2016. Enfin, l'épidémie de Covid-19 a provoqué de grandes évolutions récentes concernant les métiers de la santé (en termes de visibilité des professionnels de santé, de mise sur agenda de la nécessité d'améliorer leurs conditions de travail et leur sécurité au travail, ou encore de formation à la santé ou de consultations à distance par exemple) et il nous

¹¹ Voir : « *Working for Health. Five-year action plan for health employment and inclusive economic growth (2017-2021)* ». Geneva: World Health Organization; 2018 (13) Voir aussi : « *Working for health: a review of the relevance and effectiveness of the five-year action plan for health employment and inclusive economic growth (2017-2021) and ILO-OECD-WHO Working for Health programme* », 2021. (14)

¹² « *Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030: Reporting at Seventy-fifth World Health Assembly* ». Disponible au lien suivant : <https://www.who.int/news/item/02-06-2022-global-strategy-on-human-resources-for-health-workforce-2030>, consulté le 05/10/2022.

¹³ Voir : <https://www.who.int/news-room/events/detail/2023/04/03/default-calendar/fifth-global-forum-on-human-resources-for-health>, consulté le 02/12/2022.

Voir aussi : <https://www.who.int/teams/health-workforce/about/5thglobalforum-hrh>, consulté le 02/12/2022.

¹⁴ L'aspect « formation » est essentiel pour se projeter car nous formons aujourd'hui les professionnels de santé de demain, il s'agit donc d'un des leviers d'action actionnables immédiatement. Faire évoluer ou transformer les formations à la santé aujourd'hui aura un impact certain sur les pratiques de demain.

¹⁵ S'il nous arrive de mentionner des travaux plus anciens, c'est surtout afin de montrer la dimension historique de certaines thématiques toujours d'actualité, afin de donner au lecteur les éléments pour suivre les évolutions et connaître les principales références liées à chaque thème.

semblait essentiel de donner une place privilégiée dans ce rapport aux travaux les plus récents qui prennent en compte ces évolutions.

Le **champ géographique de l'étude** n'étant pas limité (l'ensemble des pays, avec un focus sur les pays d'Afrique sub-saharienne pour la Partie 2), nous avons utilisé des exemples concrets et spécifiques venant de toutes les régions. Nous espérons ainsi décroiser les solutions possibles et permettre davantage d'échanges et d'horizontalité dans la manière d'aborder les enjeux liés aux métiers de la santé, qu'ils se présentent dans les Pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI) ou dans les Pays à revenu élevé (PRE)¹⁶. Nous avons également pris soin de donner une place importante au champ de recherche sur les politiques et systèmes de santé (en lien avec les métiers de la santé) et à celui sur les conditions de travail et de vie des professionnels de santé car ces aspects ont un impact majeur sur les métiers de la santé mais sont souvent ignorés lorsqu'on s'intéresse à la qualité d'un système de santé¹⁷ (20).

Les principaux défis auxquels les professionnels de santé seront confrontés

Les professionnels de santé de demain devront faire face à un certain nombre de **problèmes de santé**, certains émergents (on a eu récemment l'exemple du Covid-19), d'autres plus anciens mais prenant davantage d'ampleur dans certaines régions (comme le nombre de cas de cancers à venir en Afrique sub-saharienne par exemple) ou encore en augmentation à l'échelle mondiale (santé mentale, traumatismes liés à des catastrophes naturelles ou à des migrations forcées, etc). Il faut envisager les métiers de la santé, et les effectifs à former pour chaque métier, en fonction des principales maladies à prendre en charge dans les années à venir (à l'horizon 2040 environ). Le *skill-mix* (mélange de compétences nécessaires et équilibre entre le nombre de professionnels de santé à former pour chaque métier) doit varier en fonction des problématiques de chaque région ou pays.

Les évolutions des pratiques, des connaissances, des savoir-faire et des savoir-être des différents métiers de la santé devront également s'adapter à un certain nombre de **défis de société**. On appelle ici « défis de société » soit des problèmes qui ont un impact sur la santé des populations mais qui dépassent les questions de santé (comme les effets du changement climatique ou le vieillissement des populations par exemple), soit des aspirations sociétales qui vont toucher également les professionnels de santé (comme la réduction des inégalités de genre ou du racisme structurel).

S'il existe une forte part d'incertitude concernant les défis de demain (de nouvelles maladies peuvent émerger par exemple, ou de nouveaux problèmes de santé peuvent être provoqués localement ou régionalement par des catastrophes climatiques), il faut d'ores et déjà adapter les métiers de la santé afin de répondre au mieux aux défis que l'on connaît déjà. Dans le cadre de ce rapport, nous avons considéré les aspects suivants :

- Principaux défis de santé qui prendront de l'ampleur dans les années qui viennent :
 - Maladies infectieuses endémiques et émergentes
 - Maladies dites « non transmissibles¹⁸ » (cancer, diabète, santé mentale, morbi-mortalité due aux accidents ou aux violences, etc.)

¹⁶ Cela ne revient pas à dire que ces solutions ne doivent pas être adaptées aux contextes nationaux ou locaux, mais bien que des solutions qui ont fonctionné dans des PRFI peuvent inspirer des PRE, et vice-versa. En particulier, lorsqu'il s'agit de professionnels de santé, les situations rencontrées et les difficultés sont très similaires dans des contextes très différents. Les solutions en réponse peuvent donc également être similaires, même s'il est toujours nécessaire de les adapter et de les négocier à l'échelle nationale ou locale.

¹⁷ « *Health workers' identities and motivation, daily routines and negotiations, and training and working environments are at the centre of successes and failures of health interventions, health system functioning and broader social development. Further, in an increasingly complex globalised economy, the expansion of the health sector as an arena for employment and the liberalisation of labour markets has contributed to the unprecedented movement of health workers, many or most of whom are women, not only between public and private health sectors, but also across borders. Yet, these political, human development and labour market realities are often set aside or elided altogether. Health workers' lives and livelihoods, their contributions and commitments, and their individual and collective agency are ignored.* » (20)

¹⁸ Une part importante (estimée à 20% ou 25%) des cas de cancer dans les PRFI (et en particulier en Afrique sub-Saharienne) sont dus à des maladies infectieuses (ex : cancers du foie, cancers du col de l'utérus, cancers de l'estomac, cancers « classant sida », etc). La catégorie « non transmissibles » a été construite en opposition avec la catégorie « maladies infectieuses » car les techniques de prévention et de prise en charge sont souvent très différentes entre maladies infectieuses et maladies chroniques. Ces catégories sont toujours utilisées en santé mondiale mais sont remises en question dans la pratique (le VIH est par exemple une maladie infectieuse et chronique, le virus de l'hépatite B également, alors que plusieurs cancers dont celui du col de l'utérus ne sont pas transmissibles mais causés par un virus (papilloma virus humain) qui l'est).

- Double fardeau des pays à revenu limité, dont les populations sont à la fois touchées par les maladies du groupe 1 (maladies infectieuses, malnutrition, mortalité materno-infantile importante) et par les maladies du groupe 2 (maladies non transmissibles, cancer, etc.)
 - Prise en charge les victimes de crises (catastrophes naturelles ou conflits) et les réfugiés
- Principaux défis et aspirations de société qui vont impacter les métiers de la santé :
- Vieillesse des populations et évolution des besoins de santé
 - Augmentation des inégalités : aspirations vers davantage d'équité de genre, de diversité, d'inclusion, etc.
 - Innovations scientifiques et technologiques (biologie moléculaire, génétique, e-santé, télémédecine, intelligence artificielle, etc.)
 - Migrations des professionnels de santé (opportunités et défis)
 - Approche One Health¹⁹ (santé environnementale, zoonoses, résistance aux antibiotiques) et changement climatique

¹⁹ Les aspects liés à la santé environnementale, aux zoonoses ou aux résistances aux antibiotiques peuvent également être considérés comme des défis de santé, mais on considère dans ce rapport que l'approche One Health en tant que telle est une aspiration sociale : la volonté de prendre en compte de manière combinée santé humaine, santé animale et environnement.

2. Objectifs de l'étude et questions de recherche

2.1 Objectifs de l'étude

Objectif n°1 : Synthétiser les connaissances sur les métiers de la santé de demain et mettre en avant les grandes tendances au niveau mondial

Le premier objectif de cette étude est de synthétiser les connaissances sur les métiers de la santé de demain, avec un focus spécifique sur les publications récentes : celles qui font suite à la Commission de haut-niveau sur l'emploi en santé et la croissance économique, à la Stratégie mondiale sur les ressources humaines en santé à l'horizon 2030 et celles qui ont été produites à la suite de l'épidémie de Covid-19.

Il s'agit de faire un état de l'art de la littérature scientifique et de la littérature grise sur les métiers de la santé de demain, c'est-à-dire les travaux prospectifs sur les ressources humaines en santé, les estimations des besoins et demandes en professionnels de santé pour les années à venir, les analyses de marchés du travail en santé afin d'estimer les besoins actuels de formation de professionnels de santé mais aussi toutes les initiatives nouvelles et tentatives d'innovation qui ont été documentées, avec leurs avantages et leurs limites, et qui pourraient permettre de répondre au manque de professionnels de santé actuel et à venir, en particulier dans les PRFI.

Plusieurs travaux majeurs de l'OMS, de l'OIT et de l'OCDE publiés en 2016-2017 ont déjà recensé les connaissances sur le sujet jusqu'au milieu des années 2010, en particulier les travaux de la Commission de haut niveau et les travaux préparatoires de la Stratégie mondiale à l'horizon 2030 publiés en 2016 et 2017. Il ne s'agit pas ici de refaire un travail qui a déjà été fait, mais plutôt de mettre en avant les grandes avancées et publications majeures de ces dernières années et les grandes tendances qui se dégagent pour les métiers de la santé dans les années à venir.

L'épidémie de Covid-19, par exemple, a mis en lumière (souvent dans des situations tragiques) la place cruciale des professionnels de santé et les conditions de travail difficiles et de moins en moins attractives des soignants dans de nombreux pays (y compris des PRE). L'OMS, l'Assemblée mondiale de la santé et la communauté internationale en santé mondiale ont souligné, ces dernières années, l'importance de « prendre soin des soignants » (une expression récurrente²⁰ pour désigner, entre autres, des conditions de travail difficiles qui ont empiré pendant la pandémie) afin d'assurer la qualité des soins mais aussi d'éviter que les soignants ne démissionnent et ne se reconvertissent dans d'autres secteurs, aggravant ainsi la pénurie actuelle de professionnels de santé.

Cette synthèse de la littérature permettra d'identifier les grandes tendances récentes au niveau mondial, utiles pour se projeter dans les années à venir, et donnera des pistes d'approfondissement et de réflexion sur les nombreux sujets abordés (déserts médicaux et fidélisation en zones rurales et reculées, attractivité des métiers, santé digitale, migrations des professionnels de santé, etc.).

Objectif n°2 : Analyser des cas d'études, projets pilotes et tentatives d'innovation en Afrique francophone

Le deuxième objectif de l'étude est de s'intéresser à des innovations testées sur le terrain pour faire face au manque de ressources humaines en santé ou s'adapter à un problème de santé particulier ou à un changement épidémiologique avec l'ouverture de nouveaux programmes de prise en charge impliquant de nouveaux métiers de la santé.

Il peut s'agir de cas spécifiques de délégation des tâches ou de protocoles de coopération, de processus de spécialisation (comme les infirmiers de pratique avancée – IPA – en France) ou d'acquisition de nouvelles prérogatives (comme les sage-femmes habilitées à suivre les grossesses). Il peut aussi s'agir de nouvelles formations et de nouveaux métiers²¹.

²⁰ On retrouve par exemple cette expression dans une publication de l'OMS de 2021 sur la santé au travail des soignants (16), dans le titre de la recommandation WHA74.14 adoptée par l'Assemblée mondiale de la santé en 2021 : « *Protecting, safeguarding, and investing in the health and care workforce* » et dans le thème du 5^{ème} forum mondial sur les RHS qui se tiendra en avril 2023 (voir : <https://www.who.int/news/item/12-04-2022-save-the-date-fifth-global-forum-on-human-resources-for-health>).

²¹ Comme les agents de vulgarisation sanitaire (health extension workers) en Éthiopie, les techniciens de chirurgie au Mozambique, les assistants médicaux aux États-Unis, etc.

Nous utiliserons la littérature lorsqu'elle est disponible, mais aussi des entretiens avec les personnes expertes de ces sujets (une mission à Genève a été organisée dans ce sens), afin de comprendre ce qui fonctionne et pourrait être reproductible, mais aussi les limites de ces initiatives.

2.2 Questions de recherche

Question de recherche principale : Quelles sont les évolutions et innovations possibles dans l'organisation des métiers de la santé pour faire face aux défis de santé de demain ?

Il s'agit d'explorer les pistes de décloisonnement entre soignants et professionnels de santé non-soignants, afin de chercher comment rapprocher les systèmes de santé des communautés, permettre davantage de passerelles entre les professions de santé (par exemple en créant de **nouveaux métiers** ou en créant davantage de possibilités d'évolution dans les carrières, davantage de passerelles entre les carrières et les statuts) et mieux faire face à la pénurie de soignants et à la répartition inégale des professionnels de santé (délégation des tâches, liens avec les métiers du social, etc.), en s'interrogeant notamment sur le rôle du secteur privé.

Question de recherche secondaire : Comment repenser les modèles de formation aux métiers de la santé pour rendre ces évolutions et innovations possibles ?

La question de la formation aux métiers de la santé de demain est cruciale, que ce soit la **formation initiale** (pour créer de nouveaux métiers de la santé, il faut créer les filières d'études et de formation adaptées par exemple), la **formation continue ou formation « tout au long de la vie »** (un champ essentiel dans le secteur de la santé car les connaissances et techniques évoluent très rapidement) ou encore la **formation à distance** (possibilité de plus en plus répandue et utilisable pour former des professionnels de santé dans des zones rurales ou reculées à faible coût, mais qui demande un encadrement particulier car l'accès à la connaissance ne garantit pas l'acquisition des compétences et l'appropriation des savoirs). On pourra par exemple se demander quelle sera la place de l'**Académie de l'OMS** pour la formation aux métiers de la santé de demain car ce nouvel organisme (encore en cours de construction) semble principalement dédié à la « formation tout au long de la vie ».

Les deux questions de recherche présentées ci-dessus sont complémentaires : il semble difficile d'envisager des transformations ou évolutions organisationnelles des métiers de la santé de demain sans faire évoluer également les systèmes de formation. Néanmoins, il nous a semblé pertinent de distinguer ces deux axes de recherche : le premier axe sur les évolutions possibles de l'organisation des métiers de la santé avec une perspective de décloisonner les métiers du soin et permettre plus de passerelles entre les métiers de la santé et les statuts des professionnels de santé ; le deuxième axe sur les enjeux liés à la formation aux métiers de la santé (formation initiale, formation tout au long de la vie et formation à distance).

3. Méthodologie

Afin de répondre aux questions de recherche et atteindre nos objectifs, nous avons utilisé trois méthodes caractéristiques des études qualitatives en sciences sociales : l'analyse documentaire (littérature scientifique, littérature grise, articles de journaux et tout autre document ou support pertinent comme des vidéos – institutionnelles ou retransmission d'évènements scientifiques ou institutionnels –, site internet, etc) ; les entretiens semi-dirigés avec des acteurs clés (26 entretiens semi-directifs ont été organisés) ; et des observations lors d'évènements politiques ou scientifiques liés au thème de l'étude. On trouvera en annexe des éléments détaillés sur la méthodologie.

Partie 1. Dynamiques et évolutions récentes des métiers de la santé au niveau mondial

D'un point de vue institutionnel en santé mondiale, la problématique du manque de professionnels de santé a été régulièrement mise sur l'agenda politique depuis 2006²². Ainsi, dès 2013, le rapport de l'Alliance mondiale pour les personnels de santé de l'OMS (*Global health workforce alliance* – GHWA) était intitulé : « Une vérité universelle : pas de santé sans ressources humaines » (*A Universal Truth: No Health Without A Workforce*) (5,21). Ce rapport, publié à l'occasion du troisième Forum mondial sur les ressources humaines pour la santé²³, cherchait à interpeller les institutions et acteurs en santé mondiale sur **l'importance des professionnels de santé pour le bon fonctionnement de tous les systèmes de santé**. Il s'agissait également de lancer une dynamique de formation de davantage de professionnels de santé et de création d'emplois dans les pays membres de l'OMS, afin de répondre, à l'échelle nationale aux enjeux de pénurie qui commençaient déjà à se généraliser.

Une décennie plus tard, l'épidémie de Covid-19 a mis en lumière à travers le monde l'importance de certains métiers pour le bon fonctionnement de nos sociétés. Les métiers de la santé ont immédiatement été reconnus au premier rang des **métiers essentiels**. Les premiers mois de l'épidémie, en particulier, ont fait porter à plusieurs systèmes de soins des contraintes très fortes. Il a fallu trouver des lits, faire des arbitrages afin de déprioriser certaines opérations jugées moins urgentes, recruter du personnel en urgence, rallonger le temps de travail, faire appel aux retraités et aux étudiants en fin de formation, etc²⁴. Soumis à ces contraintes, de nombreux soignants, à l'hôpital ou en ville, ont dû faire face à une dégradation majeure de leurs conditions de travail, au manque de matériel, en particulier d'équipements de protection individuels (EPI) adaptés. Enfin, la santé mentale des soignants soumis à un stress aigu et leur exposition accrue à des risques de santé ont souvent été négligées. Si certaines de ces contraintes étaient spécifiques aux circonstances de l'épidémie, cette période a également été l'occasion, pour les soignants, d'exprimer auprès des médias ou des représentants politiques des problématiques rencontrées au quotidien. En France par exemple, dans les médias, on trouve dans les mois et années qui ont suivi le début de l'épidémie de Covid-19, de très nombreux articles sur le manque de moyens des soignants, et le manque de soignants²⁵.

La première section de cette partie fait écho à cette impression de pénurie. La **mise en perspective de l'ampleur de la pénurie mondiale avec les différentes situations régionales** amène à mieux comprendre la manière dont sont calculées les différentes estimations du nombre de professionnels de santé en poste dans les différents pays, mais aussi les seuils minimaux qui permettent de mesurer les efforts à fournir dans les décennies à venir.

Par ailleurs, deux thématiques étaient particulièrement récurrentes dans les articles de journaux portant sur les professionnels de santé en 2022 en France : la « crise de l'hôpital » (en particulier celle des services d'urgence) et les « déserts médicaux ». Dans les deux cas, il s'agit de problématiques qui existaient avant l'épidémie de Covid-19 mais cette épidémie semble avoir aggravé la situation au point d'amener de nombreux soignants à démissionner, en France²⁶ et partout dans le monde. Ce phénomène de « grande démission », s'il se poursuit, en particulier dans le secteur de la santé, pourrait aggraver encore les manques de professionnels de santé déjà existant dans les différents pays.

Dans la deuxième section de la partie 1, nous décrivons une dynamique relativement récente de grande importance pour les métiers de la santé et la manière de les pratiquer : la reconnaissance de **l'importance des conditions de travail des soignants**. Dans le sillage de l'épidémie de Covid-19, les dénonciations de mauvaises conditions de travail se sont multipliées, en particulier dans le cadre hospitalier mais aussi en libéral. La nécessité de « prendre soin des soignants » s'est alors imposée comme une priorité pour les

²² Pour plus de détails, voir Introduction générale, section 1.

²³ Voir aussi les articles : « No Global Health without Human Resources For Health (HRH): The Nursing Lens » publié en 2015 (22), et « Advancing the science behind human resources for health: highlights from the Health Policy and Systems Research Reader on Human Resources for Health » publié en 2018 (20).

²⁴ Dans certains hôpitaux en Ile-de-France par exemple, des personnels de laboratoires d'anatomopathologie ont pu être sollicités pour transporter les corps de personnes décédées en trop grand nombre pour les capacités habituelles de ces hôpitaux par exemple.

²⁵ Pour des raisons de faisabilité, la revue de presse n'a été effectuée qu'à partir de journaux français, mais plusieurs articles parlaient de situations similaires dans toute l'Europe, aux Etats-Unis ou dans d'autres pays particulièrement touchés par l'épidémie de Covid-19 dans la première moitié de l'année 2020.

²⁶ DREES, Etudes et résultats, Près d'une infirmière hospitalière sur deux a quitté l'hôpital ou changé de métier après dix ans de carrière, juillet 2023, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-08/ER1277.pdf> (consulté le 24/11/2023).

grandes instances de santé mondiale. Qu'il s'agisse de santé au travail, de réduire les horaires afin d'éviter le surmenage, de financer les équipements de protection individuelle (EPI) nécessaires, etc. Les initiatives se multiplient afin que les professionnels du soin puissent exercer leurs métiers en prenant le moins de risque possible pour leur propre santé. La question des conditions de travail se pose également en réponse au phénomène de démission abordé dans la section précédente. Il s'agit alors d'élargir la focale pour parler de l'attractivité des métiers de la santé²⁷ : salaire et perspectives d'évolution professionnelles sont également des questions importantes qui semblent peu à peu s'imposer et seront déterminantes pour les candidats aux métiers de la santé de demain.

Dans la troisième section, il s'agira d'explorer une autre dynamique en progression ces dernières années : la **mise en visibilité de la diversité des métiers de la santé**. Jusqu'aux années 2010, la plupart des études et documents de références sur les professionnels de santé concernaient principalement trois professions : médecin, infirmier et sage-femme. Ces dernières années, de plus en plus de professions sont prises en compte, incluant davantage de métiers du soin et, plus largement, de métiers de la santé. Nous développerons le cas des métiers de la santé publique afin d'illustrer cette dynamique en cours.

La quatrième section portera sur l'émergence de nouveaux métiers. En s'appuyant sur plusieurs exemples concrets (logisticiens de la santé au Burkina Faso, experts contextuels au Niger, infirmiers en pratique avancée – IPA – en France), nous mettrons en avant l'intérêt de **créer de nouveaux métiers de la santé** afin de répondre à certains enjeux rencontrés dans les systèmes de santé. Il faudra également mentionner les difficultés rencontrées sur le terrain car l'émergence d'un nouveau métier représente de **nombreux défis**. Si certaines solutions adoptées à l'échelle nationale ou locale peuvent inspirer d'autres pays, l'articulation des métiers de la santé entre eux, les champs de pratique respectifs et les systèmes de formation sont en général pensés à l'échelle nationale et doivent être adaptés au cas par cas. Il est souvent plus simple de créer de nouvelles fonctions pour un métier existant que de mettre en œuvre tous les aspects impliqués dans la création d'un nouveau métier.

1. Une pénurie globale, à l'échelle de la planète

La revue de littérature effectuée entre avril 2022 et avril 2023 sur les métiers de la santé dans les journaux français a donné de nombreux résultats concernant la pénurie de soignants²⁸, les déserts médicaux²⁹ et la « crise » des hôpitaux (en particulier des services d'urgence et des maternités)³⁰ et du système de santé³¹ en France. Plusieurs articles témoignent du fait que cette situation de pénurie concerne d'autres Pays à revenu élevé en Europe, aux États-Unis, etc.³² Que ce soit dans la presse ou auprès de nombreux acteurs institutionnels, il semble y avoir un constat généralisé de pénurie.

²⁷ Pour cette question, comme pour de nombreux autres aspects abordés dans le rapport, il existe davantage d'éléments sur les professionnels du soin que sur les autres professionnels de santé non-soignants, mais la question de l'attractivité des métiers de la santé en tant que telle se pose pour tous les métiers et pas seulement pour les soignants.

²⁸ Quelques exemples : « Pourquoi y a-t-il une pénurie de médecins en France ? », Le Monde, 23 octobre 2022 (vidéo YouTube) ; « Face à la pénurie de médecins, supprimer vraiment le numerus clausus », Challenges, 24 octobre 2022 ; « Pourquoi l'hôpital n'est plus attractif pour les soignants ? », Le Monde, 22 juillet 2022 ; « Pénurie de médecins : le maire d'Orléans s'accroche à son partenariat contesté avec l'université de Zagreb », Le Monde, 7 mai 2022.

²⁹ « Déserts médicaux : l'Etat au secours du Centre-Val de Loire », Le Monde, 23 février 2022 ; « Déserts médicaux : l'accès aux spécialistes est de plus en plus difficile », Le Monde, 27 septembre 2022.

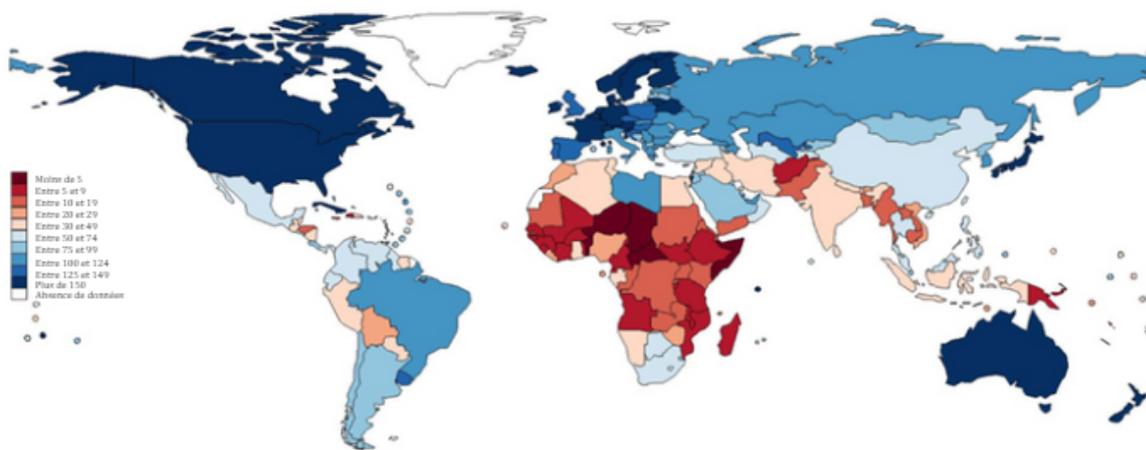
³⁰ « Au moins 120 services d'urgences font face à de graves « difficultés » avant l'été, « du jamais-vu » », Le Monde, 20 mai 2022 ; « Hôpital : la crise ne cesse d'enfler aux urgences », Le Monde, 23 mai 2022 ; « Aux urgences, un service sur cinq est en danger de fermeture cet été. Il y aura donc des morts », Le Monde, 01 juin 2022 ; « Mobilisation dans les hôpitaux : « La crise hospitalière est devant nous, et les mesures budgétaires ne résoudront certainement pas tout », Le Monde, 07 juin 2022 ; « Crise de l'hôpital : face à la catastrophe annoncée, comment sauver les urgences ? », Le Monde, 08 juin 2022 ; « Partout en France, à la veille de l'été, des maternités sous haute tension » Le Monde, 20 juin 2022 ; « La canicule aux urgences : « On freine les admissions, on trie, le risque d'erreur est accru », Mediapart, 31 août 2022 ; « Crise de l'hôpital : les causes profondes », Osons Causer, 02 janvier 2023.

³¹ « La vie sans urgences de nuit depuis sept mois à Draguignan : « C'est ça, un système hospitalier qui craque » » Le Monde, 19 juin 2022 ; « Crise des systèmes de santé en Europe : comment expliquer les difficultés françaises ? », The Conversation, 12 mars 2023.

³² « Maternité. Aux États-Unis, les femmes accouchent de plus en plus hors de l'hôpital », Courrier international, 01 mai 2022 ; « Soins. Sans les travailleurs étrangers, le système de santé allemand "serait au bord de l'effondrement" », Courrier international, 31 mai 2022 ; « La grande pénurie de soignants est une réalité dans toute l'Europe », Le Monde, 27 juillet 2022 ; « Alerte de l'OMS sur la pénurie de médecins et de soignants en Europe », Challenges, 15 septembre 2022 ; « La crise du système de santé en France et en Europe », France Culture, 01 janvier 2023 ; « Crise de l'hôpital et du système de santé : en Europe, la France est loin d'être seule à souffrir », Huffington Post, 05 janvier 2023.

Pourtant, les dernières estimations de l'OMS constatent une augmentation de 29 % du nombre de personnels de santé entre 2013 et 2020 – environ trois fois supérieure à l'augmentation de la population mondiale, qui est de 9,7 % sur la même période (23). La tendance générale montre une diminution de la pénurie pour la plupart des professions. L'ampleur de la pénurie globale de personnels de santé attendue pour 2030 est estimée à 10 millions de personnels de santé manquant (23). Dans ces estimations, les pays européens, les États-Unis et la majorité des pays à revenu élevé ne sont pas considérés en situation de pénurie (voir Figure 2), mais le seuil considéré ici (50 professionnels de la santé pour 10 000 habitants) est largement remis en question. Si l'on considère effectivement ce seuil, seuls les pays en rouge sur la carte ci-dessous sont considérés comme souffrant d'une pénurie de professionnels de la santé. La carte montre que le continent africain concentre les taux les plus faibles de personnels de santé pour 10 000 habitants (moins de cinq professionnels de santé pour 10 000 habitants au Niger, au Tchad et en Centrafrique par exemple en 2020), et que la grande majorité des pays du continent sont considérés comme étant en pénurie (sur tout le continent, seuls l'Afrique du Sud, le Lesotho, le Swaziland et la Libye sont au-dessus du seuil).

Figure 1 : Densité des personnels de santé (dentistes, infirmiers, médecins, pharmaciens, sage-femmes) pour 10 000 habitants en 2020



Source : traduit de l'anglais depuis l'article Boniol M. et al, *BMJ Global Health*, 2022.

Lorsqu'on compare la situation française, européenne ou américaine, avec les pays où la situation de pénurie est la plus grave – voir par exemple les 55 pays de la liste de l'OMS dont il faut protéger et soutenir les personnels de santé en priorité, actualisée en 2023 (24) – les situations de pénurie semblent n'avoir rien à voir. En 2020, les PRE avaient une densité de professionnels de santé 6,5 fois supérieure aux pays à revenu faible. Un cinquième de la population mondiale (22%) bénéficiait de près de la moitié des personnels de santé (47%) (23).

Afin de mieux comprendre ce qu'on appelle pénurie de professionnels de santé à l'échelle mondiale, il est

Encadré 1. Seuils minimaux de professionnels de santé utilisés en santé mondiale

Dans son rapport intitulé « Travailler ensemble pour la santé » publié en 2006, l'OMS estimait qu'il fallait au minimum une densité de **2,28 professionnels de santé qualifiés pour 1000 personnes dans le monde**. Ce chiffre correspond en réalité à la densité minimale de médecins, infirmiers ou sage-femmes en poste nécessaires afin que 80 % des naissances puissent être assistées par un professionnel de santé. On voit bien qu'un tel indicateur est très limité, et qu'avec ce seul critère, tous les PRE sont au-dessus de la densité minimale. Ce chiffre de 2,28 pour 1000 est pourtant resté le chiffre de référence jusqu'en 2016, où l'OMS a publié la Stratégie mondiale sur les ressources humaines en santé à l'horizon 2030 qui estimait qu'il fallait un minimum de 4,45 médecins, infirmiers ou sage-femmes pour 1000 personnes en 2030 afin d'atteindre le 3^{ème} objectif de développement durable (Organisation Mondiale de la Santé 2016; World Health Organization 2016b) – en se basant sur un indicateur composite prenant en compte de manière binaire **12 dimensions différentes des systèmes de santé** (voir Annexe 3).

Récemment, ce chiffre a de nouveau évolué, à la suite des travaux d'une commission du Lancet sur les RHS qui a calculé qu'il fallait au moins 20,7 médecins, 70,6 infirmiers et sage-femmes, 8,2 dentistes et 9,4 pharmaciens pour 10 000 personnes pour atteindre 80 % de couverture santé universelle. Il s'agit donc de près de **11 soignants pour 1000** de ces quatre catégories, ou 9,1 médecins, infirmiers ou sage-femmes pour 1000 : le double de l'estimation de 2016.

Pour chaque nouvelle estimation du seuil de densité minimale, l'estimation du nombre de personnels de santé manquant est recalculée. Ainsi, d'après l'article du Lancet, il **manquait 43,2 millions de soignants** des quatre catégories citées ci-dessus en 2019 (Haakenstad et al. 2022).

utile de se pencher sur la manière d'estimer les seuils de densité minimale de professionnels de santé, qui déterminent, entre autres, les estimations du nombre de personnels de santé manquant

1.1 Pénurie mondiale, pénuries nationales : estimations statistiques et dynamiques régionales

Que ce soit à l'échelle mondiale ou au niveau national, estimer le nombre de professionnels de santé nécessaires au bon fonctionnement d'un système de santé, à une date donnée (en prospectif ou en rétrospectif), ou encore la pénurie de professionnels de santé en cours ou à venir, nécessite de prendre en compte différents aspects.

Il faut d'abord décider **quels professions et métiers sont inclus** dans les estimations. Jusqu'au milieu des années 2010, seuls les médecins, infirmiers et sages-femmes étaient inclus dans les estimations sur « les personnels de santé » car il était difficile d'avoir des chiffres fiables pour les autres³³. Ces dernières années, il est courant d'inclure également les dentistes (et assistants en dentisterie) et les pharmaciens (et assistants pharmaciens). Mais cela reste une vision extrêmement limitée de l'ensemble des professionnels de santé, qui ne considère que les soignants, et seulement une partie d'entre eux. A contrario, plus on a une vision large des métiers de la santé, et donc des services de santé dont la population devrait bénéficier, plus

³³ « It is acknowledged that this threshold reflects only physicians, nurses and midwives, an inherent limitation caused by the paucity of data on other cadres. » (25) ; « It was not possible to factor into the analysis other health worker cadres (such as community-based and mid-level health workers, and other allied health professionals) due to extensive limitations in data availability for these other cadres. » Source : Global Strategy, p.42 (World Health Organization 2016a).

la densité minimale de professionnels de santé nécessaire au bon fonctionnement du système de santé va augmenter.

Il faut aussi estimer la **quantité de services de santé fournis par les différents professionnels** et la comparer aux besoins (si on choisit une méthode basée sur la quantification des besoins – voir ci-dessous). Schématiquement, on ne peut estimer le nombre de professionnels de santé à former pour demain si on ne sait pas quelles tâches chacun effectue et la **quantité totale de tâches à effectuer**. Comme les tâches allouées à différents métiers varient en fonction des pays et des contextes, ces estimations sont plus fiables à l'échelle nationale ou régionale qu'à l'échelle mondiale. Il faut donc également connaître le **skill-mix** : la répartition des différentes tâches à effectuer entre les différents professionnels de santé afin de savoir dans quelles proportions former quels types de professionnels.

Il faut également savoir **combien de professionnels de santé sont actuellement en poste** au sein des différentes professions et métiers sélectionnés et ceux qui **seront en poste à la date pour laquelle est faite une projection** (en prenant en compte les nouveaux arrivants actuellement en formation, ceux qui partiront à la retraite, les flux migratoires de professionnels de santé mais aussi les reconversions).

Estimer donc de manière fiable la pénurie de professionnels de santé (actuelle ou à venir) à l'échelle nationale, régionale ou mondiale, est un défi en soi qui demande un grand nombre de données et qui dépend de nombreux paramètres relativement arbitraires. On donne l'exemple ci-dessous de deux méthodes différentes utilisées afin d'effectuer des projections sur les métiers de la santé de demain : calculer le nombre de professionnels de santé – formés ou à former – ou de postes – créés ou à créer en fonction d'une estimation des besoins en santé dans une population donnée, ou en fonction de la demande économique de demain dans le secteur de la santé.

Estimer **les besoins** en santé des populations ou estimer **la demande** de professionnels de santé Il y a deux grandes manières d'estimer le nombre de (nouveaux) emplois et de professionnels de santé à former pour demain (à l'échelle nationale par exemple). Une première option est de s'intéresser aux **besoins de santé dans une population donnée** en définissant l'accès à la santé et les services de santé auxquels on veut que la population ait accès (80% de CSU par exemple), puis on divise l'ensemble des services que le système de santé aspire à fournir par l'ensemble de tâches que chaque professionnel de santé est capable d'effectuer³⁴. L'objectif de cette méthode est de savoir combien il faut de professionnels de quel type afin que la population ait accès aux soins dans la proportion préalablement définie. On compare ensuite la quantité de professionnels de santé nécessaires au moment de l'échéance de la projection, avec l'estimation du nombre de professionnels qui seront effectivement en poste à ce moment-là afin d'estimer la différence entre les deux. Si elle est négative, il y a pénurie de professionnels de santé.

On peut également choisir de s'intéresser à la **demande de professionnels de santé**. Cette perspective, souvent adoptée par les économistes de la santé mais moins utilisée en santé mondiale, ne s'intéresse pas aux besoins de santé de la population en fonction d'indicateurs de couverture de certains services de santé, mais cherche à analyser le marché du secteur de la santé et à estimer la capacité du marché à financer de nouveaux emplois dans le futur. Cette perspective pragmatique permet en général de montrer que le secteur économique de la santé est dynamique : source de création de nouveaux emplois et rentable en termes d'investissement lorsqu'on se projette dans le futur. Elle peut aussi permettre à l'État d'ajuster ses politiques publiques afin de créer davantage d'emplois pour les métiers qui seront moins développés dans le secteur privé, afin d'équilibrer l'offre entre public et privé.

Les différences de résultats entre les deux approches peuvent être importantes. Par exemple, à l'échelle mondiale, les travaux de la Commission de haut-niveau ont mis en avant les estimations suivantes, basées sur les besoins : **plus de 40 millions de nouveaux emplois** seront créés dans le secteur de la santé d'ici 2030, et il restera une pénurie de 18 millions de professionnels de santé³⁵. La deuxième approche, utilisée par la Banque Mondiale – présentée dans un article publié en 2017 (26) – montre une **demande de 80 millions de personnels de santé d'ici 2030**. Cette analyse montre que les pays à revenu intermédiaire et

³⁴ Cela présuppose d'une part, que tous les professionnels de santé sont efficaces à 100% (ou de prendre en compte les problèmes d'efficacité individuels ou de groupe) et surtout qu'ils sont équitablement répartis sur le territoire. La question de la répartition inégale est absolument majeure (voir sous-partie suivante).

³⁵ Réévaluée récemment à 10 millions, voir plus haut.

élevé auront les moyens économiques d'employer des dizaines de millions de personnels de santé en plus mais pourraient être limités par le nombre de personnels formés et disponibles pour travailler. Les pays à revenu faible seront limités par l'offre **et** la demande, donc même en formant davantage de personnels de santé, ces pays n'auront pas les moyens d'employer ces personnels sans un très grand investissement économique supplémentaire dans le secteur de la santé³⁶.

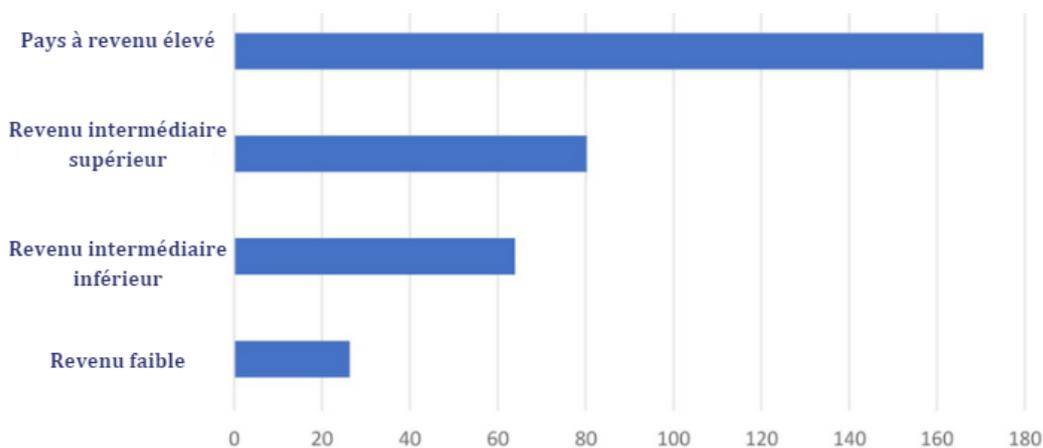
La demande dans cette approche est corrélée au PIB de l'année en cours et précédente car le revenu national est le facteur principal qui conditionne les dépenses en santé, et donc la demande de personnels de santé. La Banque Mondiale utilise d'autres indicateurs complémentaires pour évaluer la demande de personnels de santé comme le pourcentage de la population d'un pays de plus de 65 ans ou les dépenses privées en santé par ménage (*private per capita household out-of-pocket spending on medical care*) considérées comme un proxy de la protection sociale (plus elles sont élevées, moins la demande en personnels de santé sera grande).

Il faut néanmoins souligner que, quel que soit le mode de calcul choisi, le seuil minimal adopté ou l'optimisme de certaines projections, l'ampleur de la pénurie de personnels de santé dans le monde de compte toujours en millions. Dans le meilleur des cas, le scénario le plus positif compte une pénurie de **10 millions de soignants en 2030** (23) avec de grandes inégalités de répartition entre les régions, entre les pays et à l'intérieur des pays.

1.2 Répartition inégale : des estimations à l'échelle mondiale qui cachent de grandes disparités

Les dernières estimations de l'OMS sur la répartition des personnels de santé dans le monde confirment les tendances identifiées précédemment : les inégalités sont déjà importantes et vont continuer à s'accroître d'ici 2030. Ainsi, en moyenne, on s'attend à une augmentation de 29 % de la densité de personnels de santé entre 2020 et 2030, mais dans les 47 pays où la densité est la plus faible, la densité ne devrait augmenter que de 9 %. En 2020, ces pays supportaient déjà la moitié de la pénurie mondiale de personnels de santé, en 2030, ce sont 69 % des personnels de santé manquant qui manqueront à ces 47 pays (23). Quant à la région Afrique de l'OMS, elle représentait un quart de la pénurie mondiale de personnels de santé en 2013, contre 52 % estimés en 2030. L'écart avec les autres régions se creuse considérablement et l'Afrique n'échappe pas au phénomène de dégradation des hôpitaux publics (même dans les pays les plus riches de la région comme l'Afrique du Sud³⁷).

FIGURE 2 : DENSITE DES PERSONNELS DE SANTE (DENTISTES, INFIRMIERS, MEDECINS, PHARMACIENS, SAGES-FEMMES) POUR 10 000 PERSONNES EN 2020 PAR GROUPES DE REVENU.



Source : traduit de l'anglais depuis l'article Boniol M, et al. *BMJ Global Health* 2022

³⁶ Voir la notion de « surplus paradoxal » illustrée et expliquée dans la deuxième partie.

³⁷ « Santé. En Afrique du Sud, l'hôpital public est dans un état épouvantable », *Courrier international*, 19 février 2022.

Comme on peut voir sur la Figure ci-dessus, les Pays à revenu élevé avaient une densité de personnels de santé 6,5 fois supérieure à celle des pays à revenu faible en 2020. Cette tendance va se poursuivre : la pénurie dans la région Afrique ne devrait diminuer que de 7% d'ici 2030 d'après les dernières estimations de l'OMS, et 15 % dans la Région Méditerranée Orientale, creusant ainsi les inégalités avec les autres régions (23).

1.3 La santé, un secteur en forte croissance : l'exemple de la France

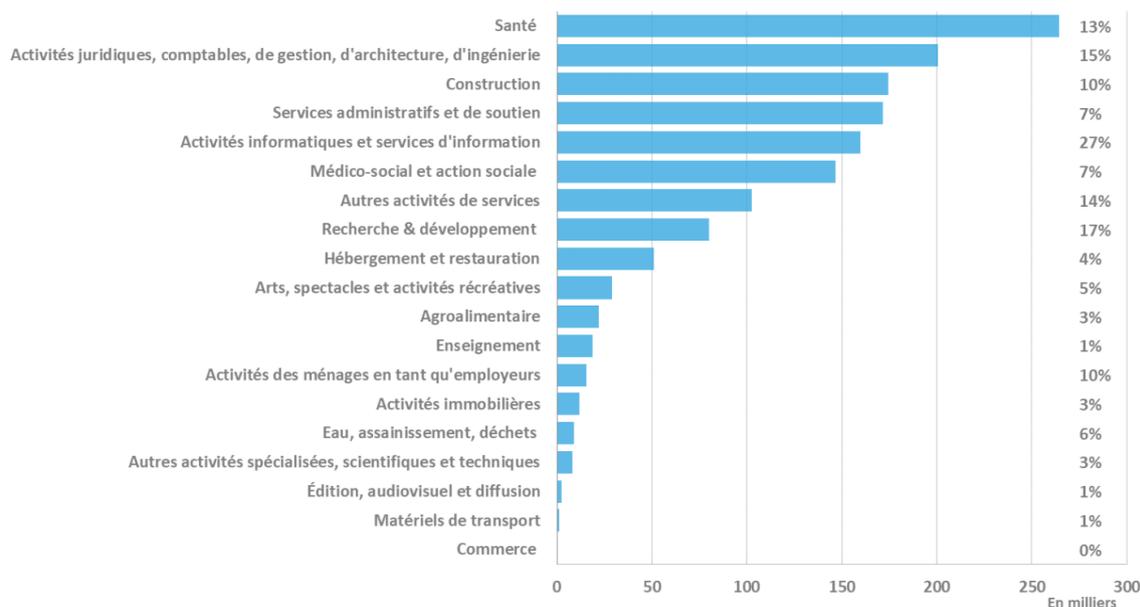
L'OMS et en particulier le département des personnels de santé de son siège à Genève, a développé de **nombreux outils afin d'aider les pays à estimer le nombre de professionnels de santé en poste**³⁸ et à établir des analyses nationales du secteur de la santé. Ces analyses à l'échelle nationale sont essentielles pour adapter et ajuster les filières de formation en fonction des projections qu'on peut faire pour le secteur à une échéance donnée. Elles doivent d'ailleurs faire partie des Plans Nationaux de Développement Sanitaire (PNDS). La composition du secteur de la santé dans un pays à un moment donné est une donnée essentielle afin d'adapter les formations et les cursus au secteur de la santé de demain.

En France par exemple, la Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques (DARES) du ministère du Travail a publié en 2022 un rapport sur les métiers en 2030 où l'on trouve plusieurs informations utiles sur le secteur de la santé. Le rapport estimait le nombre d'emplois qui seront créés d'ici 2030, les besoins de recrutement en prenant en compte les départs en fin de carrière, les jeunes nouvellement formés et les reconversions afin de mettre en avant les déséquilibres potentiels entre les besoins de recrutement des employeurs et le flux de jeunes sortant de formation initiale (29).

D'abord, ce rapport montre, à l'échelle nationale, ce qui avait été montré à l'échelle internationale par la Commission de haut niveau : **la santé est le secteur où il va y avoir la plus grande croissance d'ici 2030** (13 %) en France (voir Figure 3 ci-dessous). D'après les estimations de la DARES, 264 000 emplois seront créés dans ce secteur d'ici 2030. On note aussi que les secteurs du « médico-social et action social » et de la « recherche et développement » devraient aussi croître respectivement de 7 % et 17 % avec la création de 147 000 emplois pour le premier et 80 000 emplois pour le second. « *La santé et le médico-social gagneraient [donc] plus de 400 000 emplois d'ici 2030* » (p.50-51).

³⁸ Voir par exemple le portail de l'OMS pour répertorier les données nationales concernant les professionnels du secteur de la santé (WHO National Health Workforce Accounts Data Portal : <https://apps.who.int/nhwportal/>). Ou encore les publications « Manuel sur les comptes nationaux des personnels de santé » (27) et « Comptes nationaux des personnels de santé : guide pour la mise en œuvre » (28).

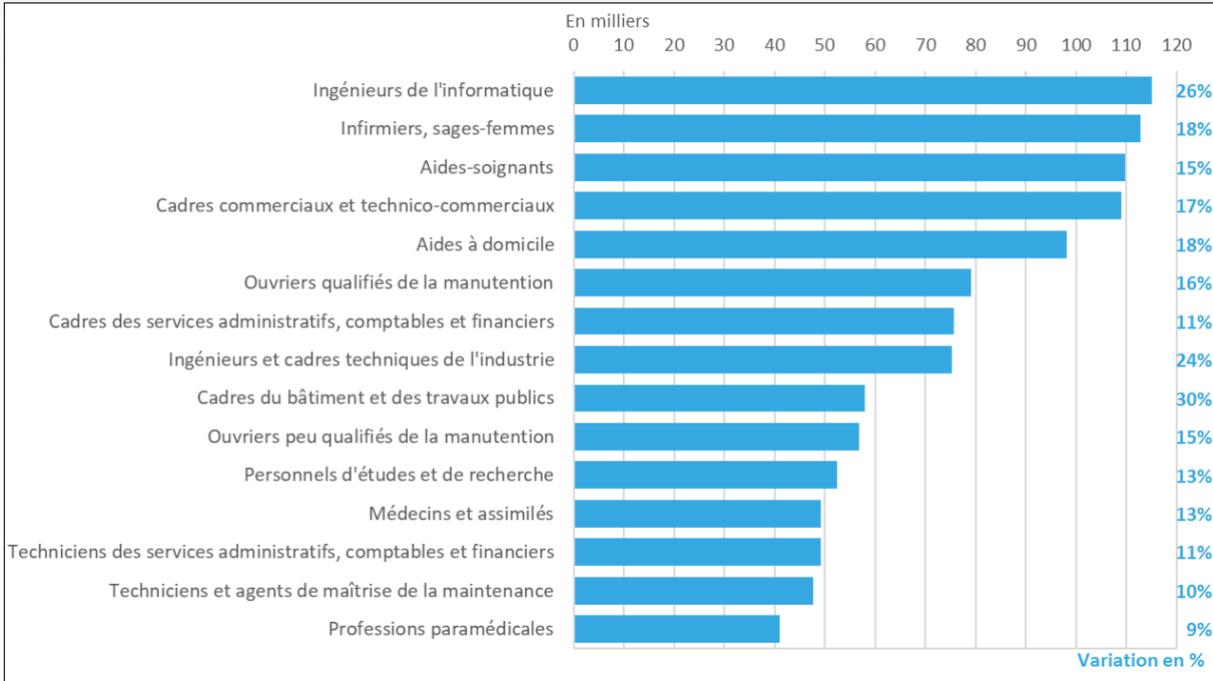
FIGURE 3 : LES SECTEURS LES PLUS DYNAMIQUES EN FRANCE ENTRE 2019 ET 2030 (SCENARIO DE REFERENCE) SELON LA DARES.



Voici les explications fournies dans le rapport afin d'expliquer cette croissance : « [alors] qu'un Français sur trois aura 65 ans ou plus en 2030, le **vieillessement de la population** va accroître les besoins de santé et de prise en charge de la dépendance. Le nombre de seniors en perte d'autonomie devrait, en effet, atteindre 3 millions en 2030. À ces besoins structurels s'ajouterait une **préférence accrue pour la santé consécutive à la pandémie**. La **participation croissante des femmes au marché du travail** (70% seraient actives en 2030, contre 68,6% en 2019) jouera aussi un rôle dans la demande de services à la personne. Elles restent en effet majoritairement en charge non seulement des jeunes enfants mais aussi des plus âgés et des personnes handicapées. Enfin, l'élévation du niveau de diplôme des jeunes générations et la **nécessité de se former tout au long de la vie** pour s'adapter aux transformations sociotechniques maintiendront les besoins d'éducation. » (p.50).

Toujours d'après le rapport de la DARES, « les professions de la santé et des services à la personne sont parmi les métiers les plus créateurs d'emploi ». On voit dans la Figure 4 (ci-dessous) que trois métiers parmi les cinq métiers en plus forte expansion entre 2019 et 2030 sont des métiers de la santé ou assistance à la personne (infirmiers et sages-femmes, aides-soignants et aides à domicile). Les « Médecins et assimilés » et les « Professions paramédicales » sont les 12^{ème} et 15^{ème} catégories du tableau respectivement. On note également que beaucoup des autres métiers les plus créateurs d'emploi, sans être directement des métiers du soin, sont nécessaires au bon fonctionnement des systèmes de santé (ex : ingénieurs de l'informatique ; cadre des services administratifs, comptables et financiers ; ingénieurs et cadres techniques de l'industrie ; personnels d'études et de recherche ; techniciens et agents de maîtrise de la maintenance, etc).

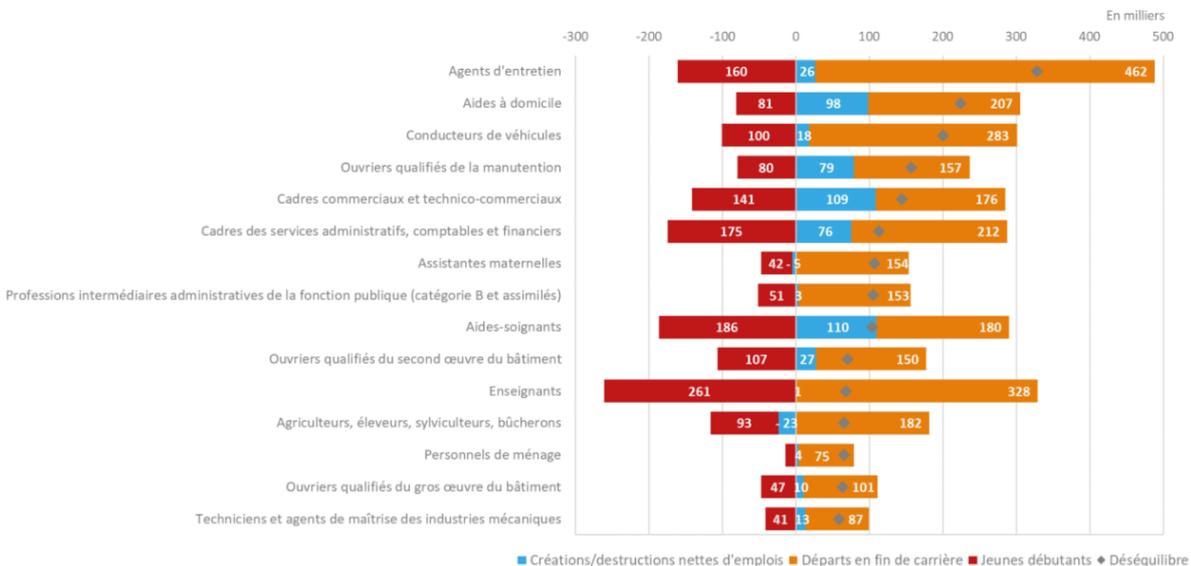
FIGURE 4 : LES METIERS EN PLUS FORTE EXPANSION EN FRANCE ENTRE 2019 ET 2030 SELON LA DARES



Pas assez d'aides-soignants formés pour le nombre de postes à pourvoir

Toujours d'après le rapport de la DARES, le seul métier de la santé pour lequel on peut s'attendre à un déséquilibre important entre le nombre de postes à pourvoir et le nombre de personnes formés qui arriveront sur le marché du travail entre 2019 et 2030 est celui d'aides-soignants (voir Figure 5, ci-dessous). « Parmi les quinze métiers aux plus forts déséquilibres potentiels on retrouve les aides à domicile (224 000 postes non-pourvus par les jeunes débutants) et les aides-soignants (104 000 postes non pourvus par les jeunes débutants) ». On retrouve également, comme dans les tableaux précédents, d'autres métiers nécessaires au bon fonctionnement des systèmes de santé comme les agents d'entretien, conducteurs de véhicules, cadre des services administratifs, etc. Cependant, le seul métier du soin pour lequel il semble y avoir une situation de pénurie annoncée est celui d'aide-soignant.

FIGURE 5 : LES METIERS OU LES DESEQUILIBRES POTENTIELS SONT LES PLUS IMPORTANTS ENTRE POSTES A POURVOIR ET NOUVEAUX ARRIVANTS EN FRANCE (ENTRE 2019 ET 2030, SCENARIO DE REFERENCE), SELON LA DARES.



Il y a un fort décalage entre la situation de pénurie décrite dans la presse et les estimations du rapport de la DARES. Nous allons proposer des pistes d'explications afin de comprendre ce qui cause effectivement l'impression d'une pénurie de soignants en France.

Contextualisation de la « pénurie » de soignants en France

En France, la pénurie (décrite dans les médias ou vécue par de plus en plus d'habitants) n'est pas une pénurie généralisée de personnels de santé. Elle a plusieurs caractéristiques spécifiques et plusieurs explications contextuelles :

- La pénurie mentionnée dans les journaux est la plupart du temps une pénurie de médecins (généralistes et spécialistes), pas de professionnels de santé. Cette pénurie, annoncée depuis des années, est principalement une conséquence de l'instauration du *numerus clausus*³⁹ et du phénomène de déserts médicaux.
 - Si le Conseil d'État a suspendu l'arrêté fixant le **numerus clausus** en France en janvier 2021, il semble que cette pratique n'a pas été réellement supprimée puisque le nombre de futurs médecins en formation est toujours limité par le nombre de places en stage par exemple⁴⁰. Le nombre de stage augmente depuis quelques années, en privilégiant les régions à faible densité au détriment des grandes métropoles comme Paris, Marseille ou Nice. Par rapport au dernier *numerus clausus* [en date de 2020, ndlr], l'augmentation du nombre de places en médecine est de 13% en 2022. Cette augmentation est de 9% pour la filière pharmacie, 17% en odontologie et 1,5% en maïeutique⁴¹.
 - L'établissement de **déserts médicaux** est partiellement une conséquence du *numerus clausus* et d'une trop faible densité globale de médecins (généralistes et spécialistes⁴²) sur le territoire mais c'est aussi la conséquence d'une **répartition géographique inégale des professionnels de santé**. Le choix du mode d'exercice par les nouvelles générations de médecins (maisons de santé pluri-professionnelles, horaires moins élevés et/ou temps consacré à des activités non soignantes, recherche du salariat plus que statut libéral etc.) est un facteur à ne pas négliger car il illustre une tendance de fond, qui augmente mécaniquement le besoin en nombre de médecins. Augmenter le nombre de professionnels de santé formés peut permettre d'endiguer ce phénomène, mais souvent, cela ne suffit pas. Il y a de nombreuses autres méthodes pour inciter les personnels de santé à travailler en zones rurales, sensibles ou reculées⁴³.
- La « crise » du système de santé en France⁴⁴ est principalement une **crise de l'hôpital public**⁴⁵. La privatisation partielle du système de santé n'augmente pas la pénurie de professionnels de santé, car les calculs de densité des personnels de santé prennent en compte tous les professionnels, qu'ils travaillent dans le secteur public, dans le secteur privé, ou les deux⁴⁶. La démission de soignants de l'hôpital public, ou même la fermeture de lits ou de services, ne sont pas des « pertes » pour le système de santé, s'ils se traduisent en postes, lits et services créés dans le secteur privé. Néanmoins, ce mouvement de privatisation du système de santé (qui n'est pas uniquement spécifique à la France) a deux impacts majeurs : sur l'accès aux soins et l'équité en santé, et sur la perception du bon fonctionnement du système de santé. Ainsi, la prise en charge gratuite ou à faible coût se réduit considérablement, augmentant les inégalités dans l'accès aux soins ; et la

³⁹ Pour une description détaillée de la pratique du *numerus clausus* et de l'histoire de sa mise en place en France, voir l'ouvrage La Hantise du nombre: Une histoire des numerus clausus de médecine, publié en 2015 (30). Cette pratique n'est pas exclusive à la France, on la retrouve également au Mali, au Togo et dans d'autres pays d'Afrique francophone (31). Au Togo, en septembre 2020, le ministère de l'Enseignement supérieur et de la recherche a d'ailleurs décidé d'interdire cette pratique sur toute l'étendue du territoire.

⁴⁰ « Le gros mensonge de la fin du *numerus clausus* en médecine », Challenges, 15 juillet 2023 ; « Face à la pénurie de médecins, supprimer vraiment le *numerus clausus* », Challenges, 24 octobre 2022.

⁴¹ Suppression du *numerus clausus* : de combien a augmenté le nombre de places en médecine ? Egora, septembre 2022, <https://www.egora.fr/etudiants/passlas-internat/76281-suppression-du-numerus-clausus-de-combien-a-augmente-le-nombre-de> (consulté le 24 novembre 2023)

⁴² « Déserts médicaux : l'accès aux spécialistes est de plus en plus difficile », Le Monde, 27 septembre 2022.

⁴³ Pour les exemples concrets, voir Partie 2, section fidélisation en zones rurales et reculées.

⁴⁴ « Crise des systèmes de santé en Europe : comment expliquer les difficultés françaises ? », The Conversation, 12 mars 2023.

⁴⁵ « Mobilisation dans les hôpitaux : « La crise hospitalière est devant nous, et les mesures budgétaires ne résoudront certainement pas tout », Le Monde, 07 juin 2022 ; « Crise de l'hôpital : face à la catastrophe annoncée, comment sauver les urgences ? », Le Monde, 08 juin 2022 ; « Pourquoi l'hôpital n'est plus attractif pour les soignants », Le Monde, 22 juillet 2022 ; « Crise de l'hôpital et du système de santé : en Europe, la France est loin d'être seule à souffrir », Huffpost, 05 janvier 2023.

⁴⁶ Le phénomène de la « double pratique » (*dual practice*) est de plus en plus fréquent, en France et partout dans le monde (20,32).

dégradation des services à l'hôpital public rend les conditions de travail des soignants plus difficiles, et impacte négativement le vécu et la perception des usagers.

En conclusion, la diminution progressive de la densité de médecins et spécialistes en libéral, en particulier dans les déserts médicaux, en même temps que le désinvestissement des hôpitaux publics en faveur de cliniques privées et le durcissement des conditions de travail à l'hôpital provoquent un recul dans l'accès aux soins gratuits, une diminution ou une mise en péril de la qualité des soins dans le secteur public et une perception générale d'un système de santé en crise. S'il ne s'agit pas d'une situation de pénurie générale de personnels de santé (d'autant moins si l'on compare la situation française à d'autres pays dans le monde), la situation de pénurie de médecins est bien réelle, en particulier dans les déserts médicaux, et le désinvestissement de l'hôpital public augmente encore cette pénurie contextuelle en poussant les soignants à partir vers le privé.

Ce cas d'étude sur la France est un exemple des enseignements apportés par les analyses des marchés du travail en santé à l'échelle nationale, l'apport des projections dans un contexte précis et les ajustements à effectuer pour les métiers de la santé de demain.

De manière plus générale, la situation de pénurie constatée ces derniers mois dans les PRE, peut avoir plusieurs causes. **L'épidémie de Covid-19** a fait peser de grosses contraintes sur les professionnels de santé, en particulier en termes de conditions de travail particulièrement difficiles pour les soignants. Nombre d'entre eux, qui trouvaient déjà leurs métiers peu attractifs – en termes de salaire mais aussi d'horaires ou d'environnement de travail – avant cette épidémie ont décidé de démissionner. Certains travaillaient à l'hôpital public et se tournent vers le privé qui est souvent plus attractif⁴⁷. D'autres changent de professions mais restent dans le domaine de la santé. D'autres enfin, quittent les métiers de la santé et se reconvertisent⁴⁸.

1.4 La « Grande démission » et le secteur de la santé

La question de la démission des professionnels de santé, en particulier des soignants, qui quittent la profession au cours des cinq ou dix ans suivant la fin de leur formation, n'est pas une question nouvelle. Dans un contexte de pénurie, augmenter le nombre de places en formation n'est une piste de solution que si l'on se préoccupe également du fait que les personnes formées exercent ensuite le métier pour lequel ils et elles ont été formées. Or, il n'est pas rare que les professionnels de santé décident de se reconvertir après quelques années⁴⁹.

On peut mentionner par exemple une enquête menée en Afrique subsaharienne, par exemple, montre que 50 % des infirmières ont l'intention de quitter leur emploi⁵⁰. Une autre étude réalisée auprès d'ambulanciers paramédicaux en Israël en 2014 (34), qui montrait que, sur les 2500 ambulanciers formés, seulement 650 étaient encore en activité. 50% des ambulanciers formés quittent la profession au bout de trois ans⁵¹. Les raisons avancées pour expliquer le choix de quitter la profession étaient les suivantes : manque d'opportunités de carrière, bas salaires malgré des contraintes physiques intenses et épuisantes, horaires de travail étendus et *shifts* qui affectent la vie de famille et la vie personnelle. Une autre étude conduite à la fin des années 2000 au Sénégal auprès de sages-femmes, questionnant la satisfaction au travail, le surmenage⁵² et l'intention de démissionner⁵³, montrait déjà que plus de la moitié des participants

⁴⁷ Voir par exemple l'article scientifique « Why do some physicians in Portuguese-speaking African countries work exclusively for the private sector? Findings from a mixed-methods study », Russo et al., Human Resources for Health, 2014 (33).

⁴⁸ Pour tous ces aspects, voir les parties suivantes sur la grande démission suite à l'épidémie de Covid-19, sur les conditions de travail des soignants et sur le manque d'attractivité de certains métiers de la santé.

⁴⁹ Ce phénomène est particulièrement fréquent lorsque les conditions de travail sont difficiles. Pour davantage d'informations sur les conditions de travail des soignants, voir la section suivante (section 3 : « titre »).

⁵⁰ Ayalew E, Workineh Y, Semachew A, Woldgiorgies T, Kerie S, Gedamu H, et al. "Nurses' intention to leave their job in sub-Saharan Africa: A systematic review and meta-analysis". Heliyon. 2021;7(6):e07382.

⁵¹ Parmi les ambulanciers ayant participé à l'étude, 73% de ceux qui ont démissionné sont parti dans les cinq ans suivant la fin de la formation (34).

⁵² Plus de la moitié des participants ont été diagnostiqués de surmenage.

⁵³ Le lien entre surmenage et intention de quitter son travail ou sa profession a été mis en avant dans de nombreuses publications sur les métiers de la santé (voir par exemple concernant des infirmiers de soins de santé primaire, cet article publié en novembre 2020 : « Psychological distress, burnout, job satisfaction and intention to quit among primary healthcare nurses » (35). Ces articles se sont multipliés suite à l'épidémie de Covid-19 (36-38).

avaient l'intention de démissionner de leur emploi dans l'année (la plupart afin de suivre une nouvelle formation).

Un autre exemple récent, publié au début de l'épidémie de Covid-19 au Canada, donnait des chiffres de 2016 sur les adultes de 20 à 44 ans ayant reçu une éducation en santé mais n'exerçant pas dans le secteur de la santé⁵⁴ (en effet, il était question de faire appel à eux pour pratiquer certaines tâches nécessaires dans le contexte de la réponse à l'épidémie). Sur près d'un million de personnes ayant reçu une éducation secondaire en santé, seulement 56 % occupaient un travail en lien avec la santé. 30 % d'entre eux étaient considérés comme « sous-utilisés » dont 14 % faisant un métier qui ne nécessitait pas d'éducation supérieure. 85 % des personnes formées mais ne travaillant pas dans la santé étaient des femmes.

Si la question de la démission des métiers de la santé n'est pas nouvelle, et participe sans doute au phénomène de pénurie, en particulier pour les professionnels du soin, elle a été particulièrement évoquée ces dernières années dans le sillage de l'épidémie de Covid-19 pendant et à la suite de laquelle ce phénomène a pris une telle ampleur qu'on a vu émerger l'expression « grande démission » (*Great Resignation*)⁵⁵. La « grande démission » a particulièrement touché les métiers de la restauration et du commerce⁵⁶, mais les professionnels de santé, en particulier les soignants, sont aussi concernés⁵⁷, car l'impact de l'épidémie sur leur santé a été majeur.

Si on prend l'exemple de la santé mentale, plusieurs articles montrent que les professionnels du soin ont souffert de davantage de pression psychologique et maladies mentales (en particulier les infirmiers, les femmes, les soignants en première ligne – *front-line health care workers* –, les plus jeunes et ceux travaillant là où les taux d'infection étaient les plus élevés) (39–41). En Italie par exemple, des médecins et infirmiers travaillant dans les « services Covid » (*Covid-19 wards*) ont montré un taux supérieur de symptômes dépressifs (en particulier chez les femmes célibataires) et de symptômes de stress post-traumatiques (en particulier chez les femmes plus âgées) que leurs collègues (42). Une autre étude en Turquie a montré que le stress, l'anxiété et le surmenage des soignants prenant en charge des patients souffrant de Covid-19 avait significativement altéré leur qualité de vie (en particulier les femmes mariées avec enfants) (43)⁵⁸. Au Ghana, après la première vague de Covid-19, une étude a montré les liens entre symptômes de surmenage et d'épuisement d'une part, et intention de quitter la profession (dans cette étude, 49,3% des 375 infirmiers participants déclaraient vouloir quitter la profession) (45).

L'impact des conditions de travail particulièrement difficiles des professionnels du soin pendant l'épidémie de Covid-19, en particulier l'impact en termes de soignants souhaitant quitter la profession, ou ayant effectivement démissionné dans la perspective de se reconvertir dans un autre secteur que celui de la santé, est encore en train d'être mesuré. On en saura davantage sur cet aspect dans les années à venir, mais la question plus générale de la possible reconversion des professionnels de santé une fois formés devra, dans tous les cas, être prise en compte dans les projections sur les métiers de la santé de demain. Il sera également essentiel de poursuivre les études sur les raisons poussant les professionnels de santé à démissionner et y apporter des réponses adaptées afin de tenter d'endiguer les mouvements de démission qui aggravent la pénurie existante.

⁵⁴ Voir l'article « *Adults with a health education but not working in health occupations* » disponible en entier au lien suivant : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00004-eng.htm> (consulté le 06/03/2023).

⁵⁵ Ce phénomène a surtout été caractérisé aux États-Unis, et les recherches à ce sujet sont encore en cours, mais il nous semblait intéressant de mentionner l'impact potentiel d'un phénomène de démission de grande ampleur suite à des contraintes très fortes subies par les soignants au cours d'une épidémie mondiale dans une section sur la pénurie de professionnels de santé.

⁵⁶ On trouve des exemples de vagues de démission dans d'autres secteurs comme dans l'académique : voir l'article « *Has the 'great resignation' hit academia?* » publié dans Nature le 31 mai 2022 et disponible au lien suivant : <https://www.nature.com/articles/d41586-022-01512-6> (consulté le 08/08/2023).

⁵⁷ Voir par exemple l'article « *Record number of healthcare workers quitting profession* », publié sur internet le 8 septembre 2022 sur le cas de la Finlande où le nombre de demandes de désinscription des registres autorisant à pratiquer des professions du soin ou du social est 20 fois supérieur à la normale en 2022. L'hypothèse de l'article est que cette vague de démission est une des conséquences du « *Patient Safety Act* » qui oblige, entre autres, les infirmières finlandaises à travailler même en grève. On peut également penser que les conditions de travail particulièrement difficiles durant l'épidémie de Covid-19 sont en cause. (Pour davantage de détails, voir : <https://yle.fi/a/3-12615593>, consulté le 12/09/2022).

⁵⁸ Le fait que les femmes ont été davantage affectées par l'épidémie de Covid-19 que les hommes n'est pas spécifique au secteur de la santé (44).

2. La reconnaissance de l'importance des conditions de travail des professionnels de santé

Les conditions de travail des professionnels de santé, et en particulier des professionnels du soin⁵⁹, ont été particulièrement difficiles au cours des dernières années, plus spécifiquement lors des premiers mois et des premières années de l'épidémie de Covid-19⁶⁰. La section précédente mentionnait les impacts de l'épidémie de Covid-19 sur la santé mentale des professionnels du soin. Malheureusement, ces derniers ont été mis en difficulté par bien d'autres aspects. De nombreux soignants ont eux-mêmes été infectés, sont tombés malades, ou sont morts des suites du Covid-19⁶¹. D'après l'OMS, entre janvier 2020 et mai 2021, entre 80 000 et 180 000 professionnels du soin sont décédés du Covid-19⁶². D'autres articles ont montré que certains professionnels de santé ont été victimes de violences physiques ou verbales liées à l'épidémie (46,47).

En réponse à toutes ces difficultés, de nombreux acteurs de santé mondiale ont pris la parole afin de souligner l'importance de prendre soin des soignants (« *Caring for those who care* »), en particulier en pleine épidémie mondiale. Cette dynamique, qui aspire à améliorer mondialement les conditions de travail des professionnels de santé, a également été l'occasion de mettre en avant le manque d'attractivité de certains métiers de la santé et la corrélation entre la protection des personnels soignants et celle des patients⁶³. Dans les années à venir, il s'agira d'améliorer la santé au travail des professionnels du soin et d'augmenter l'attractivité des métiers de la santé qui sont les plus mal rémunérés, ou les plus mal considérés.

2.1 Prendre soin des soignants : une nécessité

Dans le contexte de l'épidémie de Covid-19, de nombreuses propositions ont été faites afin d'améliorer les conditions de travail des professionnels de santé, en particulier des professionnels du soin. On trouve de nombreux articles scientifiques proposant des solutions pour les problèmes de santé mentale rencontrés par les soignants par exemple (48–50). D'autres articles mettent en avant les raisons éthiques de rémunérer davantage les professionnels du soin afin de prendre en compte les heures supplémentaires fournies durant l'épidémie mais aussi les risques supplémentaires pour leur santé (51,52) – en mettant en balance la notion de « devoir » souvent avancée afin de convaincre les soignants dans le cadre de la réponse à l'épidémie (53,54) – en particulier dans un contexte où les EPI n'étaient pas toujours disponibles⁶⁴. Assez rapidement (en décembre 2020), l'OMS publia des recommandations sur la « Gestion des personnels de santé et politique à leur égard dans le contexte de la riposte à la pandémie de COVID-19 » (55).

Par la suite, la nécessité de prendre davantage en compte les conditions de travail des soignants et de mettre en œuvre, à l'échelle nationale, des **programmes nationaux de santé et sécurité au travail** pour les professionnels de santé dépassa rapidement le cadre de la réponse à l'épidémie de Covid-19. Dès 2020,

⁵⁹ Mais c'est aussi le cas de nombreux professionnels de santé publique ou de personnes impliquées davantage dans le volet logistique de la santé.

⁶⁰ « *The past two years have exacted a terrible toll on health and care workers – from infections and deaths, lack of protection, and burnout, fatigue and other mental health issues due to the incredible demands made on these workers. From responding to COVID-19 to maintaining essential health services to rolling out new COVID-19 vaccines, an enormous burden has been placed on the health and care workforce that already was facing a significant shortfall in numbers, distribution and investment. We must re-ignite the motivation of health and care workers as part of our efforts to **Protect. Invest. Together.*** » Département des personnels de santé de l'OMS, automne 2021. Cette citation, extraite de la présentation d'un Webinar de l'OMS intitulé « *How we can re-ignite the intrinsic motivation of our health workforce?* », met en avant l'ampleur des conséquences de l'épidémie de Covid-19 sur la santé physique et mentale des professionnels de santé et le lien avec leur motivation dans l'exercice de leur métier. (Le webinar s'est déroulé le 18 novembre 2021, voir : <https://www.who.int/news-room/events/detail/2021/11/18/default-calendar/how-we-can-re-ignite-the-intrinsic-motivation-of-our-health-workforce>, consulté le 09/08/2023).

⁶¹ « *High proportion of healthcare workers with COVID-19 in Italy is a stark warning to the world: protecting nurses and their colleagues must be the number one priority* » publié le 20/03/2020 et disponible au lien suivant : <https://www.icn.ch/news/high-proportion-healthcare-workers-covid-19-italy-stark-warning-world-protecting-nurses-and> (consulté le 22/03/2022).

⁶² « *Health and Care Worker Deaths during COVID-19* », publié le 20/10/2021 sur le site de l'OMS et disponible au lien suivant : <https://www.who.int/news/item/20-10-2021-health-and-care-worker-deaths-during-covid-19> (consulté le 04/07/2022).

⁶³ Une charte rédigée par l'OMS appelle les gouvernements et les personnes qui gèrent les services de santé au niveau local à prendre des mesures pour mieux protéger les agents de santé <https://www.who.int/fr/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who> (consulté le 24 novembre 2023).

⁶⁴ « *Doctors threaten to quit NHS over shortage of protective kit* », publié dans le Guardian le 24 mars 2020 et disponible au lien suivant : <https://www.theguardian.com/world/2020/mar/24/doctors-threaten-to-quit-over-protective-equipment-shortage> (consulté le 09/08/2023).

l'OMS et l'OIT publient une note d'orientation intitulée « Prendre soin des soignants : programmes nationaux de santé au travail pour les agents de santé. Note d'orientation » (16). Ce document institutionnel met en avant la nécessité de protéger les professionnels de santé car les métiers de la santé font partie des plus dangereux en termes de santé et sécurité au travail d'une part, et ces conditions de travail mettent non seulement les soignants en danger, mais aussi le reste de la population car elles « compromettent les performances du système de santé »⁶⁵ (16).

Dès 2020, il est annoncé que l'année 2021 sera l'« Année des personnels de santé et d'aide à la personne »⁶⁶. Lors de l'Assemblée mondiale de la santé de 2021, la résolution WHA 74.14 « Protéger et préserver les personnels de santé et d'aide à la personne et investir en leur faveur » est adoptée. L'année suivante, l'OMS et l'OIT publient le rapport « Prendre soin des soignants : guide d'élaboration et de mise en œuvre de programmes de santé et de sécurité au travail pour les agents de santé » (60). Enfin, le thème du 5^{ème} forum mondial sur les RHS (organisé par l'OMS du 3 au 5 avril 2023 à Genève) était : « *Protecting, safeguarding, and investing in the health and care workforce* » illustrant l'importance de davantage prendre soin des professionnels de santé et d'investir dans de meilleures conditions de travail afin de préserver la *health workforce*.

En France, le CCNE, dans l'avis n°140 de 2022, reconnaît également la nécessité, d'un point de vue éthique, d'être attentif aux conditions de travail et aux conditions de vie des professionnels du soin. « Respecter les patients ne peut pas se faire sans respecter aussi les soignants. Le bien-être des uns ne peut pas reposer sur la corvéabilité des autres. La qualité et la sécurité des soins sont liés au bien-être des soignants et de leur qualité de vie au travail⁶⁷, qui dépendent en partie d'un juste équilibre entre vie privée et vie professionnelle. La prise en compte du **principe de réciprocité** dans l'écosystème du soin doit inciter à penser la question des conditions de travail, des conditions de vie des professionnels de santé et médico-sociaux et des aidants. Cela passe par une reconnaissance salariale et sociale des missions du soin. Le CCNE appelle à ce que les métiers du soin, et en particulier ceux qui sont au contact quotidien des patients (techniciens, aides-soignantes et soignants, infirmières et infirmiers), bénéficient de conditions d'exercice (salaires, qualité de vie au travail, nombre de postes par service, perspectives d'évolution de carrière etc.) qui les rendent **attractifs** et témoignent de la reconnaissance par la société de la valeur de leur travail. » (3).

2.2 Le problème de l'attractivité des métiers de la santé

Au moment de l'épidémie de Covid-19, la question de la santé et de la sécurité au travail des soignants s'est posée de manière aiguë, mais on a vu dans les paragraphes précédents que les conditions de travail des soignants de manière plus générale sont liées d'une part à la qualité des soins (57,59), d'autre part à leur intention de quitter leur profession, ou non (61). Ainsi, dans un contexte mondial de pénurie de professionnels de santé, en particulier pour les emplois les moins rémunérés et les moins qualifiés, la question de l'attractivité des métiers de la santé est centrale⁶⁸. De plus, la satisfaction au travail a également

⁶⁵ On peut noter à ce sujet trois éléments distincts : d'abord, les professionnels de santé infectés par un virus augmentent le risque des patients d'attraper ce virus, protéger les soignants revient donc également à mieux protéger les patients ; ensuite, les professionnels de santé absents pour cause de maladie ne peuvent prendre en charge des patients ; enfin, plusieurs études montrent qu'il y a un lien entre la satisfaction au travail, l'environnement de travail et la performance au travail dans les services de santé (56-59). Améliorer les conditions de travail des professionnels de santé aura donc un effet bénéfique sur la qualité des soins et la qualité globale du système de santé.

⁶⁶ Voir : <https://www.who.int/news/item/11-11-2020-2021-designated-as-the-international-year-of-health-and-care-workers> (consulté le 04/07/2022); <https://www.who.int/fr/campaigns/annual-theme/year-of-health-and-care-workers-2021> (consulté le 26/01/2022) et <https://www.youtube.com/watch?v=qwwPnjzIXbQ> (consulté le 08/06/2022). Voir aussi les quatre séminaires organisés par l'OMS et *Health Education England* à cette occasion : <https://global.hee.nhs.uk/yhcw/> et <https://global.hee.nhs.uk/yhcw/seminars/> (consulté le 05/10/2022). Ces séminaires intitulés « *An introduction to systemic workforce planning* » (séminaire 1) ; « *State of Shock: the role of workforce planning in responding to shocks in demand for health and care* » (séminaire 2) ; « *Top of their game: effective workforce planning of doctors, nurses and other health and care professionals* » (séminaire 3) ; et « *Health is Everybody's Business: maximising the contribution of support and other workforces in health* » (séminaire 4) sont disponibles en ligne et permettent d'avoir un bon aperçu de plusieurs thématiques actuelles majeures concernant les métiers de la santé abordées dans ce rapport.

⁶⁷ H. Delmotte, « Le bien-être au travail des soignants conditionne-t-il l'expérience patient ? », 12 avril 2021, Réseau hôpital et GHT (Groupements hospitaliers de territoire). Disponible au lien : <https://www.reseau-hopital-ght.fr/actualites/ressources-humaines-enseignement/metiers/le-bien-etre-au-travail-des-soignants-conditionne-t-il-l-experience-patient.html>.

⁶⁸ « *Ce qu'il faut, c'est non seulement créer des emplois dans le secteur de la santé en milieu rural, mais aussi créer des emplois décents dans ce secteur. La rémunération adéquate et en temps voulu des agents de santé est une question importante, en particulier dans les zones rurales et reculées.* » (18)(p.22/46).

un impact sur la performance dans les services de soins et sur la qualité de vie des professionnels de santé (62, 63).

L'attractivité d'un métier inclut de nombreux aspects différents. Dans le cas des métiers de la santé, en particulier des métiers du soin, de nombreuses études ont mis en avant ces différents aspects.

Le salaire : un aspect déterminant

Le salaire est un aspect important de l'attractivité d'un métier et de nombreux professionnels de santé se plaignent que leur salaire ne rémunère pas suffisamment, considérant la difficulté de leurs conditions de travail⁶⁹. L'idée que les professionnels du soin n'auraient pas un métier mais une « vocation »⁷⁰ ou encore l'impératif moral lié à la fonction des soignants sont souvent invoqués afin de justifier la nécessité pour eux de continuer à exercer leurs métiers, et ne pas faire grève⁷¹, quelles que soient les conditions de travail et le salaire (51). Pourtant, la rhétorique de la vocation, en particulier dans le service public, semble atteindre ses limites et de nombreux professionnels de santé menacent de démissionner, aller vers le privé ou se reconvertir entièrement si leur salaire n'augmente pas rapidement⁷². Le niveau de rémunération est aussi une des motivations pour chercher un poste dans un autre pays, là où les salaires sont plus compétitifs.

Une grande partie des travaux réalisés pointe la nécessité d'augmenter les niveaux de salaires des métiers de la santé de demain afin d'augmenter leur attractivité de manière générale (64), avec un accent important sur la réduction des inégalités de salaire entre les hommes et les femmes dans ce secteur spécifique (65,66) – sans parler de la part importante du travail de professionnels de santé (en particulier des ASC femmes) qui n'est pas payée⁷³. L'exploitation du travail gratuit ou sous-payé des femmes a des effets négatifs sur les systèmes de santé (67) et pourtant elles seraient six millions de femmes, professionnelles de santé, à être sous-payées ou non rémunérées.

Prendre soin des patients, c'est leur accorder du temps.

Même les pays ayant les systèmes de soin les plus « robustes » traversent des crises systémiques importantes. La difficulté à faire converger le temps dont dispose le soignant avec le temps nécessaire à la bonne prise en charge du patient illustre la complexité globale à maintenir la qualité des soins en dépit de ressources (telles que le temps) limitées. D'où des crises de vocation et des phénomènes de souffrance psychique, mais aussi « éthique », clairement exprimés par les professionnels qui interrogent en profondeur le sens de leur métier. La tendance à techniciser les aspects du soin fait perdre de vue la distinction, pourtant cruciale, entre l'efficacité et la qualité du système de soin. Cette dernière dimension nécessite un temps dûment consacré à l'écoute, à la relation soignant - soigné, à la réflexion éthique individuelle et collective, mais repose également sur des aspects parfois difficilement quantifiables (le respect de l'autonomie du soignant et de l'usager, la confiance mutuelle, l'approche holistique et non strictement biomédicale du soin face à des cas nécessairement complexes, etc.)

L'importance de l'environnement de travail

Dès 2010, un rapport publié par le bureau de la région Europe de l'OMS et l'Observatoire européen des systèmes et politiques de santé (EOHSP, *European Observatory on Health Systems and Policies*) intitulé « *How to create an attractive and supportive working environment for health professionals* » donnait des pistes concrètes⁷⁴ pour rendre les environnements de travail des professionnels de la santé plus attractifs et

⁶⁹ En particulier les efforts qui leur ont été demandés durant l'épidémie de Covid-19, mais pas seulement, les revendications vont bien au-delà.

⁷⁰ « Professionnels de santé : crise des vocations ? Avec Frédéric Pierru et Mathilde Renker », France Culture, 21 juillet 2021. Disponible au lien suivant : <https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/l-invite-e-des-matins-d-ete/professionnels-de-sante-crise-des-vocations-avec-frederic-pierru-et-mathilde-renker-6861020>, consulté le 02/02/2023.

⁷¹ Voir par exemple le *Patient Safety Act* en Finlande (<https://yle.fi/a/3-12615593>) ou la loi du service minimum en France qui permet de sommer certains professionnels de santé en grève à venir travailler via des assignations (pour en savoir plus, voir par exemple : <https://www.la-croix.com/France/soignants-assignes-jours-greves-2020-06-16-1201100074>, consulté le 12/08/2023).

⁷² « Ces médecins qui quittent l'hôpital : « J'adore mon boulot, mais là, je vais y laisser ma santé », Le Monde, 25/07/2022 (voir : https://www.lemonde.fr/societe/article/2022/07/25/ces-medecins-qui-quittent-l-hopital-j-adore-mon-boulot-mais-la-je-vais-y-laisser-ma-sante_6136016_3224.html, consulté le 31/08/2022).

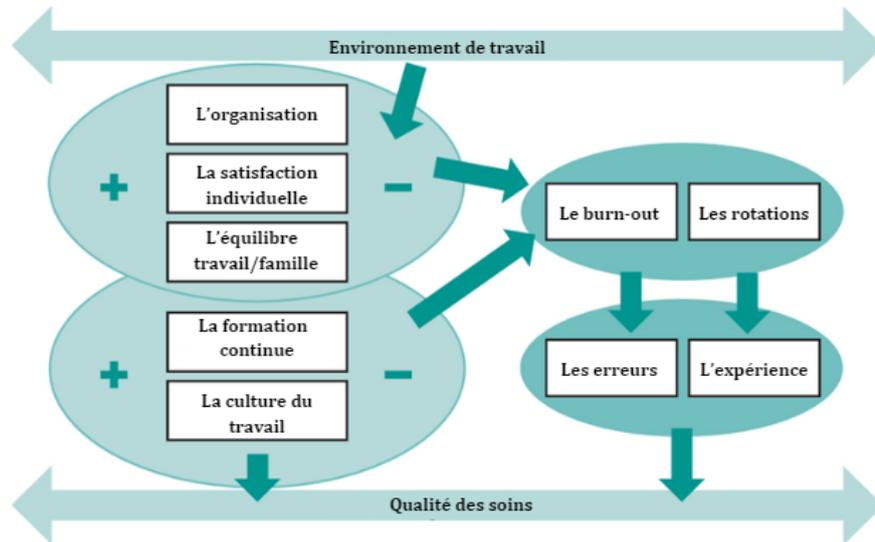
⁷³ « *International nurses considering leaving UK if pay does not improve* », publié sur internet le 21 décembre 2022 (voir : <https://www.nursingtimes.net/news/workforce/international-nurses-considering-leaving-uk-if-pay-does-not-improve-21-12-2022/>, consulté le 13/01/2023).

⁷⁴ On peut notamment se référer à cet article du Lancet : [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(23\)00357-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(23)00357-1/fulltext) (consulté le 23 novembre 2023).

⁷⁴ D'après ce rapport, les pistes concrètes doivent être envisagées à quatre niveaux : au niveau international/régional ; à l'échelle nationale ; à l'intérieur du secteur de la santé ; et à l'échelle locale/de la structure de santé. Les solutions efficaces dépendent

préserver ainsi la qualité des soins tout en s'assurant que « l'offre de main d'œuvre en santé » (*Health-workforce supply*) ne diminue pas à cause du manque d'attractivité (68). En effet, ce rapport montrait déjà que l'environnement de travail est un facteur important dans le recrutement et la fidélisation du personnel de santé.

FIGURE 6 : LIENS ENTRE ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL ET QUALITE DES SOINS



Source : traduit de l'anglais depuis l'article Wiskow C, Albrecht T, de Pietro G. How to create an attractive and supportive working environment for health professionals. WHO and European Observatory on Health Systems and Policies: 2010 p. 48. p.14

L'environnement de travail joue aussi sur la qualité des soins - voir Figure 6 (ci-dessus) - sur l'efficacité et la motivation des professionnels de santé (69,70). Une étude plus récente, de 2021, conduite auprès de 164 infirmiers travaillant en hôpital public en Norvège, a analysé les « facteurs organisationnels » liés à l'attractivité de leur métier et conclut que la collaboration entre les départements, le soutien des cadres et des supérieurs, et la qualité des soins prodigués dans leurs services jouaient un rôle important (71).

De nombreux travaux portent sur les pistes envisageables afin d'améliorer l'environnement de travail⁷⁵. L'adoption de politiques afin de promouvoir un meilleur équilibre (*a healthy balance*) entre vie de famille et travail pourrait également améliorer la satisfaction au travail. De même, l'amélioration de la protection de la santé au travail des personnels de santé est un aspect important de l'attractivité des métiers de la santé. Les professionnels de santé sont particulièrement exposés à des risques professionnels et confrontés à une variété de menaces pour la santé et la sécurité inconnues de la plupart des autres professions, notamment les radiations, les médicaments et les produits chimiques nocifs, les agents pathogènes transmissibles par le sang, les lésions musculo-squelettiques ou encore la violence au travail. Dans le monde entier, les professionnels de santé sont par ailleurs confrontés à des taux de dépression, de suicide, de stress et d'anxiété plus élevés que dans presque toutes les autres professions. Cela entraîne souvent de la fatigue, un épuisement professionnel, une détresse psychologique accrue ou une détérioration de la santé mentale, ce qui affecte l'état des professionnels de santé et, en fin de compte, la qualité et la sécurité des soins prodigués aux patients.

Enfin, des études analysent les programmes d'évaluation des environnements de travail afin d'encourager les employeurs dans le secteur de la santé à prendre des mesures et, in fine, améliorer l'attractivité des métiers de la santé (68).

D'autres éléments jouent un rôle dans l'attractivité des métiers de la santé :

- Les conditions de vie au-delà de l'environnement de travail (possibilité d'avoir un logement ou non lié à la fonction, cadre sécuritaire, environnement scolaire pour les enfants, etc)
- Les opportunités d'évolution professionnelles et de formation continue
- La prise en charge (ou non) de frais de santé – comme les mutuelles – (73)

forcément des contextes dans lesquels elles sont proposées et les auteurs du rapport suggèrent donc d'envisager en priorité l'échelle locale/de la structure de santé (*local/organizational level*), les autres niveaux permettant surtout d'offrir un cadre législatif et juridique (68)p.6.

⁷⁵ Voir par exemple l'article scientifique : « *Effectiveness of Workplace Interventions to Improve Health and Well-Being of Health and Social Service Workers: A Narrative Review of Randomised Controlled Trials* », Shiri et al., 2023 (72).

- La motivation, l'aspect moral des métiers de la santé (altruisme, envie d'aider les autres), l'idée de vocation sont aussi des éléments qui peuvent être mis en avant par les personnes se tournant vers les métiers de la santé.

Une étude conduite en Roumanie en 2020 montre par exemple que « l'esprit d'aventure » renforce l'attractivité des métiers de l'hôpital aux yeux des jeunes, en particulier durant une pandémie. Ainsi, les participants semblaient enthousiastes à l'idée de devoir s'adapter et faire preuve de créativité.

3. Reconnaissance de la diversité des métiers de la santé

3.1 Mieux représenter la diversité des métiers de la santé : une tendance renforcée depuis la fin des années 2010

Si l'OMS reconnaît depuis longtemps l'ensemble des métiers de la santé dans leur diversité⁷⁶, la plupart des études ou rapports sur les professionnels de santé, publiés jusque dans les années 2010, ne contenaient des données que pour les médecins, infirmiers et sage-femmes. Le seuil minimal de densité de professionnels de santé utilisé au niveau mondial entre 2006 et 2016 ne prenait en compte que ces trois professions, et c'était encore le cas pour le seuil actualisé à la suite de la Commission de Haut Niveau et à la Stratégie Mondiale de l'OMS de 2016. Si l'on peut évidemment considérer que ces trois professions regroupent des dizaines de métiers, de spécialités et de positions, ils sont loin de représenter l'ensemble des métiers de la santé.

Ces dernières années, on note plusieurs publications majeures qui donnent davantage de visibilité à

Encadré 3. Classifications et listes existantes des métiers de la santé à l'échelle mondiale

Lister tous les métiers de la santé, à une échelle mondiale, est une tâche éminemment complexe, et ce pour plusieurs raisons. D'abord parce que chaque pays a sa propre classification nationale des professions et qu'un même nom de métier peut désigner des ensembles de tâches ou de compétences différents et des niveaux de spécialisations différents d'un pays à l'autre. À l'inverse, des noms de métiers différents dans différents pays peuvent faire référence à la même profession.

Ensuite, parce que ces listes nationales évoluent en permanence en fonction des innovations et orientations des systèmes de santé et des évolutions du monde du travail. Le suivi et la mise à jour d'une classification internationale type des professions permettant des comparaisons et des analyses à l'échelle mondiale est un travail qui s'étend sur plusieurs années de propositions de redéfinitions, discussions et négociations entre le Bureau international du travail (BIT) de l'Organisation internationale du travail (OIT) et les États membres de cette organisation (via la Conférence internationale des statisticiens du travail).

Enfin, si la Classification internationale type des professions (CITP ou *ISCO*) comporte deux sous-grands groupes spécifiques aux métiers de la santé (« 22 Spécialistes de la santé » et « 32 Professions intermédiaires de la santé »), on retrouve bien d'autres métiers de la santé dans les autres catégories.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) propose une classification des métiers de la santé basée sur la CITP qui inclut non seulement les métiers de la santé des autres catégories mais ajoute un certain nombre de métiers non spécifiques au secteur de la santé mais nécessaires au bon fonctionnement d'un système de santé (5). Ce document de référence comporte **une cinquantaine de professions types et plus de 370 exemples de métiers.**

d'autres métiers. On peut mentionner par exemple un article du *Global Burden of Disease* publié dans le *Lancet* en 2022 : « *Measuring the availability of human resources for health and its relationship to universal health coverage for 204 countries and territories from 1990 to 2019* » (74). Cet article donne un seuil minimal estimé afin d'obtenir 80 % de couverture santé universelle (CSU) qui inclue, en plus des médecins, infirmiers et sage-femmes, le personnel de dentisterie (dentistes et assistants) et de pharmacie (pharmaciens et assistants). De plus, 16 professions étaient considérées dans la mesure des densités de professionnels de santé estimées dans l'article⁷⁷.

⁷⁶ Voir notamment la classification des métiers de la santé de l'OMS qui donne plus de 370 exemples de métiers, présentée dans l'introduction générale de ce rapport.

⁷⁷ « *The following are the 16 health worker cadres that we were able to estimate: physicians; nurses and midwives; dentists and dental assistants (dentistry personnel); pharmacists and pharmaceutical assistants (pharmaceutical personnel); clinical officers, medical assistants, and community health workers; medical imaging and therapeutic equipment technicians; health-care aides and ambulance workers; medical laboratory technicians; dietitians and nutritionists; optometrists and opticians; audiologists, speech therapists, and counsellors; physiotherapists and prosthetic technicians; psychologists; environmental health workers; home-based personal care workers; and traditional and complementary practitioners* » (74).

De même, dans le dernier rapport du Bureau de la région Afrique de l'OMS (OMS AFRO) sur les professionnels de santé, publié en 2021, la densité minimale calculée pour une CSU de 70 % prenait en compte 13 groupes de professions et plus de 20 métiers⁷⁸.

Un autre exemple récent est la mise à jour des recommandations de l'OMS sur la fidélisation des professionnels de santé en zones rurales et reculées, publiée en 2021 (18). Ce rapport permet de comparer les métiers de la santé sur lesquels portaient les études publiées sur le sujet entre 1995 et 2009 (27 études) avec les métiers cibles des études conduites sur le même sujet entre 2010 et 2019 (79 études). Dans le rapport de 2010, les données concernaient seulement neuf métiers de la santé. La version actualisée de 2021 contenait des données concernant plus d'une trentaine de métiers répartis en 4 groupes de professions.

Cette tendance à représenter davantage de métiers et de professions dans les publications et les discours portant sur les professionnels de santé, qu'on retrouve dans les travaux institutionnels et les études de recherche initiées à la suite de la Commission de Haut Niveau et de la Stratégie mondiale de 2016, s'est encore renforcée au début de l'épidémie de Covid-19. Si les soignants ont joué un rôle clé dans la prise en charge des personnes gravement malades du Covid-19, les mesures de santé publique adoptées par les différents gouvernements afin de gérer l'épidémie à l'échelle populationnelle ont rendu visible le rôle essentiel des métiers de la santé publique dans le fonctionnement d'un système de santé⁷⁹.

3.2 L'exemple des métiers de la santé publique pendant, et à la suite, de l'épidémie de Covid-19

Vers davantage de professionnels de santé publique (construction d'une *public health workforce*)
L'épidémie de Covid-19 a marqué un tournant dans l'histoire récente de la santé mondiale et dans la perception de certains métiers de la santé par le grand public. Durant les premiers mois de l'épidémie en particulier, avant de disposer de dispositifs biomédicaux de lutte contre la maladie⁸⁰, les principales mesures de santé publique prises par les différents gouvernements ont pu s'appuyer sur les connaissances en termes d'épidémiologie qui s'accumulaient rapidement en mettant en commun les résultats des premières recherches conduites sur le virus dans différents pays.

Si cette période de recherche initiale a ensuite pu être critiquée pour certaines de ses dérives (75), il s'agit aussi d'une période où certains métiers de la santé ont été particulièrement mis en avant. En France par exemple, il y a eu toute une séance médiatique autour de l'idée que le Président, Emmanuel Macron, serait devenu le « premier épidémiologiste de France »⁸¹. Cet élément de langage a été utilisé par les membres du gouvernement pour tenter de convaincre du sérieux du Chef de l'Etat et du fondement scientifique des

⁷⁸ Voir la partie 2 sur l'Afrique, en particulier la section 1 et la figure 8.

⁷⁹ La visibilité médiatique et politique des professionnels de santé non-soignants durant les premières années de l'épidémie de Covid-19 ne se limite pas aux métiers de la santé publique. Elle concerne aussi les métiers de la recherche clinique et de la publication scientifique par exemple, avec la médiatisation des résultats des essais à mesure de leur disponibilité dans la littérature scientifique. Ou encore les métiers liés à la logistique des produits de santé avec le suivi médiatique de la fabrication des vaccins par les différents laboratoires pharmaceutiques, leur mise à disposition (achat et transport) dans les différents pays et la logistique liée à leur administration en population générale le cas échéant. On peut aussi mentionner la logistique liée à la fabrication et l'administration des différents tests ou même les différents types de masques disponibles ou non à différentes périodes, la quantité de machines PCR ou de machines à oxygène disponibles, etc.

La liste est non exhaustive, mais nous avons choisi de prendre l'exemple des métiers de la santé publique, car il nous semble que la dynamique de mise en visibilité de ces métiers et de création de formations afin d'avoir, dans les décennies à venir, davantage de professionnels de santé publique en poste, se poursuit bien au-delà de l'épidémie de Covid-19.

⁸⁰ On peut citer comme exemple : tests de dépistage par PCR, tests antigéniques, vaccins ou auto-tests qui seront progressivement découverts et peu à peu disponibles à grande échelle dans les mois ou années suivant la découverte du virus.

⁸¹ « Emmanuel Macron, premier épidémiologiste de France ». L'Opinion, 21 avril 2020. Disponible au lien suivant : <https://www.lopinion.fr/politique/emmanuel-macron-premier-epidemiologiste-de-france> (consulté le 04/08/2023).

décisions politiques prises à cette période⁸², comme par ses opposants politiques afin d'illustrer au contraire les décisions politiques qui ne suivaient pas l'avis du Conseil scientifique⁸³.

Mais cette séquence médiatique a aussi permis la mention des épidémiologistes dans les titres d'articles de nombreux médias⁸⁴. Certains en ont profité pour présenter l'épidémiologie en tant que discipline scientifique qui, comme les autres, « demande des années d'expérience »⁸⁵. Au-delà de l'anecdote, d'autres métiers de la santé ont également été mis en avant au cours de cette période : les métiers liés à la santé publique, la prévention et la promotion de la santé ou la recherche clinique par exemple. Les termes techniques comme l'incidence, la prévalence, les facteurs de risque, l'étiologie, les vecteurs de transmission des virus ou les mesures barrières sont devenus familiers et l'importance de la santé publique dans son ensemble pour la santé des populations a été particulièrement mise en avant⁸⁶.

La dynamique de mise en visibilité des métiers de la santé publique s'est rapidement transformée en un constat : il faut former davantage de professionnels de santé publique et créer davantage de postes⁸⁷. Cette idée a été institutionnalisée par l'OMS et ses partenaires avec la notion de feuille de route pour des professionnels de santé publique et urgences sanitaires⁸⁸ (*Roadmap on the Public Health and Emergency Workforce*) (76).

Quels métiers pour les professionnels de santé publique et urgences sanitaires ?

Le domaine de préparation et réponse aux situations d'urgence (*Emergency preparedness and response* – EPR) existait déjà en santé mondiale, par exemple au sein d'ONG d'aide humanitaire, spécialisées dans la gestion de crise et l'urgence (comme la Croix-Rouge et le Croissant-Rouge – CICR – Médecins Sans Frontières – MSF – ou Médecins du Monde – MdM). Avec la multiplication des catastrophes climatiques ces dernières décennies, l'EPR a pris de l'ampleur au sein d'organisations internationales comme l'OMS, poussant vers le haut de l'agenda politique en santé mondiale l'idée qu'il est nécessaire pour les pays de s'équiper de structures et de professionnels capable de gérer ce type d'évènement. En France par exemple, l'épisode climatique de la canicule de 2003 a servi de déclencheur à une réflexion nationale et locale sur la manière d'aménager les villes et espaces publics afin de diminuer les impacts de tels évènements climatiques et d'améliorer les capacités de réponse des professionnels, y compris des professionnels de santé⁸⁹.

⁸² « Emmanuel Macron 'va finir épidémiologiste', il épate au gouvernement ». Gala, 10 février 2021. Disponible au lien suivant : https://www.gala.fr/actu/news-de-stars/emmanuel-macron-va-finir-epidemiologiste-il-epate-au-gouvernement_462934 (consulté le 04/08/2023).

« 'Il lit toutes les études' : quand la macronie en fait des tonnes sur le président-épidémiologiste ». L'Obs, 24 février 2021. Disponible au lien suivant : <https://www.nouvelobs.com/coronavirus-de-wuhan/20210224.OBS40614/il-lit-toutes-les-etudes-la-macronie-en-fait-des-tonnes-sur-le-president-epidemiologiste.html> (consulté le 04/08/2023).

« Comment l'entourage d'Emmanuel Macron met en scène un président qui serait devenu épidémiologiste ». Le Monde, 30 mars 2021. Disponible au lien suivant : https://www.lemonde.fr/politique/article/2021/03/30/covid-19-emmanuel-macron-le-president-epidemiologiste_6074919_823448.html (consulté le 04/08/2023).

⁸³ « Emmanuel Macron pense qu'il est le champion de l'épidémiologie mondiale », tacle Patrick Kanner ». Public Sénat, 30 mars 2021. Disponible au lien suivant : <https://www.publicsenat.fr/actualites/non-classe/emmanuel-macron-pense-qu-il-est-le-champion-de-l-epidemiologie-mondiale-affirme> (consulté le 04/08/2023).

« Macron 'président épidémiologiste' : l'opposition dénonce les déclarations de l'entourage du chef de l'Etat ». BFM TV, 31 mars 2021. Disponible au lien suivant : https://www.bfmtv.com/politique/macron-president-epidemiologiste-l-opposition-denonce-les-declarations-de-l-entourage-du-chef-de-l-etat_AN-202103310162.html (consulté le 04/08/2023).

⁸⁴ On peut citer par exemple : BFM TV, Gala, Femme Actuelle, L'Obs, Le Monde, Libération et Marianne (l'ordre est alphabétique).

⁸⁵ « Macron, 'président épidémiologiste' ? 'Cette science demande des années d'expérience' », Marianne, 31 mars 2021. Disponible au lien suivant : <https://www.marianne.net/societe/macron-president-epidemiologiste-cette-science-demande-des-annees-d-experience> (consulté le 04/08/2023).

⁸⁶ Les recherches récentes sur les métiers de la santé dans les années à venir sur internet donnent plusieurs résultats spécifiques aux métiers de la santé publique. On peut citer par exemple un article internet du 4 octobre 2022 intitulé « 10 Emerging Public Health Careers » disponible au lien suivant : <https://www.bestcolleges.com/blog/emerging-public-health-careers/> (consulté le 06/03/2023).

⁸⁷ Voir par exemple la conférence « *Where do we go from here? Strategies to build the public health workforce* » organisée par l'American Public Health Association et la Fondation de Beaumont le 09 novembre 2022 et disponible au lien suivant : <https://www.youtube.com/watch?v=R2VcPXH9sn8> (consulté le 09/03/2023).

⁸⁸ Voir la conférence « *Building the public health and emergency workforce: A roadmap* » organisée par le département des professionnels de santé de l'OMS et le Dr Socé Fall, alors Sous-Directeur général chargé du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire, le 18 mai 2022. Retransmission disponible au lien suivant : <https://www.youtube.com/watch?v=hJwMjSWlleU> (consulté le 09/03/2023). Et pour la France, on peut se reporter le rapport dirigé par Pierre Chauvin, à la demande du Ministère de la santé « Dessiner la santé publique de demain », en 2021. <https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/dessiner-la-sante-publique-de-demain> (consulté le 24/11/2023)

⁸⁹ Lors de la journée institutionnelle et scientifique « La santé comme levier d'action face au changement climatique » (evt n°XX), organisée par le Ministère des solidarités et de la santé français, l'institut Santé Publique France et l'Association internationale des instituts nationaux de santé publique (*International Association of National Public Health Institutes* – IANPHI) le 08 avril 2023, les intervenants français mentionnaient souvent la canicule de 2003. Le troisième panel en particulier, sur les exemples inspirants de

Pourtant, le rapprochement direct entre professionnels de santé publique d'une part et EPR d'autre part est caractéristique des années post-covid. Si les instituts nationaux de santé publique (*national public health institute* – NPHI) étaient déjà en première ligne dans la gestion des épidémies sur leur territoire, il y avait peu de lien avec les institutions d'aide humanitaire et de gestion de crise. Ce rapprochement donne lieu à des innovations en termes de métiers de la santé. On peut mentionner par exemple la création d'un programme de formation en épidémiologie de terrain en Guinée (77).

Par ailleurs, l'idée de « professionnels de santé publique et urgences sanitaires » participe à une plus grande visibilité des métiers de la santé publique et à une multiplication des formations. La feuille de route de l'OMS et de ses partenaires (*Roadmap on the Public Health and Emergency Workforce*) met ainsi en avant trois priorités : la définition des fonctions de santé publique essentielles (*Essential public health functions* – EPHFs) ; la cartographie et l'évaluation du nombre de professionnels de santé publique en poste ; le renforcement de l'éducation basé sur les compétences (*competency-based education* – CBE)⁹⁰ des professionnels de santé publique⁹¹.

Enfin, la dynamique de rapprochement des métiers de la santé publique avec les métiers de l'EPR n'est pas la seule à mettre en avant les métiers de la santé publique. Les métiers liés à la promotion de la santé pourraient également bénéficier du contre-coup de l'épidémie de Covid-19. Ainsi, lors de la 76^{ème} AMS de 2023 par exemple, l'un des points à l'ordre du jour était « Atteindre le bien-être : projet de cadre mondial pour intégrer le bien-être dans la santé publique selon une approche de promotion de la santé » (78).

4. Créer de nouveaux métiers de la santé : exemples concrets, pistes de solutions et difficultés

Pour certains acteurs, la création de nouveaux métiers de la santé dans les années à venir constitue une solution potentielle à de nombreux enjeux de santé. Dans le cadre de ce rapport, il ne s'agira pas d'être exhaustif sur l'ensemble des « nouveaux » métiers, mais de donner quelques exemples concrets illustrant l'intérêt potentiel de créer un nouveau métier et les difficultés de processus d'institutionnalisation de ce nouveau métier (formation, coordination, reconnaissance institutionnelle, structuration d'une filière métiers).

4.1 Quelques exemples de nouveaux métiers de la santé

Le métier de **médiateur en santé** en France par exemple, représente pour beaucoup un pas significatif dans le rapprochement entre systèmes de santé et communautés (79). Une preuve que les enjeux de promotion de la santé, d'accès aux soins, de déterminants sociaux de la santé et de prévention des maladies vont être davantage considérés dans les années à venir, par rapport aux aspects du soin, qui centralisaient jusque-là la majorité des efforts professionnels et financiers. D'autres acteurs trouvent que cette innovation ressemble davantage à une adaptation de la fonction d'agent de santé communautaire et se demandent s'il s'agit réellement d'une innovation ou d'un transfert d'une solution connue et mise en œuvre depuis des décennies dans d'autres régions.

L'émergence récente du métier **d'infirmier en pratique avancée**⁹² (IPA), en France également – ce métier existait déjà dans de nombreux pays auparavant – constituerait une réponse partielle au manque de médecin en permettant qu'un certain nombre de tâches, précédemment effectuées par les médecins, soient dorénavant réalisées par les IPA, libérant ainsi du temps aux médecins pour réaliser d'autres tâches (80). La dynamique de multiplication des professionnels de santé « intermédiaires » (*mid-level health workers*), à

_____ villes européennes, présentait le cas de Grenoble, en France, et la plupart des exemples concernaient préparation et réponse aux vagues de chaleur.

⁹⁰ Pour plus de détails sur la CBE, voir partie 3, section 3.7.

⁹¹ Pour plus d'informations sur l'approche par compétences en santé publique, voir l'article « L'approche par les compétences pour anticiper les nouveaux métiers : le cas de la santé publique », disponible au lien suivant : <https://hal.ehesp.fr/hal-02504910> (consulté le 03/03/2023).

⁹² Si la loi instaurant l'exercice en pratique avancée pour les paramédicaux en France date de 2016 (loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016), les premières promotions d'infirmiers en pratique avancée n'ont commencé leur formation qu'en 2018 pour la terminer en 2020. Il s'agit donc d'une initiative récente, mais il existe tout de même quelques études sur les premiers résultats, et on pourra comparer la mise en place de cette initiative en France avec son équivalent dans d'autres pays : « advanced practice nursing ».

laquelle les IPA appartiennent, portent de nombreux espoirs pour demain, en particulier l'espoir de former davantage de professionnels de santé plus rapidement et à moindre coût, capables de réaliser des tâches et actes médicaux essentiels et nécessaires à la bonne santé des populations. Pourtant, aux yeux d'autres acteurs, créer des nouveaux métiers n'est vraiment pas la priorité, il s'agirait d'abord de multiplier le nombre de professionnels de santé en poste au sein des différentes professions et des différents métiers déjà existants. Et le recours à des professionnels de santé intermédiaires pour certaines tâches serait aussi une forme de double standard⁹³.

Les nombreux métiers liés à la **digitalisation de la santé et aux évolutions techniques et scientifiques** en santé sont également porteurs de beaucoup d'espoir pour demain. Certaines visions futuristes de la santé de demain se rapprochent de scénarii de science-fiction, pour le moment peu opérationnels, en particulier dans les pays les plus affectés par la pénurie de professionnels de santé. Mais d'autres innovations récentes – en termes d'analyses médicales, de tests de dépistage rapide, de tests moléculaires aux résultats immédiats et au lit du malade, de suivi des patients et d'amélioration de l'adhérence aux traitements grâce à la santé mobile (*m-health*), d'assistance d'opérations chirurgicales à distance ou même de délivrance de médicaments dans des zones reculées par drone, etc – sont toutes des pistes de solution bien réelles, des opportunités à saisir, dont certaines vont profondément transformer certains métiers de la santé et en faire émerger d'autres.

4.2 La création d'un nouveau métier : enjeux et difficultés

Il y a peu de travaux académiques sur les nouveaux métiers de la santé de manière générale, ou sur le processus de création et de structuration d'un nouveau métier. Un article publié en 2008 intitulé « Essai de modélisation du processus de naissance des métiers : cas des métiers de soins » se penchait spécifiquement sur le cas du métier d'« infirmier diplômé d'Etat » (IDE) (81). Le même auteur publiait en 2016 un autre article : « L'innovation au cœur de la dynamique des métiers : application au secteur de la santé » qui comparait le cas des IDE, des infirmiers conseillers en hygiène, des conseillers en génétique et des dosimétristes (82). On voit bien par l'évocation de ces exemples que la notion de « nouveau métier » peut à la fois désigner une nouvelle profession, ou bien une nouvelle fonction allouée à une nouvelle profession.

Les résultats sont plus nombreux lorsqu'on s'intéresse à l'émergence ou la création d'un métier en particulier, dans un contexte défini. Les agents de vulgarisation sanitaire en Éthiopie (*health extension workers* – HEW), ou les techniciens de chirurgie au Mozambique⁹⁴ par exemple, ont fait l'objet de nombreuses études au cours des années (83–85), permettant de documenter les performances de ces professionnels de santé et de les comparer aux performances des professionnels de santé qui exerçaient les mêmes tâches avant la création de ces métiers⁹⁵ (86–88). D'autres études mettent en avant des aspects spécifiques à l'émergence de ces métiers, leurs apports au bon fonctionnement des systèmes de santé : leur proximité avec les communautés dans le cas des agents de vulgarisation sanitaires éthiopiens et l'impact positif sur l'expérience des patients (89,90), ou leur capacité à favoriser l'accès à certains médicaments ou dispositifs de santé – en santé maternelle et reproductive ou dans la prise en charge de la tuberculose ou du VIH par exemple (91,94). Mais aussi les limites de ces innovations : en Éthiopie par exemple, si les HEW sont rémunérés, le système de santé communautaire s'appuie également sur le travail non rémunéré des femmes dans ces mêmes communautés (95). Les actes chirurgicaux pratiqués par des non-médecins ont également certaines limites qui ont été documentées récemment (96).

⁹³ « La création d'un nouveau groupe professionnel est une solution de dernier recours. En termes d'acceptabilité et de faisabilité par rapport aux autres groupes professionnels, elle est extrêmement compliquée et complexe. Il existe de nombreuses possibilités d'amélioration dans d'autres domaines (...). Les professionnels de santé de niveau intermédiaire ne sont pas la solution. Accepteriez-vous l'idée de déléguer des opérations chirurgicales si votre enfant était sur la table ? ». (Entretien numéro 15).

⁹⁴ Les techniciens de chirurgie sont des personnels de santé non-médecins formés afin de pouvoir effectuer certaines chirurgies essentielles comme les césariennes, les amputations ou encore les hystérectomies (83). Moins documenté que le cas de l'Éthiopie, cet exemple de création d'une profession de santé pour répondre aux besoins d'une population s'est montré assez concluant dans les études qui ont été faites (84,86). Des initiatives similaires ont été reproduites en Tanzanie et au Malawi.

⁹⁵ Voir l'article « Comment le Mozambique a pallié à l'absence de chirurgiens qualifiés » publié sur internet le 5 mai 2015 (disponible au lien suivant : <https://fr.globalvoices.org/2015/05/05/185553/>, consulté le 21/06/2022).

Voir aussi les articles suivant sur internet « Mozambique's life-saving surgeons aren't doctors at all », publié le 27 avril 2015, et « Mozambique: Making Do in the Operating Room », publié le 12 mai 2015 et respectivement disponibles aux liens suivants : <https://theworld.org/stories/2015-04-27/mozambiques-life-saving-surgeons-arent-doctors-all> et <https://legacy.pulitzercenter.org/reporting/mozambique-making-do-operating-room>, consultés le 21/06/2022.

Il existe également un autre phénomène : celui de la création de nouveaux métiers spécifiquement dédiés à des tâches qui étaient jusqu'alors réalisées par certains professionnels de santé. C'est le cas par exemple du métier de logisticien de santé au Burkina Faso (97).

Encadré 3. La création d'un nouveau métier : l'exemple des logisticiens de santé au Burkina Faso

Avant la création officielle du métier de logisticien en santé en 2011 au Burkina Faso, la gestion des approvisionnements en produits de santé était déléguée aux pharmaciens et aux techniciens en pharmacie, mais face aux ruptures fréquentes de stocks, le Ministère burkinabé de la santé et l'Institut Bioforce (Lyon), appuyés par un financement d'expertise France (France Expertise internationale à l'époque) ont proposé la création d'un nouveau métier : logisticien de santé. Alors que les programmes de santé utilisent généralement leurs propres canaux logistiques et mettent en œuvre des approches verticales, l'enjeu était ici d'avoir une approche transversale, pour renforcer le système de santé national dans son ensemble et non uniquement sur des maladies spécifiques.

Des efforts importants ont été faits pour créer un environnement favorable à la professionnalisation de la logistique en santé : élaboration d'un plan stratégique triennal, conception d'un programme de formation initiale, mise en place de projets pilotes dans trois régions, révision de la législation du pays pour permettre la création de la profession de logisticien de santé et son intégration dans le système de santé. Un master professionnel de logistique en santé a été spécialement créé au sein de l'École nationale de santé publique de Ouagadougou, et continue à former chaque année de nouveaux étudiants.

Plusieurs facteurs de réussite peuvent être identifiés et profiter à d'autres initiatives similaires : une compréhension approfondie du contexte, la prise de conscience de l'importance des ressources humaines en logistique, l'implication des autorités politiques, la coordination avec les efforts internationaux (ici, par le biais de l'initiative People that Deliver) et les avantages de l'association d'un institution nationale (la Direction générale de la pharmacie, des médicaments et des laboratoires du ministère) avec un partenaire fortement engagé (l'Institut Bioforce).

Si ce processus de professionnalisation a permis d'améliorer considérablement la gestion logistique et de répondre à des enjeux d'approvisionnement complexes, typiques de ceux que l'on retrouve dans d'autres pays en Afrique de l'Ouest (voir figure), la création d'un nouveau métier n'est pas non plus une solution miracle et plusieurs difficultés sont apparues : émergence d'une forme de concurrence avec les pharmaciens et les techniciens en pharmacie qui se sont sentis dépossédés d'une partie de leurs tâches, difficulté de coordination avec les autres acteurs du ministère de la santé impliqués dans les questions d'approvisionnement, nécessité de garantir les salaires et de penser à des évolutions de carrière au sein du système de santé, difficulté à passer le relais et à institutionnaliser dans le temps long ce nouveau métier (Arsène Ouédraogo, qui a monté le dispositif, est toujours très impliqué dans le suivi des étudiants, l'insertion professionnelle, etc.)

Même lorsqu'elle est planifiée avec le plus grand soin et qu'elle répond effectivement à des besoins importants du système de santé, la création de nouveaux métiers de la santé provoque souvent des résistances, en particulier de la part des professionnels de santé déjà en poste⁹⁶. Un récent rapport de la Cour des comptes sur les infirmiers en pratique avancée en France montrait ainsi que les « réticences des médecins constituent le premier et le plus fondamental » des freins qui s'opposent « au déploiement de la pratique avancée » (80).

Si l'information et la sensibilisation des professionnels de santé en poste, sur l'intérêt et l'opportunité de créer un nouveau métier qui va affecter leurs pratiques, sont des étapes essentielles, elles ne suffisent pas toujours. Les consultations préalables des représentants des différents ordres et syndicats professionnels

⁹⁶ « La question du lien hiérarchique entre les professionnels du nouveau métier et ceux des métiers existants se pose. [...] Les professionnels de santé débordés qui pourraient bénéficier de la création d'un nouveau métier pour se décharger d'une partie de leurs tâches sont souvent les opposants les plus farouches à la création de tels métiers. [...] Les gens ne sont pas prêts à innover et créer. Ils sont bloqués dans leurs têtes. » (entretien numéro 18).

« Le dépistage démedicalisé et le développement de tests de dépistages rapides, considérés aujourd'hui comme des innovations dans la lutte contre le VIH en France par exemple, mais qui existent depuis plusieurs décennies en Afrique subsaharienne, sont des pratiques qui provoquent des réactions corporatistes et doivent faire face au lobby des biologistes » (entretien numéro 2).

peuvent permettre de surmonter certaines difficultés. Une fois le métier créé, sa structuration et la création d'une instance représentative des personnes qui exercent ce métier, avec des représentants pour échanger et négocier avec les représentants des autres professions est une nécessité pour tenter de surmonter ces obstacles.

Conclusion

Le point, le plus saillant parmi les dynamiques et évolutions récentes des métiers de la santé est certainement celui de la pénurie. S'il a été clairement démontré, dans cette première partie à quel point l'évaluation du nombre suffisant de professionnels de santé est une question complexe (quelles professions inclure ? faut-il faire des estimations par rapport aux besoins, aux demandes, ou au nombre de professionnels de santé nécessaire pour atteindre la couverture sanitaire universelle ? etc.), il est essentiel de retenir la dimension globale, et profonde, de la pénurie.

Cette pénurie est évidemment à mettre en lien avec le sous financement structurel du secteur de la santé. Malgré les études, les rapports, les évènements internationaux démontrant à quel point la santé doit être considérée comme un investissement, plutôt que comme un coût. Le rôle essentiel des soignants pour le bon fonctionnement d'un système de santé, et de la société plus largement, a été largement mis en évidence par la crise Covid. Cette importance a été régulièrement réaffirmée depuis le premier grand rapport de l'OMS sur le sujet en 2006, notamment lors de la commission de haut niveau, sur l'emploi et la croissance économique, co-présidée par la France et l'Afrique du sud, à Lyon, en 2016. Les métiers de la santé ont été l'objet de nombreuses initiatives internationales pointant l'importance des conditions de travail, la nécessaire sécurisation des professionnels de santé ou encore le développement de stratégies visant à rendre les métiers de la santé plus attractifs et à fidéliser le personnel de santé dans les zones reculées. De nombreuses recommandations ont été portées, par l'OMS, l'OCDE ou encore l'OIT pour faire évoluer les métiers de la santé.

Cette première partie montre que ces quinze dernières années ont bien sûr été marquées par des évolutions concrètes dans l'organisation des métiers (on peut citer l'intégration de nouvelles technologies, la mise en visibilité des métiers de la santé publique, la création de nouveaux métiers comme les médiateurs en santé ou les infirmiers en pratique avancée) mais ces évolutions sont relativement faibles par rapport à l'ampleur des défis. Comme expliquer cette relative inertie et la faible d'évolution dans l'organisation des métiers de la santé ces dernières décennies, cette difficulté à faire bouger le système, à créer de nouveaux métiers ? D'un point de vue institutionnel, législatif et organisationnel, il faudrait creuser la réflexion et comprendre quels mécanismes réglementaires, quelles logiques corporatistes ou quels lobbys empêchent une évolution plus rapide des métiers de la santé.

Si la grande majorité des évolutions analysées dans cette première partie ont une dimension universelle, les pays du continent africain sont particulièrement touchés par la crise des professionnels de santé. La deuxième partie de cette étude sera consacrée aux enjeux spécifiques de cette partie du monde.

Partie 2. Focus sur l’Afrique sub-saharienne

Dans cette deuxième partie, il s’agira de mettre en avant les données spécifiques à la région Afrique de l’OMS, en particulier celles qui concernent l’Afrique francophone. Dès la publication du rapport mondial de l’OMS de 2006, « Travailler ensemble pour la santé » (1), il est apparu clairement que la pénurie la plus importante de professionnels de santé dans le monde concernait la région Afrique de l’OMS puisque 36 des 57 États membres faisant face à une pénurie préoccupante⁹⁷ étaient en Afrique.

Une étude, publiée en 2022 dans la revue *BMJ Global Health* sur « Le statut du personnel de santé dans la Région africaine de l’OMS : conclusions d’une étude transversale » (98) et qui a porté sur 47 pays africains, montre que :

- Le ratio moyen est de 1,55 professionnel de la santé (médecins, infirmiers et sages-femmes) pour 1000 personnes. Ce nombre est très largement en dessous du seuil de densité défini par l’OMS à 4,45 professionnels de la santé pour 1000 personnes nécessaires pour parvenir à la couverture sanitaire universelle.
- Quatre pays seulement (Maurice, la Namibie, les Seychelles et l’Afrique du Sud) ont dépassé le ratio personnel de santé/population de l’OMS.
- Le personnel de santé de la Région est aussi très inégalement réparti d’un pays à l’autre, allant **de 0,25 professionnel de santé pour 1000 personnes au Niger** (le ratio le plus bas de la Région) à 9,15 pour 1000 personnes au Seychelles – le ratio le plus élevé de la Région.

La même étude estime qu’il manquera 6,1 millions de professionnels de la santé en Afrique d’ici à 2030 (sur 14,5 millions d’agents manquants à l’échelle mondiale), soit une hausse de 45 % depuis 2013, date à laquelle les dernières estimations ont été réalisées. Si l’on peut toujours remettre en question les critères sur lesquels ces estimations sont fondées, il est tout de même important qu’elles ne cessent de gagner en ampleur, au fur et à mesure du temps.

La crise des ressources humaines en santé qui touche les pays africains est multifactorielle :

- Cette crise est évidemment liée aux dynamiques démographiques du continent. L’Afrique représentera la plus grande part de la croissance de la population mondiale, avec une population qui devrait augmenter de 1,3 milliard entre 2017 et 2050, suivie par l’Asie (1).
- Elle est ensuite liée à l’ampleur des problèmes de santé qui touchent le continent. La région africaine concentre à la fois la plus faible densité en ressources humaines et le plus important fardeau de la maladie (99), confrontée au double fardeau des maladies infectieuses et des maladies non transmissibles.
- La crise des ressources humaines en santé est enfin liée à des facteurs institutionnels dans de nombreux pays africains : capacités de formation insuffisantes et de qualité inégale, lacune dans l’analyse, la planification et la gestion des ressources humaines, difficulté à maintenir le personnel de santé au niveau décentralisé, manque de financements publics pour recruter un nombre suffisant de professionnels, mobilités internationales des personnels de santé, etc. En 2023, 37 des 55 pays considérés comme étant particulièrement fragiles de la liste de l’OMS, « *WHO health workforce support and safeguards list* » (24) appartiennent à la région Afrique de l’OMS.

Cette région du monde faisant face à une pénurie de professionnels de santé d’une ampleur particulièrement alarmante, nous nous sommes intéressés dans cette deuxième partie aux besoins spécifiques caractérisant les métiers de la santé de demain en Afrique mais aussi, et surtout, aux solutions qui ont pu être mises en place ces dernières années, et pourraient inspirer les autres pays dans d’autres contextes. S’il est difficile d’avoir des données complètes concernant les professionnels de santé en exercice dans tous les pays, plusieurs publications sont consacrées au marché du travail des professionnels de santé (100). Nous mettrons en avant les données disponibles sur l’Afrique francophone mais il y en a peu, et certains résultats d’autres pays d’Afrique ou des études à l’échelle régionale présentent des résultats intéressants.

⁹⁷ L’OMS a qualifié cette situation de « crise mondiale de ressources humaines pour la santé » (97) (« *health workforce crisis* »). « Selon le Rapport sur la santé dans le monde 2006, la Région africaine est celle où la pénurie mondiale de personnel sanitaire sévit avec le plus d’acuité. » (2)

Six sections composent cette deuxième partie et portent sur des tendances et enjeux qui touchent spécifiquement les pays d’Afrique subsaharienne :

- La question de la pénurie de personnel en santé en Afrique subsaharienne : il s’agira non seulement d’estimer l’ampleur de cette pénurie globale (et d’affiner l’analyse par catégorie de métiers, pour atteindre 70 % de couverture sanitaire universelle) mais aussi de réfléchir à la question du « skill Mix » : quel est le bon équilibre entre les différentes compétences, les différents métiers, si l’on veut optimiser l’offre de santé ?
- Les agents de santé communautaire, composante essentielle des systèmes de santé. Parfois décriés, ils sont considérés aujourd’hui par un grand nombre d’acteurs comme une option intéressante pour pallier la pénurie grandissante de personnel, nous verrons que cela soulève de nombreux enjeux de professionnalisation et d’intégration au système de santé (deuxième section)
- Les enjeux financiers et la nécessité d’investir davantage dans les personnels de santé en Afrique, ce qui implique de dégager une assiette fiscale plus importante et d’augmenter les capacités de formation, aujourd’hui largement insuffisantes pour répondre aux besoins de demain. La question de la qualité des formations, très inégale sur le continent, et les questions posées par son évaluation sont également des enjeux abordés dans cette section : quels systèmes d’accréditation mettre en place pour améliorer la qualité des soins de demain ? (section 3).
- Les défis de la fidélisation en zone rurale. Le continent africain étant particulièrement touché par des problèmes de répartition des personnels de santé sur l’ensemble du continent, nous analyserons dans la quatrième section l’effet des différentes stratégies de fidélisation mises en place sur le continent, et les perspectives qu’elles offrent pour rendre l’accès à la santé plus équitable, d’une région à l’autre (section 4)
- Le développement du secteur privé, dont la place de plus en plus forte en Afrique, qui est comme nous le verrons, à la fois une opportunité forte et, si elle n’est pas correctement encadrée, un risque pour les systèmes de santé (section 5)
- Les défis liés aux politiques de ressources humaines en Afrique : comment renforcer la gouvernance et le pilotage des politiques de ressources humaines en santé au niveau national ? (section 6).

1. Les métiers de la santé de demain en Afrique sub-saharienne : d’abord une question de nombre

1.1 Une densité bien trop faible

Le bureau de la région Afrique de l’OMS (BRA) a publié en 2021 les résultats d’une enquête conduite en 2018-2019 auprès des 47 pays de la région (101) afin de recenser les effectifs des professionnels de santé en poste dans ces pays. Au total, ce sont plus de 3,5 millions de soignants qui ont été recensés⁹⁸.

La densité totale de professionnels de santé était estimée à 2,9 pour 1000 habitants alors que le seuil minimal pour atteindre 70 % de couverture sanitaire universelle (CSU) était estimé à 13,4 pour 1000. Il faudrait donc, a minima, multiplier par quatre le nombre de professionnels de santé en poste dans la région. De plus, cette moyenne cache des différences importantes entre les pays : un quart des professionnels de santé de la région exerçaient au Nigéria, 13 % en Afrique du Sud et 9 % en Algérie alors que cinq des 47 pays (le Bénin, Madagascar, le Niger, la République centrafricaine et le Tchad) avaient moins de 0,5 professionnel de santé pour 1000 habitants.

Un constat qui dépasse les catégories « médecins, infirmiers et sages-femmes »

Cette enquête permet d’avoir des données au-delà des trois catégories traditionnellement considérées dans la majorité des études sur les professionnels de santé : médecins, infirmiers et sages-femmes. En effet, voici

⁹⁸ Ce nombre est probablement sous-estimé, car les chiffres sur le secteur privé étaient difficiles à obtenir pour les gouvernements de la plupart des pays participants. Le rapport présentait également des données spécifiques par secteur pour le secteur public, le secteur privé et le secteur privé à but non lucratif avec des résultats marquants (85% des professionnels de santé dans le secteur public). Néanmoins, la pratique répandue d’avoir en parallèle une activité dans le public et dans le privé a sûrement permis de prendre en compte une partie des professionnels de santé exerçant dans le privé. Dans un autre rapport institutionnel, le Secrétariat de la Communauté de développement de l’Afrique australe (*Southern African Development Community* - SADC), qui regroupe 16 des 47 pays de la sous-région, note que « les données [de l’enquête du BRA de 2018] sont similaires à celles figurant dans divers rapports régionaux et mondiaux et ont été fournies dans certains cas par les États membres » et que « malgré leurs problèmes de qualité et l’approximation des estimations qui en résulte » ces données « sont révélatrices de plusieurs problèmes » et permettent des comparaisons utiles entre les pays puisque les conditions de recueil des données étaient similaires pour tous les pays (et présentaient donc des biais probablement comparables) (102) (p.16).

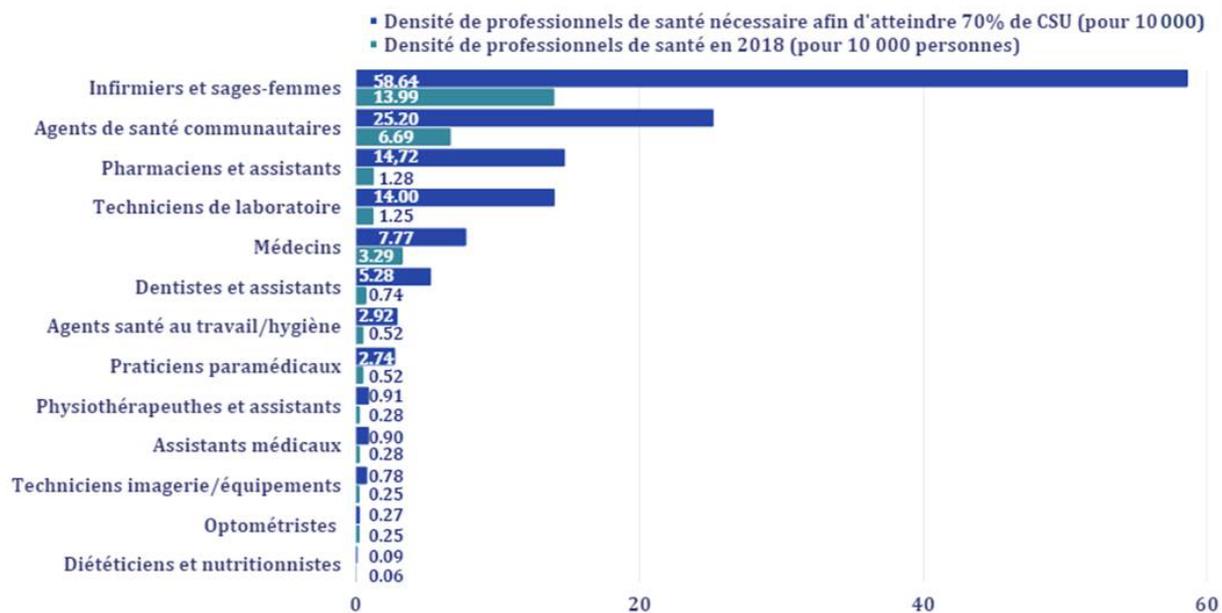
une liste des métiers de la santé recensés dans cette enquête : médecins généralistes, médecins spécialistes, infirmiers, sages-femmes, dentistes et techniciens, pharmaciens et techniciens, personnel de laboratoire, techniciens d'imagerie médicale et autres équipements médicaux, professionnels de santé publique et de santé environnementale, cadres et managers, personnel administratif et de support, agents de santé communautaire (ASC), etc⁹⁹. Ces différents métiers ont ensuite été regroupés en 13 catégories dans la CITP-08.

La volonté de récolter des données pour autant de catégories de métiers de la santé est représentative d'une dynamique générale en santé mondiale de reconnaître davantage l'importance de métiers clés pour le bon fonctionnement des systèmes de santé mais qui peuvent manquer de visibilité. Ces métiers peuvent être oubliés dans les documents de planification en termes de formation et d'emploi des professionnels de santé de demain. La production de données chiffrées sur les effectifs en poste dans ces différentes catégories de métiers permet de comparer les densités entre les pays de la région Afrique de l'OMS. Cela permet également de comparer la densité de 2018-2019 avec la densité théorique qu'il faudrait atteindre pour obtenir une CSU de 70 % dans cette région.

1.2 Un écart important pour atteindre une Couverture sanitaire universelle de 70 % d'ici 2030

La figure 7 ci-dessous permet de visualiser, pour chaque catégorie de métiers, l'écart entre la densité de professionnels de santé en poste lors de l'enquête de 2018 et la densité théorique qu'il faudrait atteindre d'ici 2030 pour avoir une CSU de 70 % dans la région Afrique de l'OMS.

FIGURE 7 : COMPARAISON ENTRE LA DENSITE DE PROFESSIONNELS DE SANTE DANS LA REGION AFRIQUE DE L'OMS EN 2018 (POUR 10 000 PERSONNES) ET LA DENSITE THEORIQUE NECESSAIRE POUR ATTEINDRE PLUS DE 70 % DE CSU



Source : Adapté de Ahmat A, Asamani JA, Abdou Illou MM, Millogo JJS, Okoroafor SC, Nabyonga-Orem J, et al. Estimating the threshold of health workforce densities towards universal health coverage in Africa. *BMJ Glob Health*. 2022 May;7(Suppl 1):e008310. TABLE 5 p.7

Pour faire des projections sur les besoins en formation et en recrutement de professionnels de santé pour demain, il faut pouvoir comparer le nombre de professionnels de santé en poste dans une population

⁹⁹ Cette liste est non exhaustive car il y avait une catégorie « autres métiers de la santé » prévue dans l'enquête (ce qui peut expliquer que les métiers inclus dans les groupes de métiers utilisés lors de l'analyse - voir figure X - ne soient pas tout à fait identiques à la liste initiale).

donnée¹⁰⁰ avec le seuil minimal de professionnels de santé nécessaires pour atteindre un état de santé satisfaisant dans cette population¹⁰¹.

D'après l'étude conduite par le BRA de l'OMS en 2018, il faudrait une densité moyenne de 134 professionnels de santé pour 10 000 habitants (dont 8 médecins et 59 infirmiers ou sages-femmes) pour atteindre une CSU de 70 % en Afrique. Pour comparaison, une publication récente d'une étude du Global Burden of Disease estimait qu'il faudrait un minimum de 21 médecins et 71 infirmiers et sages-femmes pour 10 000 personnes pour atteindre une CSU de 80 %¹⁰². Dans ce même article, la densité moyenne estimée en 2019 pour la région Afrique sub-saharienne¹⁰³ était de 3 médecins et 18 infirmiers et sages-femmes pour 10 000 personnes (74). La pénurie de médecins en Afrique sub-saharienne était donc estimée à 1,9 millions de médecins et 5,6 millions d'infirmiers et sages-femmes en 2019.

1.3 La représentation du *skill-mix* idéal : une illustration de la diversité des métiers de la santé nécessaires au bon fonctionnement des systèmes de santé en Afrique

Les résultats des deux études sont du même ordre de grandeur et montrent une pénurie très importante de professionnels de santé dans la région Afrique de l'OMS. Néanmoins, les deux études varient sur un point important : l'estimation du mélange de compétences nécessaires (« *skill mix* »), c'est-à-dire de l'équilibre entre les types de métiers nécessaires et le nombre de personnes qu'il faudrait former à ces métiers.

Dans l'étude du Global Burden of Diseases, il faudrait un minimum de 20,7 médecins généralistes ou spécialistes, 70,6 infirmiers ou sages-femmes, 8,2 dentistes ou assistants et 9,4 pharmaciens ou assistants pour une CSU de 80 % à l'échelle mondiale. C'est-à-dire que pour chaque médecin formé et employé, il faudrait un peu plus de 3 infirmiers ou sages-femmes. Cet équilibre est très différent dans le calcul du bureau de la région Afrique de l'OMS. Pour une CSU de 70 % dans la région Afrique de l'OMS : 58,64 infirmiers et sages-femmes pour 7,77 médecins, 5,28 dentistes et assistants et 14,72 pharmaciens et assistants, soit presque autant de dentistes que de médecins, deux fois plus de pharmaciens que de médecins et entre 7 et 8 fois plus d'infirmiers et sages-femmes que de médecins.

Il n'est pas étonnant que ces estimations varient, les premières étant calculées à l'échelle mondiale pour une couverture de 80 % et les secondes à l'échelle de la région Afrique de l'OMS pour une couverture de 70 %, mais il est intéressant de mettre en avant l'importance cruciale de la question du mélange de compétences (*skill-mix*) lorsqu'on étudie les métiers de la santé de demain. En effet, le nombre de professionnels de santé à former et embaucher pour demain dépend du contexte sanitaire du pays ou de la région concernée, de la répartition des tâches entre les professionnels de santé dans le pays et des besoins estimés à couvrir dans une population donnée. Ainsi, le *skill-mix* considéré comme « idéal » dans la région Afrique de l'OMS ne sera pas le même que celui qui caractériserait la région Europe par exemple.

La figure 11 ci-dessous propose une représentation visuelle du *skill-mix* nécessaire dans la région Afrique de l'OMS afin d'atteindre une CSU de 70 %. Il faut donc former et recruter davantage de professionnels de santé pour demain, en plus grand nombre pour certains métiers que pour d'autres.

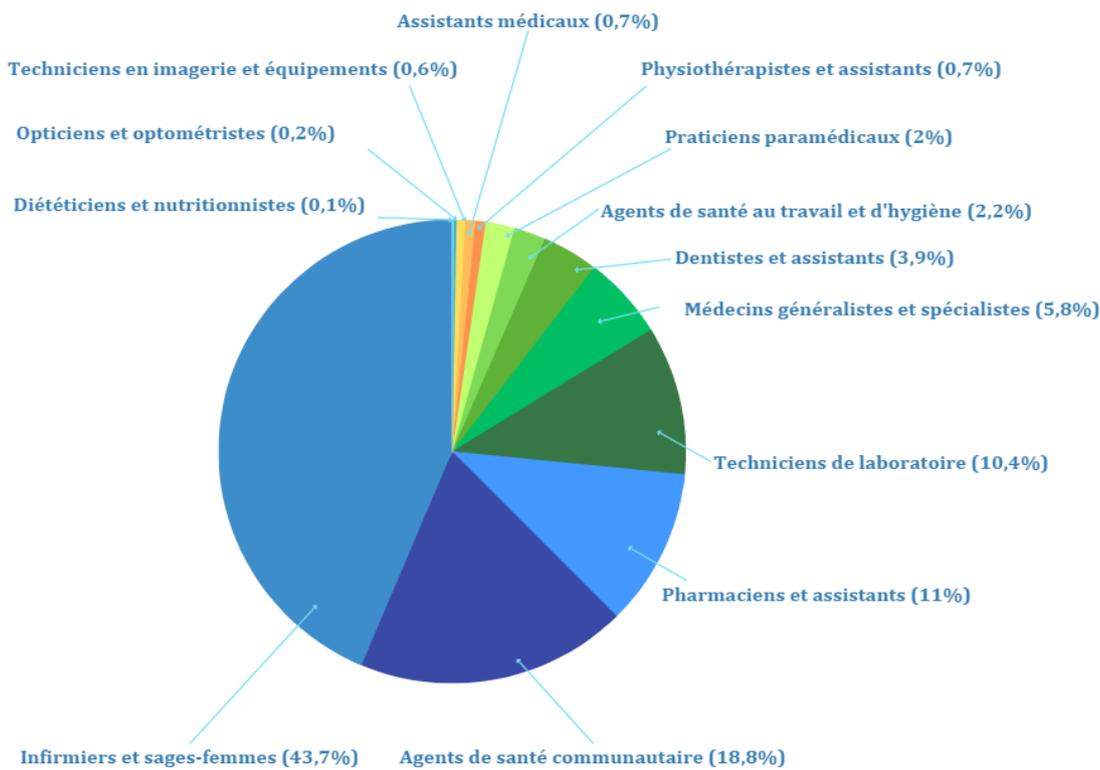
¹⁰⁰ Idéalement, on veut pouvoir estimer le nombre de professionnels de santé qui seront en poste à une date donnée, comme l'étude française de la DARES publiée en 2022 sur les métiers en 2030 par exemple, dont les résultats pour le secteur de la santé ont été présentés dans la partie 1 de ce rapport (29). Mais en l'absence de telles modélisations on peut également se baser sur les données actuelles pour tenter d'orienter les trajectoires futures.

¹⁰¹ Cet état de santé est souvent estimé à l'aide d'indicateurs précis : le nombre de médecins, infirmiers et sage-femmes nécessaires pour que 80% des naissances puissent être assistées d'un professionnel de santé ; le nombre de médecins, infirmiers et sage-femmes nécessaires pour avoir une mortalité maternelle de moins de 50 pour 100 000 ; le nombre de professionnels de santé nécessaires pour avoir une couverture de 80% de couverture santé universelle, etc. Pour un aperçu précis des seuils utilisés en santé mondiale ces deux dernières décennies, voir la publication de l'OMS « *Health workforce thresholds for supporting attainment of universal health coverage in the African Region* » (103) en particulier pp.2-4.

¹⁰² L'enquête du bureau de la région Afrique de l'OMS s'intéressait à de nombreux autres métiers de la santé au-delà des médecins, infirmiers et sage-femmes. Le seuil minimal calculé à partir de cette étude pour l'ensemble des professionnels de santé était donc nettement supérieur : 212,68 pour 10 000 personnes pour atteindre une CSU de 80% (103).

¹⁰³ Il ne s'agit pas ici de la région Afrique de l'OMS mais de la classification du *Global Burden of Disease* : 46 pays découpés en 4 régions (Afrique sub-saharienne du centre, de l'Est, du Sud et de l'Ouest).

FIGURE 8 : REPRESENTATION IDEALE DES PROFESSIONNELS POUR ATTEINDRE 70% DE CSU DANS LA REGION AFRIQUE DE L'OMS



Source : Adapté de Ahmat A, Asamani JA, Abdou Illou MM, Millogo JJS, Okoroafor SC, Nabyonga-Orem J, et al. Estimating the threshold of health workforce densities towards universal health coverage in Africa. *BMJ Glob Health*. 2022 May;7(Suppl 1):e008310. TABLE 5 p.7

Cette figure permet donc de mettre en avant l'importance de certaines catégories de professionnels de santé en termes d'effectifs dans la région Afrique de l'OMS, comme les infirmiers et sages-femmes ou les agents de santé communautaire. Ainsi, sur les 3,5 millions de professionnels de santé répertoriés dans l'enquête du BRA de l'OMS de 2018-2019, 37% étaient des infirmiers ou des sages-femmes et 14% des ASC (98).

D'après l'OMS, d'ici 2030, il faut multiplier par 4,5 le nombre de professionnels de santé formés et employés dans la région Afrique, dans les proportions suivantes : 44% d'infirmiers et de sages-femmes, 19% d'ASC, 11% de pharmaciens et assistants, 10% de techniciens de laboratoire et 6% de médecins¹⁰⁴.

Par ailleurs, cette étude est la première à proposer des seuils régionaux pour autant de catégories de métiers de la santé différents. On peut noter par exemple la présence des catégories « professionnel de santé environnementale, santé au travail et hygiène », « assistants médicaux¹⁰⁵ », « physiothérapeutes », « diététiciens et nutritionnistes » et la distinction entre les techniciens d'imagerie et ceux qui travaillent dans les laboratoires de pathologie. Non seulement cela donne une visibilité nécessaire à des métiers qui sont essentiels mais souvent dans l'ombre, mais cette volonté d'avoir une vision plus complète des professionnels de santé nécessaires au bon fonctionnement d'un système de santé permet aussi une réévaluation de l'ampleur de la pénurie : le seuil de l'OMS de 2016 de 44,5 médecins, infirmiers et sages-femmes pour 10 000 personnes est multiplié par trois lorsqu'on prend en compte 13 catégories de métiers (134 professionnels de santé pour 10 000 personnes).

¹⁰⁴ D'après l'étude de 2018, les proportions actuelles entre ces différents métiers dans la région Afrique de l'OMS sont les suivantes : 37% d'infirmiers et sage-femmes, 14% d'ASC, 3% de pharmaciens et assistants, 10,4% de techniciens de laboratoire et 9% de médecins généralistes et spécialistes (101).

¹⁰⁵ Les assistants médicaux (physician assistant) aux Etats-Unis sont des professionnels de santé dits « intermédiaires » qui reçoivent une formation de troisième cycle (post-graduate studies) de deux ans à la suite d'une licence de science de quatre ans (Bachelor of Science). Ils jouent un rôle important dans la prise en charge du cancer par exemple.

2. Les agents de santé communautaire : une composante essentielle dans de nombreux pays d'Afrique sub-saharienne

La mise en place d'agents de santé communautaire (ASC) est souvent considérée comme une stratégie de réponse à la pénurie globale de personnels de santé et à l'existence de déserts médicaux dans des zones reculées, notamment en Afrique Sub-Saharienne. Cette partie permettra donc d'explorer les raisons qui ont amené de plus en plus de pays à les intégrer dans leurs stratégies de soins de santé primaire ; et de présenter les évolutions qui seront nécessaires pour que le recours aux ASC contribue de manière pérenne au renforcement des systèmes de santé.

Pour l'OMS, les ASC « *doivent être des membres des communautés dans lesquelles ils travaillent, avoir été sélectionnés par la communauté, répondre de leurs activités devant elle et être soutenus par le système de santé, sans nécessairement faire partie de son organisation* ». D'après l'OMS, « *il est de plus en plus reconnue que les ASC et autres personnels de santé à assise communautaire dispensent efficacement toute une gamme de services de santé préventifs, promotionnels et curatifs, et qu'ils peuvent contribuer à la réduction des inégalités en matière d'accès aux soins* ». L'Organisation appelle ses pays membres à investir dans les ASC, tout en suivant des lignes directrices fondées sur des politiques et des données probantes, de manière à les intégrer durablement aux systèmes de santé et à améliorer et renforcer leurs capacités (104).

Dans une revue de littérature sur les programmes de santé impliquant des ASC, l'OMS définit les ASC comme « *Les agents de santé communautaire fournissent des services d'éducation à la santé, d'orientation et de suivi, de gestion de cas, de soins de santé préventifs de base et de visites à domicile à des communautés spécifiques. Ils soutiennent et aident les individus et les familles à s'orienter dans le système de santé et de services sociaux* ». L'OMS identifie environ six rôles (qui se recoupent) qui peuvent leur être confiés (105) :

- Fournir un diagnostic, un traitement ou des soins médicaux ;
- Encourager l'utilisation des services de santé ;
- Éducation à la santé et la motivation au changement de comportement ;
- Collecte et archivage de données ;
- Améliorer les relations entre les fonctionnaires du système de santé et les membres de la communauté ;
- Apporter un soutien psychosocial.

Selon cette revue, le succès de programmes impliquant les ASC dépend, entre autres, du type de tâche accordée (curatives ou éducatives), de leur éducation préalable et leur ancrage dans leur communauté, du contenu de la formation, du matériel fourni et des incitations accordées aux ASC, ainsi que du type de problème de santé ciblé.

Encadré 4. L'origine des Agents de Santé Communautaire

Le concept d'agents de santé communautaires est généralement considéré comme ayant trouvé son origine en Chine dans les années 1920. Les "Barefoot Doctors", étaient des paysans qui recevaient une formation de trois mois aux premiers secours, à l'éducation à la santé, aux vaccinations et même à ce que l'on qualifierait aujourd'hui de *WASH* (Eau, assainissement et hygiène), et qui étaient déployés dans les communes où la mortalité infantile était la plus élevée et l'espérance de vie, la plus faible (103). Deux éléments clés du programme - la durée et simplicité de la formation et l'ambition de traiter les problèmes urgents de santé primaire - allaient plus tard devenir la pierre angulaire de ce qui définit aujourd'hui les ASC. Plus tard, dans les années 1960, la nécessité d'adopter de nouvelles approches sanitaires permettant de répondre aux besoins des populations rurales, isolées et pauvres dans les pays en développement est devenue progressivement plus évidente. Le modèle du « Barefoot Doctor » a ainsi servi de concept directeur pour les premiers programmes d'ASC dans plusieurs pays, en particulier en Amérique latine.

L'importance de la formalisation et de la promotion mondiale de ces programmes a été mise en évidence en 1978 à la suite de la Conférence d'Alma-Mata - première grande conférence de santé mondiale - lors de laquelle les soins de santé primaires ont été identifiés comme la clé de la réalisation de l'objectif « Une santé pour tous ». En effet, la déclaration qui a suivi cette conférence stipule explicitement que les ASC ont un rôle essentiel au sein des systèmes de santé primaires (103) .

Dans la région africaine de l'OMS, les programmes avec des volets ASC ont joué un rôle clef au cours des deux dernières décennies. Lors de la phase des Objectifs du Millénaire pour le Développement, de 2000 à 2015, les progrès accomplis sur le continent dans la réalisation des objectifs de santé¹⁰⁶ n'étaient pas à la hauteur des attentes. Malgré la mobilisation des ASC pour améliorer l'accès aux soins, l'un des principaux problèmes était la disponibilité d'un personnel de santé qualifié pour répondre à l'étendue des besoins et étendre les interventions, notamment dans les zones les plus isolées. Le recours aux ASC est très variable d'un pays à l'autre : les trois pays phares étant l'Ouganda, l'éthiopie ou le Rwandan qui ont plus de deux ASC pour 1000 habitants (9). Avec l'avènement des Objectifs de Développement Durable et la volonté internationale de dépasser l'« approche verticale » par maladie et de passer à des programmes et interventions horizontaux ayant pour but le renforcement des systèmes de santé, les ASC ont vu leur importance renouvelée sous une nouvelle lumière, en tant que potentielle partie intégrante des systèmes de santé (106).

2.1. Miser sur les agents de santé communautaire, une stratégie adoptée par de nombreux pays

L'implication des ASC dans la lutte contre l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014-2015 a contribué à enclencher cette évolution. Malgré la faiblesse de la prestation de services, la confusion des politiques et la nature écrasante de l'épidémie, de nombreux ASC sont restés actifs et, lorsqu'ils ont reçu des directives claires, ont continué à fournir des services au sein de leurs communautés, leur permettant ainsi de se rétablir plus rapidement (107) ; ce qui a incité l'OMS, les gouvernements et les acteurs du développement (ONGs, grandes initiatives de santé mondiale) à revoir leur rôle

¹⁰⁶Objectifs du Millénaire 4 - Réduire la mortalité infantile ; 5 - Améliorer la santé maternelle ; et 6 - Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies

dans la prestation des services de santé et à engager des discussions sur la formation, le déploiement et la rémunération des ASC en tant que personnels de santé officiels (108).

On retrouve dans l'exemple éthiopien la catégorisation entre deux types d'agents de santé communautaire : la catégorie 1 regroupe les agents plus qualifiés ou ceux qui proposent l'ensemble de services le plus complet, alors que les ASC de la catégorie 2 produisent un ensemble de services plus restreint et sont en général supervisés par les agents de la première catégorie.

Encadré 5 : Intégration d'Agents de santé communautaire au système de santé, l'exemple des agents de vulgarisation sanitaire d'Ethiopie (106)

Implémenté en 2004, le programme Éthiopien de « vulgarisation sanitaire » (*Health Extension Program*) emploie des ASC professionnels, les « agents de vulgarisation sanitaire » (AVS), et des ASC bénévoles, appelés volontaires pour l'« Armée pour le Développement de la Santé » (ADS).

Les AVS bénéficient d'un an de formation, sont rémunérés à titre d'employés formels, et ont pour responsabilité la promotion de la santé, la prévention le traitement des maladies telles que les cas de paludisme, de pneumonie, de diarrhée et de malnutrition au sein de la communauté. Les membres de l'ADS, chargés d'encourager les comportements bénéfiques pour la santé et d'encourager l'utilisation des services de santé primaire, ne sont pas rémunérés, mais reçoivent des incitations non-financières (reconnaissance formelle, mentorat continu, certificats et reconnaissance lors de célébrations communautaires). En 2020, l'Éthiopie comptait environ 40 000 AVS et environ trois millions de volontaires ADS. Ces agents et volontaires sont supervisés par district par des équipes de supervision composées d'un agent de santé, d'un infirmier de santé publique, d'un expert en environnement/hygiène et d'un expert en éducation à la santé.

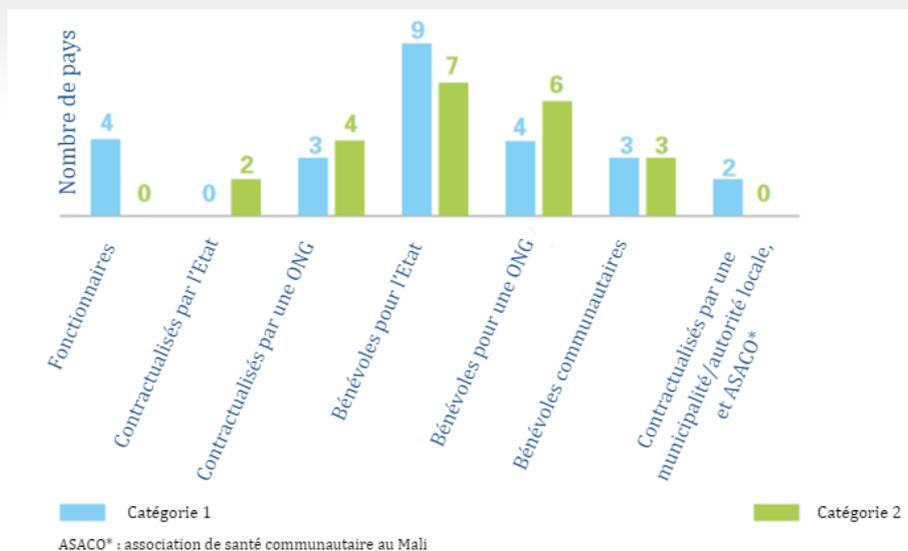
Une analyse des forces, faiblesses, et opportunités du programme a pointé des problèmes de déploiement et de mise en œuvre (fourniture tardive de matériel, défauts de supervision ou de formation) et des inégalités de genre (les AVS étant en grande majorité des jeunes femmes, elles souffrent d'un manque de confiance des communautés, ou encore manquent de possibilités d'évolution de carrière).

Malgré ces difficultés, le programme a eu un impact positif majeur sur la santé de la population. Par exemple, la mortalité infantile a diminué d'un tiers entre 2006 et 2013, le taux de couverture en soins prénataux a atteint 68 % des femmes en 2009, et le taux d'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide a atteint 40 % chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans dans les zones impaludées dès 2008.

Une étude Muskoka / Unicef (109) analyse le statut et les types de contrat des ASC en fonction des pays selon deux catégories dans 20 pays¹⁰⁷ de l'Afrique du Centre et de l'Ouest : la catégorie 1 regroupe des ASC qualifiés, avec des paquets de service plus étoffés, alors que la catégorie 2 regroupe des ASC non forcément qualifiés, parfois supervisés par les ASC de la catégorie 1.

Figure 9 : Statut des agents communautaires en Afrique de l'Ouest et du Centre en 2022

¹⁰⁷ Les vingt pays de l'étude sont : le Bénin, le Burkina Faso, le Cameroun, la République Centrafricaine, le Tchad, le Congo, la Côte d'Ivoire, la République démocratique du Congo, la Gambie, le Ghana, la Guinée, la Guinée-Bissau, le Libéria, le Mali, la Mauritanie, le Niger, le Nigéria, le Sénégal, le Sierra Leone et le Togo.



Source : traduit de l'anglais depuis le rapport *Community health policies and programmes UNICEF 2023*

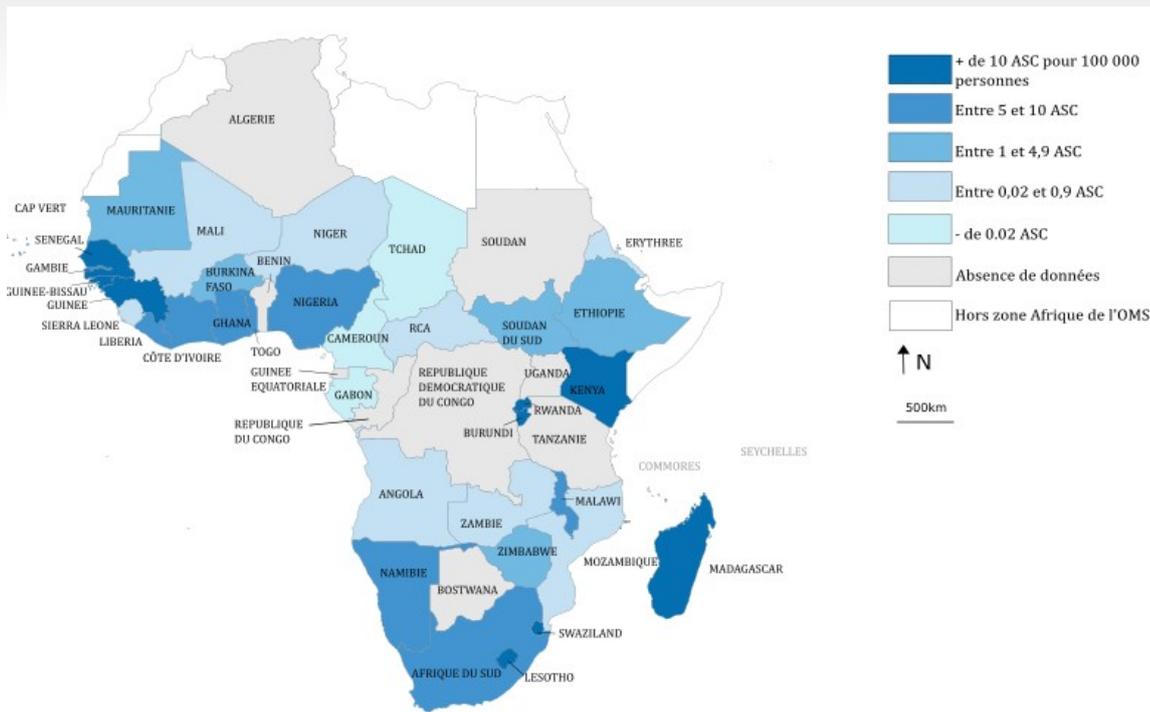
Le type de contrat "bénévole pour l'État" est prédominant pour les deux catégories. Dans quatre pays (Gambie, Ghana, Guinée et Nigeria) les ASC de catégorie 1 peuvent avoir des contrats de fonctionnaires, et il est intéressant de noter que seule la moitié des pays reconnaissent officiellement les ASC dans le code de santé publique.

L'exemple ivoirien est intéressant : la Côte d'Ivoire a décidé en 2017 La réforme des statut des ASC en Cote d'Ivoire est intéressant. Jusqu'en 2017, plusieurs types d'agents existaient : relais, agents mobilisateurs, conseillers communautaires, agents de santé communautaire, agents de distribution de contraceptifs à base communautaire, etc. Il a ensuite été décidé d'opter pour la terminologie unique "agents de santé communautaire", déclinée en trois nouvelles catégories: : 1) ASC de base dédiés à la promotion de la santé(pratiques familiales essentielles, eau et assainissement, etc.), 2) conseillers communautaires (généralement impliqué sur des thèmes de santé spécifiques (VIH, tuberculose, santé sexuelle, paludisme, etc.) et 3) Coach/superviseurs d'ASC : ASC expérimenté identifié pour soutenir et superviser une dizaine d'ASC de base dans la zone de santé.

En termes de niveau de rémunération, dans plus de la moitié des pays, les ASC ont une « motivation » et non un salaire formelle. Pour la catégorie 1 (ASC qualifiés), aucun niveau d'études n'est requis en Sierra Leone. La capacité à lire et à calculer est requise au Cameroun, en RCA, au Tchad, en RDC, au Liberia, au Niger, au Sénégal et au Togo. Le niveau primaire est obligatoire au Burkina Faso, en Guinée Bissau, au Mali, en Mauritanie et au Nigeria. Enfin, le Bénin, le Congo, la Côte d'Ivoire, la Gambie, le Ghana et la Guinée exigent que les ASC aient un niveau d'éducation secondaire.

Si de nombreux programmes ont vu le jour en Afrique, il existe encore de grandes disparités de densité et de programmes d'intégration des ASC au système de santé – avec des impacts variables sur la santé des populations. Du fait de la diversité de leur statuts (ils peuvent être rattachés à l'Etat ou à des ONG, salariés, indemnisés ou bénévoles), et de l'absence de reconnaissance formelle de cette fonction dans un nombre important de pays, il est difficile d'avoir des données fiables. Les ASC sont répertoriées au sein de la classification internationale type des professions (CITP) de 2008 (groupe 3253), alors qu'ils étaient initialement assimilés à des agents cliniques et des assistants médicaux. En termes de densité, le nombre moyen d'ASC pour 100 000 habitants dans la région africaine est malgré tout estimé de 4,5 et 15 pays se situaient au-dessus de cette moyenne.

Figure 10 - Carte des densité d'ASC pour 100 000 personne dans les pays de la région Afrique de l'OMS en 2021



Source : carte réalisée par les auteurs avec Philcarto : <http://philcarto.free.fr>; d'après la figure 8 du rapport de l'OMS The State of the health workforce in the WHO African region - 2021

On trouvera en annexe un tableau détaillé des densités d'ASC par pays. Si la majorité des pays n'ont pas de stratégie nationale formelle dédiée, à l'exception de certains d'entre eux comme le Niger, la littérature scientifique est unanime sur le fait que les cadres et les programmes d'ASC ont un potentiel énorme dans le renforcement des systèmes de santé et l'amélioration de l'état de santé des populations en Afrique Subsaharienne (110). La réduction de ces disparités par le déploiement et la création de programmes impliquant des ASC est donc un enjeu majeur pour les pays de la région.

Si les modalités et les facteurs clefs de succès de tels programmes diffèrent en fonction du modèle et de la solidité du système de santé, le potentiel de renforcement des systèmes de santé des ASC n'est pas spécifique aux pays d'Afrique Subsaharienne ni aux pays à revenu faible. Le développement de la médiation en santé en France en est un exemple. Le métier - qui a en grande partie émergé au début des années 90 grâce à l'implication de la société civile dans la lutte pour les droits et la reconnaissance des malades atteints du VIH/Sida - est aujourd'hui largement reconnu comme un outil essentiel de lutte contre les inégalités sociales de santé. Le premier diplôme universitaire a vu le jour en 2012, le métier est reconnu et structuré par la Haute Autorité de Santé depuis 2017, et on estime qu'entre 750 et 1000 médiateurs en santé exercent actuellement sur le territoire. Le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) remis au gouvernement en juillet 2023, formule 10 recommandations pour favoriser le déploiement de la médiation en santé en France (111).

2.2. Les agents de santé communautaire : des professionnels de santé comme les autres ? Enjeux de professionnalisation et conditions d'intégration au système de santé

Aujourd'hui, les principaux freins rencontrés sur des programmes impliquant les ASC sont liés à leur manque de reconnaissance et d'intégration au système de santé¹⁰⁸ : difficultés de recrutement, abandons ou baisses d'engagement, déficiences dans la supervision et la formation, manque de collaboration avec le personnel de santé, faibles taux de recours des personnes aux ASC (110). Face

¹⁰⁸ « Les agents de santé communautaires n'ont pas de statut, ne sont pas reconnus, sont très mal payés. Leur job est lié au projet qui les emploie, leur description de poste est spécifique à une maladie ou un bailleur. Ils n'ont pas de reconnaissance du Ministère de la santé sauf dans certains pays (Afrique du Sud, Ethiopie, Rwanda) où les critères de sélection et de formation sont bien définis » i2.

à ce constat, l'enjeu est d'uniformiser les programmes existants afin de mettre en commun les efforts gouvernementaux et non-gouvernementaux et de sortir du caractère informel qui caractérise la fonction des ASC dans un grand nombre de pays.

Il existe actuellement plusieurs cadres, basés sur la recherche en RSS et sur l'étude des programmes existants, proposant des conditions d'intégration au système de santé des ASC ; avec des variations en fonction du niveau de solidité du système de santé des pays (pays dont les systèmes de santé sont affaiblis, pays qui progressent dans le renforcement de leurs systèmes de santé, pays économiquement stables qui progressent vers la CSU) (108). Les principales directives conditionnant cette intégration sont les suivantes (104) :

- **Établissement de critères de sélection** par rapport au niveau d'éducation préalable, à l'appartenance et à l'acceptation par les communautés, à l'égalité des sexes (dans certains contextes), ou encore aux qualités et expériences personnelles ;
- **Création de typologies d'ASC**, avec différents modèles de prestations de services, de type d'incitations ou encore de niveau de formation, et des rôles définis en fonction du contexte sanitaire¹⁰⁹ (état du système de santé, répartition des RHS, type de problème de santé, taille de la population cible, etc.).
- **Formalisation de l'emploi des ASC**, en créant des cadres légaux, en encadrant leur travail avec des accords contractuels, en établissant des systèmes de gratification financière, et en clarifiant leur rapport et leur collaboration avec les autres professionnels de santé.
- **Harmonisation de la formation**, en établissant des formations initiales avec des durées et des niveaux de compétences donnant lieu à des diplômes ou à des certifications officielles, et donnant accès à des évolutions de carrière au sein du système de santé.

L'intégration des ASC ouvre également la voie à l'atténuation d'inégalités sociales intrinsèquement liées à la santé. Les zones rurales et reculées, qui concentrent 80 % des personnes les plus en proie à l'extrême pauvreté, sont les plus touchées par le manque de professionnels de santé. Le recours à des emplois formels d'ASC permettrait non seulement d'améliorer l'accès aux soins, mais également de répondre aux enjeux liés aux forts taux de chômage, de sous-emploi et d'emploi informel, et de créer des opportunités de formation au sein même des communautés enclavées (17) .

Enfin, les considérations liées au genre devront prendre une place centrale dans la conception de programmes d'intégration des ASC au système de santé, avec des spécificités régionales. Un rapport régional mené par l'UNICEF en 2019 montre que dans les pays Afrique Subsaharienne, les positions d'ASC sont occupées en majorité par des hommes (à quelques exceptions près, comme l'Éthiopie ou la Gambie) ; allant de 83 % d'hommes au Liberia à 60 % au Bénin (109). Cette situation est due au fait que les hommes ont un meilleur accès à l'éducation initiale, plus de temps pour les activités non-génératrices de revenus, et bénéficient souvent d'une plus grande confiance de la part de leurs communautés (112). De tels programmes doivent donc être conçus de manière à faciliter l'accès des femmes à ces postes, et ainsi contribuer à la réduction de ces inégalités ; mais également de manière à valoriser le travail de santé (nutrition de la famille, aide aux personnes âgées, protection des enfants, etc.) qu'elles effectuent déjà de manière bénévole et informelle au sein de leurs communautés.

¹⁰⁹ « On pourrait avoir par exemple des « ASC maladies maternelles et infantiles », des « ASC maladies non transmissibles », des « ASC maladies transmissibles » etc » i2.

En conclusion, on peut retenir le mouvement actuel de reconnaissance du rôle des ASC, avec une dynamique de professionnalisation (en opposition du modèle des ASC liés à des programmes verticaux de lutte contre le sida ou le paludisme), qui passe par la mise en place de formations reconnues (si possible générales et non uniquement liées à des tâches restreintes), d'un statut pérenne et d'un salaire décent, intégré aux systèmes de santé, avec des possibilités d'évolution facilitées (par exemple vers des diplômes d'infirmiers ou de sages-femmes, pour ceux qui le souhaitent et qui en ont les capacités).

3. Investir davantage dans le recrutement et la formation des professionnels de santé : une orientation stratégique pour demain

Former et recruter massivement des professionnels de santé devrait être une priorité, compte tenu des besoins actuels et futurs des pays du continent, qui sont colossaux. L'Afrique représente en effet une part importante des 10 millions de professionnels manquant d'ici 2030, du fait du taux de croissance très important de sa population, comme nous l'avons vu, mais aussi du fait du nombre croissant de personnes âgées qu'il va falloir prendre en charge sur le continent. Si la population des « plus de 65 ans » va globalement passer de 10 % de la population mondiale en 2022 à 16 % en 2050 (113), le taux de croissance de ce groupe spécifique est encore plus rapide dans les pays à revenu faible que dans les pays à revenu élevé. Une nouvelle approche et un nouveau discours sont donc aujourd'hui nécessaires pour que le financement des professionnels de santé ne soit plus considéré comme un coût à court terme¹¹⁰, mais plutôt comme un investissement stratégique à long terme, susceptible de renforcer la résilience des systèmes de soins de santé, des sociétés et des économies africaines.

Les freins pour un investissement plus fort dans les ressources humaines en santé sont avant tout financiers. Le secteur de la santé est généralement considéré comme un secteur à forte intensité de main-d'œuvre, donc improductif, non prioritaire par rapport à d'autres secteurs, au moment des arbitrages. Les raisons avancées sont généralement fondées sur des arguments économiques (limiter le niveau des dépenses publiques, ne pas augmenter la dette etc.).

Face à ces visions, l'idée que la santé a un effet multiplicateur sur la croissance économique inclusive et durable – plus que tout autre secteur – est difficile à faire entendre. On peut pourtant mobiliser des arguments économiques pour démontrer l'importance de l'investissement dans les professionnels de santé :

- Il existe un potentiel important de création d'emplois dans le secteur de la santé et, par effet multiplicateur, dans d'autres secteurs (administration, technologies de l'information, nettoyage, agriculture, alimentation, transports, commerce, recherche, etc.). Les estimations de l'OIT suggèrent que chaque poste de professionnels de santé créé génère 2,3 emplois dans des professions non liées à la santé, avec des variations entre les régions (114).
- Les dépenses liées à la formation et au recrutement des professionnels de santé sont négligeables par rapport aux coûts économiques des effets des épidémies (de grippe, par exemple), ou des crises sanitaires à venir. Le coût économique de la crise COVID-19 a par exemple été estimé à 47 700 milliards de dollars US en perte de production entre 2020 et 2030, soit plus de 17 fois le coût estimé de la réalisation des OMD liés à la santé. Ne pas investir dans le financement des professionnels de santé n'est pas une approche stratégique : le coût indirect de l'inaction est bien supérieur à l'investissement dans les professionnels de santé (115).
- Investir dans les professionnels de santé peut également générer des avantages économiques substantiels en favorisant le développement de la santé et du capital humain, la cohésion sociale, la protection sociale et la sécurité sanitaire (116).

La crise de la COVID-19 a mis en évidence le sous-financement structurel des personnels de santé et l'incapacité des systèmes de santé, y compris européens à répondre aux crises (117).

¹¹⁰ « Depuis 2016/2017 pas grand-chose n'a progressé car les investissements en RH et capital humain sont encore perçus comme des dépenses et pas des investissements. C'est la croyance en l'effet Baumol : le coût en personnel de santé n'est perçu que comme un coût et pas comme un investissement » i1.

Les mesures qui peuvent être prises pour répondre à la pénurie de professionnels de santé et augmenter le nombre de personnes formées sont très variables d'un pays à l'autre. En Europe par exemple, il s'agit de supprimer les *numerus clausus* là où ils existent encore et de multiplier les opportunités de stages pratiques en dehors des hôpitaux (le nombre de lieux de stages pratiques limite la capacité d'accueil des écoles). Le secteur privé joue un rôle de plus en plus important dans la formation des professionnels de santé, au-delà des écoles d'infirmiers. Que ce soit à Bamako ou à Lille, des écoles privées forment les médecins, marquant un changement de paradigme important et posant la question de la régulation de cette nouvelle offre (système d'accréditation, validation des diplômes par des examens nationaux, modalités d'accès aux étudiants issus des milieux défavorisés).

Étant donné le rôle central du secteur public dans la santé, c'est évidemment en grande partie la capacité de payer des gouvernements qui est en question ici. Peu de pays africains consacrent plus de 5 % du budget de l'État à la santé, malgré la déclaration d'Abuja (118). Surtout, un nombre important d'entre eux ont des difficultés à collecter l'impôt et à générer des recettes localement. Les pistes les plus souvent évoquées dans la littérature pour augmenter les ressources domestiques sont la lutte contre l'évasion fiscale, la création de taxes sur les produits nocifs pour la santé (tabac, alcool), l'amélioration de l'efficacité des dépenses, et la levée des freins à une sous-utilisation systématique des budgets de santé dans certains pays (contraintes réglementaires sur les niveaux des déficits budgétaires ou des dettes, déblocages tardifs des fonds, normes bureaucratiques trop contraignantes, etc). La faiblesse des systèmes de gestion des finances publiques dans le secteur de la santé a conduit à une sous-utilisation endémique des budgets de santé dans les pays à revenu faible, ce qui entraîne un cercle vicieux de réduction des financements les années suivantes (119), notamment pour les professionnels de santé.

Le recours aux financements internationaux peut également être une option, recommandée par la stratégie mondiale sur les ressources humaines de la santé en 2016 (6). Cette année-là, seuls 4 % de l'aide au développement pour la santé étaient consacrés aux ressources humaines pour la santé (120). Si le volume de l'aide au développement dédiée au personnel de santé a augmenté depuis 2016, et même doublé entre 2019 et 2020, du fait de la crise Covid, il reste globalement faible (121) et essentiellement dédié à la formation à court terme, loin d'un renforcement structurel et durable des systèmes de santé. De 2016 à 2019, la plus grande part de l'aide au développement pour le Health and care workforce (HCWF) a été allouée à la formation (42,4 %), suivie par les activités qui soutiennent la création de politiques et de plans de gestion des RHS (27,6 %), 17,5 % alloués à d'autres activités non classées, à l'éducation (5,3 %), aux frais de personnel (4,1 %), aux infrastructures (3,2 %) et un montant négligeable pour les systèmes d'information sur le personnel de santé (121).

Certaines banques de développement proposent des dispositifs de financements mixtes combinant des subventions, des prêts et des investissements du secteur privé. Le Bénin par exemple, dispose d'un financement accordé par le Fonds pour les vies et les moyens de subsistance de la Banque islamique de développement, sur ce modèle, depuis 2021. Ce financement, dont il est encore trop tôt pour tirer des conclusions, porte sur le recrutement, la formation et le déploiement de 400 médecins, 400 infirmiers et sages-femmes, 600 assistants de santé et plus de 4000 agents de santé communautaires dans les zones rurales.

Les États Unis sont le principal donateur pour les professionnels de santé, suivi du Royaume-Uni et du Canada. Les contributions de la Fondation Bill & Melinda Gates et d'autres gouvernements, notamment la Chine, le Japon et la Norvège, ont considérablement augmenté au fil du temps (121).

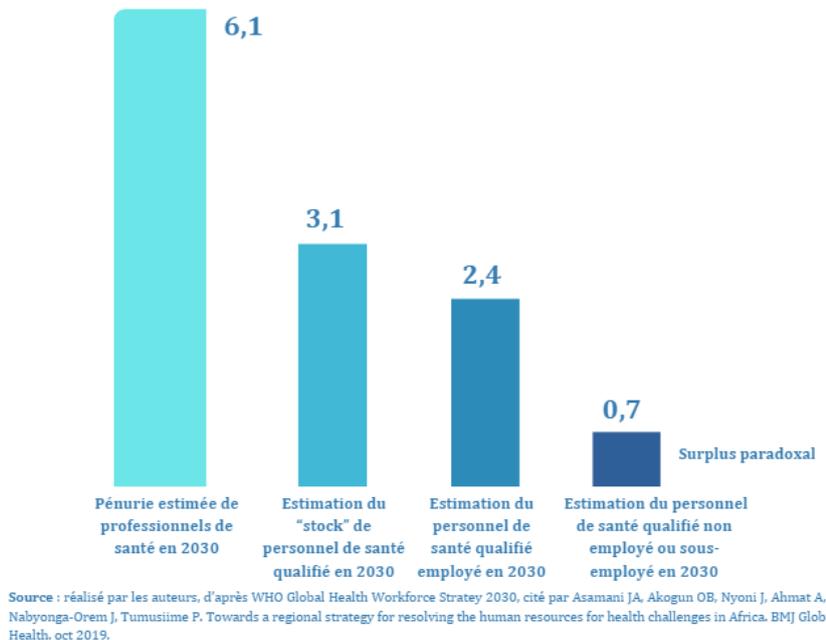
3.1 Dégager l'assiette fiscale nécessaire au recrutement des jeunes diplômés : une urgence

Si le nombre de professionnels de santé en poste en Afrique sub-saharienne est bien en deçà du seuil minimal nécessaire à une couverture santé universelle satisfaisante, ce n'est pas uniquement à cause du nombre limité de nouveaux professionnels de santé formés chaque année, mais aussi à cause du faible nombre d'emplois et des problèmes de déploiement des diplômés au sein de ces emplois. Cela soulève la question du « **surplus paradoxal** », qui se produit lorsque les professionnels de santé sont formés et nécessaires, mais que les gouvernements n'ont pas la capacité financière de les « absorber » au sein du système de santé (122).

Ce paradoxe du surplus de professionnels de santé formés mais au chômage dans les pays où la pénurie est particulièrement grave a été plusieurs fois documentés (123). Il est fréquent que ces jeunes diplômés se voient forcés à exercer dans d'autres pays de la sous-région ou dans d'autres régions s'ils ne trouvent pas d'emploi dans leur pays. Ainsi, le pays d'origine aura investi dans la formation de professionnels de santé mais ne bénéficiera pas de cet investissement faute d'emplois disponibles. Dans un tel contexte, investir davantage afin de multiplier l'offre de formation ne pourra résoudre le problème.

D'après les estimations de l'OMS, et comme on le voit sur la figure ci-dessous, sur les 3,1 millions de professionnels de santé formés d'ici 2030 en Afrique sub-saharienne, 700 000 (22,6 %) risquent d'être sans emploi (124), et constituent, de façon paradoxale, un excédent au sein de la pénurie.

Figure 11 : le surplus paradoxal : estimations de la disponibilité du personnel de santé en Afrique d'ici 2030



Le maintien des compétences pratiques de ces personnes formées qui n'exercent pas est également une question importante (comme celle du risque d'émigration vers des pays capables de proposer des postes). Certains pays offrent des stages aux nouveaux diplômés le temps que des postes se libèrent, mais ce type de dispositif contribue à une précarisation des statuts et donne l'illusion que la pénurie est moindre.

Certains pays s'organisent à l'échelle sous-régionale afin de mutualiser les offres de postes et de multiplier les opportunités professionnelles pour les jeunes diplômés. Cela permet aux candidats de travailler plus près de leurs pays d'origine, de leur famille et de leurs proches et aux pays participant au dispositif de maintenir ou augmenter la densité de professionnels de santé dans la sous-région (102).

3.2 Augmenter les capacités de formation pour demain : un investissement rentable

En 2010, la Commission Lancet sur la formation des professionnels de santé a estimé que les dépenses mondiales consacrées à l'éducation et à la formation des professionnels de santé s'élevaient à environ 100 milliards de dollars (125). Ce montant ne représentait que 2 % des dépenses totales de santé et était jugé insuffisant pour répondre aux besoins des systèmes de santé. Un investissement plus important dans le développement des capacités d'éducation et de formation et dans l'amélioration de la qualité est nécessaire pour produire des professionnels de santé en nombre suffisant et possédant les compétences requises. Le sous-investissement dans l'éducation et la formation dans certains pays, y compris les pays à revenu élevé, a entraîné un nombre insuffisant de diplômés pour répondre aux besoins de santé de la population dans le monde, et plus particulièrement en Afrique (101).

Selon cette même commission, sur près de 4000 institutions d'éducation et formation aux métiers de la santé, 55, % des institutions de formation aux métiers de la santé étaient publiques, 35 % privées à but lucratif et 10 % privées à but non lucratif (125).

et le Sénégal, pourraient aider à développer des programmes et des capacités dans d'autres pays de la région.

3.3 Garantir la qualité des formations afin d'améliorer la qualité des soins

Augmenter l'offre de formation ne suffit pas afin d'améliorer la prise en charge des patients et la qualité des systèmes de santé. Il faut également s'assurer de la qualité des formations, des compétences et des connaissances des jeunes diplômés afin d'améliorer la qualité des soins.

S'il est difficile d'établir des liens directs entre la pénurie de professionnels de santé, les conditions de travail difficiles dans beaucoup de pays d'Afrique sub-saharienne en particulier en zones rurales, les défis du contrôle de la qualité de l'enseignement et la qualité des systèmes de santé en Afrique sub-saharienne, cette question des systèmes de santé de qualité (*high-quality health systems*) est une question dont on ne peut faire l'économie lorsqu'on réfléchit à la thématique des métiers de la santé de demain (126). En effet, les innovations en termes d'organisation des métiers de la santé, d'introduction de nouvelles professions ou d'accélération des processus de formation ne seront acceptables que dans la mesure où elles ne seront pas mises en place au détriment de la santé des patients¹¹². La question de la qualité des soins dispensés dans les structures de santé et des connaissances et compétences des professionnels de santé en exercice se pose au niveau mondial.

C'est non seulement l'accès aux services de santé mais aussi la qualité des soins et des services qu'il s'agit d'améliorer. En effet, d'après les travaux de la commission du *Lancet Global Health* sur les systèmes de santé de qualité à l'ère des ODD publiés en 2018, la mauvaise qualité de la prise en charge est un plus grand obstacle à la réduction de la mortalité que le manque d'accès aux soins (126). Si l'absence de professionnels de santé semble en premier lieu être un problème plus important que la mauvaise qualité de la prise en charge, on ne peut faire l'économie d'une réflexion sur la deuxième dimension.

On peut distinguer ici la « qualité technique des soins » liée aux aspects scientifiques et médicaux (connaissance des pathologies, diagnostics corrects, choix du traitement adapté au diagnostic, taux de guérison, etc.) et « la qualité non-technique des soins », liée aux aspects administratifs et humains de la prise en charge (délais d'attente, frais additionnels, vécu des patients, éthique professionnelle dont la non discrimination, etc.).

Les mécanismes permettant de garantir la qualité des formations¹¹³ sont des aspects déterminants afin de garantir la qualité des soins. En Europe, on assiste à une forme d'« universitarisation » des études de santé, avec les Accords de Bologne dont l'objectif est non seulement d'harmoniser les formations en Europe, pour qu'elles gagnent en lisibilité mais aussi pour faciliter la mobilité des étudiants et des soignants au sein des pays européens, sur la base du système LMD (licence- master-doctorat). Depuis 2009, les infirmiers sont formés selon ce système en France.

Au niveau mondial, le principal organisme pour l'accréditation des formations médicales est la *World Federation for Medical Education* (WFME). Cet organisme a établi un programme de validation (*Recognition Programme*) ainsi qu'une liste de critères que doivent respecter les agences d'accréditation afin d'être reconnues¹¹⁴. Les standards adoptés par la WFME ont également été validés par l'OMS et la World Medical Association.

¹¹² De nombreuses réformes, visant par exemple à former certains professionnels de santé à exercer des tâches qui étaient auparavant effectuées par des médecins (afin de libérer du temps aux médecins et d'avoir davantage de professionnels capables d'effectuer ces tâches nécessaires dans les populations ciblées par les réformes), ont été empêchées par cet argument de la sécurité sanitaire. Ces réformes étaient dénoncées comme mettant en danger la vie des patients inutilement avec pour seul objectif d'économiser de l'argent pour ne pas former et embaucher davantage de médecins au prix de la santé des patients. En réalité, de nombreuses tentatives de cet ordre ont montré des résultats très encourageants. On peut se reporter sur ces questions à la partie sur la délégation des tâches.

¹¹³ « Il existe principalement deux mécanismes de régulation de la qualité des formations en santé : soit on évalue la qualité du programme de formation par une accréditation préalable à l'ouverture du programme (et régulièrement renouvelée), soit on évalue les connaissances et compétences des individus à la sortie des formations par des examens permettant d'obtenir des licences professionnelles permettant d'exercer » i26.

¹¹⁴ Pour plus d'informations sur les agences d'accréditations reconnues par la WFME, voir par exemple l'article : « Public availability of information from WFME-recognized accreditation agencies » de Baniadam et al. (*Hum Resour Health*. 2021 Dec;19(1):78).

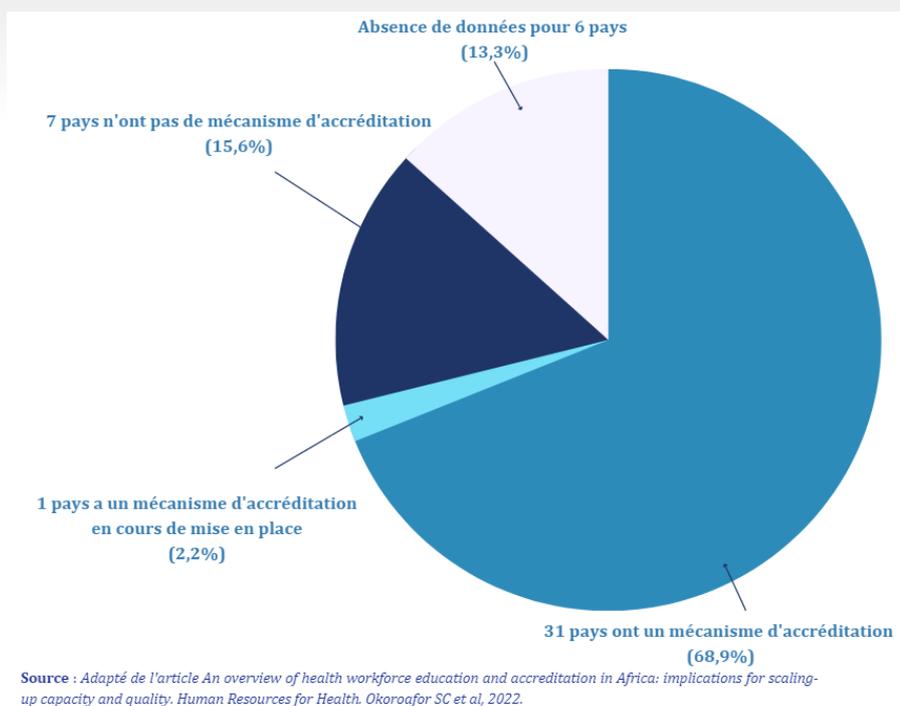
Il existe un mécanisme de reconnaissance des diplômes délivrés par les pays d'Afrique francophone (19 pays au total) : le Conseil africain et malgache pour l'enseignement supérieur (CAMES). Si la grande majorité de ces pays ont intégré les écoles de formation des infirmiers, sage-femmes et autres professions paramédicales au système « Licence Master Doctorat » (LMD¹¹⁵), très peu d'entre eux ont un système de reconnaissance officielle des diplômes de licence délivrés par leurs écoles nationales de sages-femmes. On peut citer cependant le cas du Togo et de sa Licence en sciences de la santé, mention : sciences infirmières et obstétricales. Un Conseil régional pour la formation des professionnels de santé (CRFPS) a été mis en place pour les pays de la CEDEAO dans le but d'appuyer la mise en place des dispositifs nationaux d'accréditation et il est prévu la mise en place de centres régionaux pouvant proposer des formations de niveau Master et Doctorat en sciences des soins infirmiers et en maïeutique, avec le soutien du Projet *Sahel Women Empowerment and Demographic Dividend* (SWEDD) de la Banque mondiale, mis en œuvre par le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) (127).

La question de la reconnaissance des diplômes des soignants et des connaissances et compétences acquises « garanties » par ces diplômes pose notamment la question de l'articulation entre **systèmes de formation public et privé**¹¹⁶ à l'échelle infranationale. En effet, si certaines écoles privées sont de très bonne qualité, d'autres ne passent par aucun mécanisme officiel d'accréditation et délivrent des diplômes qui ne sont pas reconnus. Dans beaucoup de pays d'Afrique francophone par exemple, les « infirmiers diplômés d'État » (IDE) sont considérés comme plus compétents que les autres infirmiers. L'essor d'un système de formation privé aux métiers de la santé doit être soumis aux mêmes nécessités de contrôle, d'accréditation et de reconnaissance de la qualité des formations que les formations publiques. Les ministères de l'enseignement et de la santé sont théoriquement redevables de la qualité des agents de santé qui sortent de ces institutions avec un diplôme et peuvent donc être embauchés par la fonction publique ou par le secteur privé. Certains pays, dont le Tchad, ont mis en place un examen national à l'issue duquel les lauréats reçoivent leur diplôme professionnel, ce qui leur permet d'être recrutés par la Fonction Publique, qu'ils soient issus de l'enseignement professionnel public ou privé (127).

FIGURE 13 : PRESENCE D'UN MECANISME D'ACCREDITATION DES INSTITUTIONS DE FORMATION EN SANTE DANS LA REGION AFRIQUE DE L'OMS EN 2018.

¹¹⁵ Le passage au système Licence Master Doctorat (LMD) peut induire pour les écoles un passage de la tutelle du Ministère de la Santé (MS) à celle du Ministère de l'Enseignement Supérieur (MES).

¹¹⁶ « En général, le niveau du secteur public est moyen. Pas exceptionnel mais pas une catastrophe non plus. Il y a beaucoup plus de disparités dans le secteur privé entre le privé confessionnel, le privé associatif ou le privé purement marchand. L'amélioration de la qualité des formations du secteur public est une priorité mais la qualité de la formation dans le secteur privé est un énorme problème car la majorité des professionnels de santé formés dans le secteur privé bénéficient de peu d'encadrement, peu de surveillance et pas beaucoup d'exigences » i12.



Une enquête (128) montre qu'en 2018, 31 pays africains (79%) avaient un organisme d'accréditation pour les institutions de formation en santé, tandis que sept pays (18%) n'en avaient pas (23%) et qu'un pays (le Tchad), était en train d'en créer un. Six pays (Afrique du Sud, Comores, Gambie, Guinée équatoriale, Kenya et Soudan du Sud) n'ont pas fourni de données et sept pays ne disposaient pas de mécanismes d'accréditation : Algérie, Bénin, Burkina Faso, Congo, Mali, Mauritanie et Togo. Ces résultats sont globalement positifs, au regard des objectifs de cadre régional de mise en œuvre de la stratégie mondiale (129), qui vise que, d'ici 2030, tous les États Membres aient mis en place des dispositifs pour l'agrément des établissements de formation en santé. La présence d'un dispositif d'accréditation ne suffit pas à certifier pas son opérationnalité, ni l'exhaustivité de son périmètre (quel type de site accrédite-t-il ? public ou privé ? pour quelles catégories de personnel ?) mais il s'agit d'un indicateur encourageant.

Précisons enfin que l'une des étapes de la stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé est que "toutes les agences bilatérales et multilatérales aient participé aux efforts visant à renforcer l'évaluation des personnels de santé et l'échange d'informations dans les pays" (130). Certaines d'entre elles ont en effet développé des politiques spécifiques en lien avec les professionnels de santé (131), mais la question de l'évaluation et de l'accréditation reste très minoritaire dans les objectifs d'appui des organisations internationales.

Encadré 6. Etude de cas – Tanzanie (126)

La mise en place d'un partenariat public-privé dans l'éducation à la santé

Dans les années 1990, de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire, dont la Tanzanie, ont lancé des réformes massives afin d'améliorer leurs systèmes de santé. Toutefois, ces réformes exigeaient une approche sectorielle qui nécessitait des ressources supérieures aux capacités des gouvernements. L'OMS a donc commencé à encourager la mise en place de partenariats entre les acteurs étatiques et non-étatiques dans les systèmes de santé sous la forme de partenariats public-privé (PPP).

En Tanzanie, la formation des médecins, qui relevait jusqu'alors de la seule responsabilité du gouvernement, est devenue la responsabilité à la fois du gouvernement et du secteur privé. Par le biais du PPP, le gouvernement était censé réglementer et contrôler la qualité, la quantité et le coût des formations.

Des études ultérieures ont montré que le PPP avait atteint ses objectifs en termes d'augmentation du nombre d'établissements de formation et de médecins diplômés, tout en maintenant des coûts de formation abordables, même dans les universités privées. Cependant, en l'absence de programmes de formation harmonisés et avec une grave pénurie de professeurs et d'espaces de formation, cette augmentation du nombre d'établissements et d'étudiants s'est traduite par une baisse perçue de la qualité de la formation médicale, et de nombreux diplômés de ces établissements se sont retrouvés au chômage ; ce qui n'a pas permis de réduire la pénurie de professionnels de santé.

4. Le défi de la fidélisation des professionnels de santé en zones rurales et reculées.

Les pénuries de RHS et l'inadéquation entre les ressources humaines disponibles et les besoins en santé sont considérables dans de nombreux pays, en particulier dans les zones rurales. En 2015, l'Organisation internationale du travail a estimé qu'environ 56 % des personnes vivant dans des zones rurales dans le monde n'avaient pas accès aux services de santé essentiels, soit plus du double du chiffre enregistré dans les zones urbaines (22 %). C'est en Afrique que l'on trouve le plus grand nombre de personnes dans les zones rurales qui ne sont pas couvertes par les services de soins de santé essentiels, soit 83 % (132).

4.1 Mécanismes incitatifs financiers : le salaire comme condition préalable

L'octroi d'incitations financières est le moyen le plus évident d'inciter les gens à s'installer dans une zone spécifique, d'autant que les postes ruraux et éloignés sont associés à un manque de possibilités de développement professionnel ainsi qu'à une faible rémunération (133). Il peut s'agir de paiements directs ou indirects tels que de meilleurs salaires, des primes, des pensions, des couvertures d'assurance, des exonérations d'impôts, des prêts et des remboursements de frais de scolarité. De telles mesures ont été largement adoptées en Afrique. Au Niger, entre 2005 et 2010, les salaires des professionnels de santé ont presque doublé ; au Tchad et en Côte d'Ivoire, des augmentations salariales ont également été accordées suite à des grèves fréquentes. Ces mêmes pays ont parfois préféré introduire des allocations ciblant les professionnels de santé - plutôt que de simplement augmenter les salaires – afin d'éviter des pressions similaires de la part d'autres fonctionnaires ; par exemple, des primes de logement ou de téléphone, des indemnités de risque, ou des paiements supplémentaires pour des gardes ou des astreintes (134).

Dans les pays à revenu faible et moyen, les conclusions d'études d'impact sur ces incitations financières diffèrent quant à l'importance de la rémunération dans la décision d'une personne de choisir un lieu de travail ; tandis que dans une étude sur les infirmiers en Thaïlande, le salaire était positivement associé à la diminution de leur intention de quitter leur travail, une étude sur les raisons de la mobilité du personnel dans six pays africains a révélé que seulement 24 % des personnes interrogées avaient cité la rémunération comme raison de quitter leur emploi (135).

Ainsi, bien que la mise en place d'incitations financières répondant à des exigences de régularité soit une condition nécessaire pour retenir les professionnels de la santé dans les zones mal desservies, d'autres solutions ont été proposées et évaluées.

4.2 Mécanismes incitatifs non-financiers : l'importance croissante des conditions de travail des professionnels de santé

Afin de rendre ces postes plus attrayants et favoriser la rétention du personnel à long terme, il est donc intéressant de se pencher sur le succès de mécanismes incitatifs non-financiers. D'autant qu'il a été prouvé que les mesures d'affection obligatoire ou aléatoire, en l'absence de ces mécanismes, ne fonctionnent pas sur le long terme (136).

Le problème actuel des stratégies visant à retenir les travailleurs serait qu'elles se limitent souvent à un seul facteur ou à un nombre limité de facteurs – alors que les faits suggèrent qu'un ensemble d'interventions conjointes aurait plus d'impact (126). La combinaison de mesures telles que la mise en place de réseaux professionnels et de soutien de proximité, la création de logements, l'amélioration de l'accès à l'électricité et à l'eau, la réhabilitation des infrastructures sanitaires et des équipements médicaux pour l'amélioration des conditions de vie et de travail des personnels en zone rurale, est à envisager. Cependant, la littérature ne fournit que peu d'éléments sur ce qui fonctionne réellement en Afrique – et montre que les mesures de réglementation (champs d'application élargis, nouveaux types d'agents de santé, accords de service obligatoire) ou de valorisation et de soutien professionnel ont été peu mises en place, malgré leur potentiel (134).

Le Mali, sur ce point, peut faire figure d'exemple. Un projet (soutenu par l'ONG Santé Sud) a été mis en place pour soutenir les médecins ruraux, avec plusieurs composantes ; l'élargissement des compétences des professionnels ruraux, la création de nouveaux types de personnel de santé, une formation spécifique en santé rurale, le développement professionnel continu, l'amélioration des conditions de vie (logement, infrastructure, équipement), l'introduction d'un engagement de cinq ans au service des zones rurales et la création d'un réseau professionnel pour les médecins ruraux. Dans le cadre de ce programme, 300 médecins ont été formés, couvrant 1/3 de la population éloignée. Cependant, l'évaluation du projet a montré que seuls 30% des médecins étaient toujours en poste après huit ans, et que leur rétention était entravée par l'absence d'un plan de développement de carrière, ainsi que par leur faible rémunération et le manque de contrats formels. Les résultats de ce projet soulignent la nécessité de mettre en place des incitations multidimensionnelles, financières et non-financières pour retenir les professionnels de santé dans les zones rurales et isolées (134).

4.3 Décentraliser la formation pour décentraliser les soins

L'implantation d'établissements et de programmes de formation des agents de santé directement dans les zones rurales, indépendamment du niveau de revenu du pays, permettrait d'accroître le recrutement et la fidélisation des diplômés dans ces zones (137). En Afrique francophone, cette recommandation a été mise en œuvre au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire, en Mauritanie, au Sénégal ou encore au Tchad. Cependant, les écoles en milieu rural souffrent d'un manque de financements, d'enseignants qualifiés et d'infrastructures pour la pratique clinique. L'augmentation de la part de formations en santé privées en Afrique représente également un frein à cette mesure, car les écoles privées s'ouvrent souvent sans suivre les réglementations existantes, et se situent en majorité dans les grandes villes (125).

Les enjeux principaux pour assurer le succès de cette mesure sont donc d'investir des moyens financiers, humains et structurels importants dans ces écoles publiques rurales, de réguler l'implantation des formations privées, et de l'accompagner d'autres interventions liées à la formation pouvant augmenter son impact ; comme la mise en place de stratégies de recrutement d'étudiants d'origine rurale et le développement de programmes d'études reflétant les problèmes de santé ruraux. Des exemples de telles mesures incluent l'octroi de bourses supplémentaires pour la formation d'étudiants d'origine rurale (comme au Niger, pour les étudiantes sages-femmes), l'intégration des problèmes de santé spécifiques aux zones rurales dans les curriculums standardisés, ou encore des stages obligatoires en zones rurales, comme en Côte d'Ivoire, au Sénégal, au Mali et en Mauritanie.

L'école de santé privée de Gao, au Mali, créée en 1998, est un exemple de création d'une école professionnelle de santé en milieu rural répondant aux enjeux susmentionnés. L'école propose ainsi des programmes d'études reflétant les problèmes de santé ruraux et des stages cliniques en zone rurale, ses bailleurs de fonds offrent des bourses associées à un service obligatoire de 5 ans dans les régions du Nord, et les agents formés par l'école se sont organisés en un collectif qui représente un réseau de soutien entre professionnels (128).

Il existe donc de nombreuses pistes d'intervention pour favoriser le recrutement et la rétention des professionnels de santé en zones rurales et reculées en Afrique. Mais au-delà d'augmenter les investissements pour permettre leur mise en place dans ces pays, il sera essentiel de récolter des données pour évaluer leur mise en œuvre et estimer leur impact, afin de savoir lesquelles seront à prioriser dans les années à venir

5. Le développement du secteur privé en santé : une tendance en expansion rapide en Afrique subsaharienne.

Cette section analyse le développement rapide du secteur privé dans le domaine de la santé en Afrique Sub-saharienne, notamment par rapport aux enjeux de pénurie de ressources humaines en santé. Le secteur privé a la capacité de fournir des services de santé à de vastes segments de la population (138), à condition d'être régulé efficacement.

Du fait du manque d'investissements publics et de la faible capacité d'absorption du secteur public dans certains pays africains, la place des acteurs privés s'est progressivement renforcée, pour répondre à la demande et saisir les opportunités liées à la croissance du marché. L'Afrique subsaharienne représente en effet un marché important : en 2015, elle concentrait en effet près de 15 % de la population mondiale et plus d'un quart de la charge mondiale de morbidité, mais cela ne représentait que 2% des dépenses mondiales de santé en 2015. Le secteur de la santé en Afrique présente donc un potentiel de croissance considérable. La Commission économique des Nations unies pour l'Afrique estime que d'ici 2030, 14 % des opportunités commerciales dans le domaine de la santé mondiale se situeront en Afrique (139) .

La partie formelle du secteur privé en Afrique Subsaharienne comprend les sociétés commerciales à but lucratif, les organisations à but non lucratif et les entreprises sociales, ainsi que les agents de santé du secteur public qui fournissent des services privés¹¹⁷. Bien que les rapports sur les comptes nationaux des personnels de santé (OMS, 2023) sur cette question soient incomplets pour la majorité des pays, les données disponibles des pays déclarants suggèrent que la part des médecins et des infirmiers travaillant dans des établissements privés est généralement faible en Afrique et en Europe, alors que plusieurs pays des Amériques, de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale

¹¹⁷Il existe également un secteur informel de guérisseurs, de professionnels de santé et de vendeurs de médicaments qui exercent sans contrôle en dehors du système de santé dont la part est difficile à évaluer.

ont des secteurs privés importants. L'implication de ce secteur formel privé en Afrique subsaharienne ne cesse de croître, et ce, dans tous les services de santé : la fourniture directe de services de santé, de formations pour le personnel de santé, de produits financiers, de médicaments et de produits médicaux, de technologies de l'information, d'infrastructures et de services d'appui. Actuellement, le secteur privé formel représente jusqu'à 50 % de l'offre de soins de santé, et capterait plus de 50 % des dépenses totales de santé (140). Le seul domaine dans lequel le secteur privé reste marginal à l'heure actuelle est celui des assurances maladies, en raison de l'absence d'incitations commerciales dans ce domaine et de la faiblesse des modèles de cohésion sociale au niveau national. Quelques pays, comme l'Afrique du Sud, le Kenya, le Nigeria, le Ghana, la Tanzanie et l'Ouganda, ont autorisé les régimes d'assurance privée - mais les services qu'ils fournissent sont généralement considérés comme étant de mauvaise qualité ou hors de portée financière pour la majorité de la population (141).

5.1 Le rôle du secteur privé dans la formation et l'emploi des ressources humaines de santé en Afrique Sub-saharienne

L'OMS prévoit que d'ici 2030, l'Afrique aura besoin de 6,1 millions de médecins, d'infirmiers et de sages-femmes supplémentaires. Cependant, sur la base de la trajectoire actuelle, seuls 3,1 millions seraient formés et prêts à fournir des services, ce qui représente un obstacle majeur à la réalisation de l'accès universel aux services de santé (128). Le secteur privé peut intervenir sur deux axes principaux : l'augmentation des capacités de formation du personnel de santé et l'emploi des professionnels diplômés.

En 2018, environ 45 % des établissements de formation sanitaire de la région appartenaient au secteur privé. Il est estimé que ces établissements ont formé jusqu'à 60 % du personnel de santé diplômé cette année-là (128). Ces données indiquent que le secteur privé investit activement dans la formation et contribue ainsi à augmenter la capacité de production de personnel diplômé dans la région. Toutefois, des études de cas par pays suggèrent que l'expansion rapide et incontrôlée de l'éducation des professionnels de santé par le secteur privé pourrait mener à une baisse perçue de la qualité de formation, sans combler les pénuries de main-d'œuvre (142).

Concernant l'emploi, la situation est très différente d'un pays à l'autre, mais on estime que 85 % des professionnels de la santé du continent travaillent actuellement dans le secteur public, 11 % dans le secteur privé à but non-lucratif et 4 % dans le secteur privé à but lucratif en 2019¹¹⁸. Seules les personnes exerçant dans les médecines traditionnelles et complémentaires sont majoritairement dans le secteur privé. On constate également qu'environ un quart des dentistes, pharmaciens et techniciens sur l'imagerie et les équipements médicaux -qui représentent des services de santé parmi les plus onéreux- exercent dans le privé à but non-lucratif (voir tableau ci-dessous) (98).

¹¹⁸ D'après les données communiquées par les Ministères de la santé des pays de la région à l'OMS en 2018 et 2019. Les Ministères de la santé ont beaucoup plus de visibilité sur le secteur public que sur le secteur privé. En l'absence d'organisation collective ou de représentants des professionnels de santé travaillant dans le secteur privé, il est difficile d'avoir des estimations correctes de leurs activités. De plus, beaucoup ont une « double pratique », partageant leur temps entre une activité dans une structure publique et dans une structure privée.

FIGURE 13 – DISTRIBUTION DES TRAVAILLEURS DE SANTE DANS LA REGION AFRIQUE DE L'OMS EN 2018

Categories	% public	% private for profit	% private for non-profit	% total	Total no
Physicians generalists	79.9	3.8	16.4	100.0	243 254
Physicians specialists	74.2	1.0	24.8	100.0	90 913
Nurses (professionals and associates)	78.2	2.9	18.9	100.0	1 093 957
Midwives (professionals and associates)	95.2	2.2	2.6	100.0	217 551
Dentists and technicians	77.7	0.7	21.6	100.0	58 028
Pharmacists and technicians	70.0	1.9	28.2	100.0	94 098
Laboratory workers	97.6	1.2	1.3	100.0	370 104
Technicians on medical imaging and equipment	71.4	2.8	25.8	100.0	25 804
Environment and public health workers	91.3	0.4	8.4	100.0	40 043
Health services managers	92.9	2.4	4.7	100.0	30 754
Administrative and support staff	91.1	2.2	6.8	100.0	428 235
Community health workers	95.3	4.7	0.0	100.0	486 186
Traditional and complementary medicine	10.8	79.3	9.9	100.0	49 742
Other health workers	84.6	6.0	9.4	100.0	345 028
Total	84.80	4.11	11.09	100	3 573 697

Cependant, cet écart public-privé tend à se réduire, et on manque encore de données permettant d'estimer le nombre réel de professionnels du secteur privé. Ainsi, il est intéressant de se pencher le phénomène de "double pratique", qui décrit des professionnels de santé basés dans le secteur public acceptant un travail supplémentaire dans le secteur privé. On craint généralement que la double pratique ne réduise l'accessibilité et la qualité des soins offerts aux usagers du système public, parce qu'elle pourrait encourager l'absentéisme du personnel, l'excès de services ou la création délibérée d'un écart de qualité entre le service public et le service privé. Néanmoins, dans un contexte où le secteur public africain connaît un exode massif de ses professionnels de la santé, tant à l'étranger que vers le secteur privé (associé à une meilleure qualité de vie, de meilleures infrastructures, une charge de travail moins importante), offrir la possibilité aux professionnels de la santé du secteur public d'exercer dans le privé pourrait au contraire les maintenir sur le marché du travail national et dans le secteur public ; sans conséquences défavorables, du moins dans les systèmes de santé qui ont la volonté d'appliquer des réglementations qui protègent les services publics (143).

5.2 Encadrer le développement du secteur privé en Afrique-Sub-saharienne : un enjeu pour atteindre la couverture de santé universelle

Le secteur privé est souvent considéré par les pays comme une solution pour atteindre la couverture santé universelle parce qu'il est perçu comme offrant un accès à une plus grande capacité de services, une plus grande réactivité, une plus grande liberté d'innovation, une expertise en matière de gestion, ainsi qu'une grande capacité d'investissement et de financement (144). Malgré ce potentiel, il reste jusqu'alors, fragmenté et de qualité très inégale en Afrique subsaharienne. Ce mouvement de privatisation du système de santé a bien évidemment un impact sur l'équité en santé et l'augmentation des inégalités dans l'accès aux soins, réduisant les possibilités de prise en charge réduite ou à faible coût. L'absence de cadres réglementaires et de systèmes d'accréditation solides peut par ailleurs permettre des pratiques peu éthiques, des comportements anticoncurrentiels, et des distorsions importantes dans le type, la quantité, la qualité, la distribution, et le prix des services de santé (140).

Encadré 8. Le Rapport d'Oxfam sur le financement des partenariats publics privés en santé

En Juin 2023, Oxfam a publié deux enquêtes sur le financement par des institutions de financement du développement de chaînes d'hôpitaux privés et d'autres sociétés de soins de santé à but lucratif opérant dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Ces enquêtes révèlent plusieurs cas d'abus au sein d'établissements privés financés par ces institutions :

- Extorsion de fonds et emprisonnement des patients (y compris des nouveau-nés), voire confiscation des corps de personnes décédées en cas de non-paiement des factures.
- Recherche à tout prix du profit, notamment durant la pandémie, surfacturation systématique des patients entraînant leur ruine ou leur basculement dans la pauvreté.
- Refus de soins aux personnes qui ne peuvent se les permettre, même en cas d'urgence, et tarification des services et des médicaments à des prix largement hors de portée de la plupart des membres des communautés locales.
- Implication dans des combines fiscales, des manipulations de prix et des négligences médicales entraînant des décès.
- Non-prévention des violations des droits humains, y compris le trafic d'organes par le personnel et pratiques relevant de l'exploitation, comme l'exercice de pression sur les patients pour les inciter à accepter des procédures médicales coûteuses et non nécessaires.

Ces enquêtes mettent l'accent sur la nécessité absolue de réguler et d'enquêter sur ce type d'investissements du secteur privé, et d'exiger la transparence et la redevabilité publique de ces investissements, ainsi que des preuves concrètes de leur impact sur l'accès aux soins de santé pour les personnes vivant dans la pauvreté.

Source : rapports d'Oxfam intitulés : « Tendances malsaines » et « First, Do No Harm » (en anglais), 2023.

Un certain nombre d'articles portent notamment sur les partenariats publics-privés dans le domaine de la santé. Une enquête d'Oxfam (145) remet notamment en cause le financement par les institutions de développement¹¹⁹ de certains partenariats public-privé en santé en Afrique (Encadré 8 ci-dessous). Pour éviter que les partenariats public-privé n'augmentent le coût global des projets pour le gouvernement, le Conseil de l'OMS sur l'économie de la santé pour tous (146) insiste sur la mise en place d'une meilleure réglementation, d'une transparence et d'une responsabilité accrues dans la prise de décision. Le but est de s'assurer que les objectifs s'alignent sur ceux du secteur public et qu'une "refonte des termes et des conditionnalités [...] structurent les contrats, les subventions, les transferts, les prêts et les partenariats". En outre, des incitations telles que des subventions explicites et implicites peuvent être proposées pour encourager les investissements privés à s'aligner sur les objectifs du secteur de la santé.

De manière générale, les pays doivent donc renforcer les cadres et les instruments réglementaires avant d'encourager la participation du secteur privé. Cela signifie que, outre le contrôle de l'entrée des professionnels et des organisations de santé sur le marché, ils devront notamment : adopter une politique globale sur le secteur privé et clarifier les rôles des différentes parties prenantes (financeurs, acheteurs et prestataires) ; développer une capacité d'évaluation et de mise en œuvre de la législation conformément à des objectifs de santé publique, renforcer leurs autorités réglementaires et fixer des sanctions appropriées en cas de faute lorsqu'elles résultent de pratiques commerciales déloyales (147).

¹¹⁹ Les institutions de financement du développement analysées dans les rapports sont le British International Investment (BII, anciennement CDC) du gouvernement britannique, la Deutsche Investitions und Entwicklungsgesellschaft (DEG) d'Allemagne, Proparco pour la France, la Banque européenne d'investissement (BEI) et la Société financière internationale (SFI), branche du secteur privé du Groupe de la Banque mondiale.

Dans le domaine des ressources humaines plus spécifiquement, ces réglementations doivent inclure : 1) L'uniformisation entre public et privé des normes et des garanties de qualité des formations ; 2) La mise en place de critères communs d'accréditation et de licence pour exercer ; 3) L'établissement de codes de conduite et de champs de compétences par profession ; 4) L'application de mesures disciplinaires en cas d'abus et de violations de ces régulations ;

Afin que les mesures liées à l'éducation puissent avoir un impact, les instances de décision publiques devront également veiller à ce que les infrastructures nécessaires soient en place, que les enseignants possèdent les qualifications nécessaires, que les processus de sélection soient fondés sur des considérations de genre et d'équité, et qu'ils tiennent compte des facteurs sociodémographiques afin de garantir la rétention après l'obtention du diplôme (141).

6. Les défis de la gouvernance et de la gestion

La gouvernance des ressources humaines en santé (RHS) est centrale pour l'élaboration et la mise en œuvre des politiques et autres décisions relatives au personnel de santé. Elle est notamment essentielle afin d'améliorer la disponibilité, l'accessibilité et la qualité de ce personnel (148). En 2017, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a publié un cadre pour le développement des systèmes de santé en vue d'une couverture sanitaire universelle, dans lequel il reconnaît que la région souffre d'une inadéquation en nombre, répartition et en qualité de RHS, qui est une conséquence directe de la faiblesse du leadership et de la gouvernance des RHS(149).

Développé par l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, **le cadre TAPIC** – (voir encadré ci-dessous) **qui décompose la gouvernance en 5 domaines clefs : transparence, responsabilité, participation, intégrité, et capacité politique** – est un outil permettant d'identifier si un problème dans le système de santé (l'inadéquation des ressources humaines pour la santé ici en l'occurrence) peut être lié à un problème de gouvernance. Dans ce cadre, le manque de ressources (et donc de ressources humaines) n'est pas considéré comme un problème de gouvernance en soi (150). Cependant, des enjeux tels que l'utilisation efficace des ressources disponibles, la refonte de l'offre insuffisante de professionnels de santé (en agissant sur leur déploiement inéquitable et/ou leur faible motivation et performance), le développement d'une expertise en matière de planification, d'éducation et de gestion des RHS avec une vision à long terme, l'utilisation de subventions pour évaluer les efforts de renforcement des capacités du personnel de santé – ont tous des implications en matière de gouvernance (6).

Encadré 9. TAPIC :**un cadre de gouvernance pour renforcer la prise de décision et la mise en œuvre (145)**

Développé en 2017 par l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, le cadre **TAPIC** (*Transparency, Accountability, Participation, Integrity and Capacity*) décompose la gouvernance en cinq domaines clés :

- 1) **Transparence** – Les institutions doivent informer le public et les autres acteurs des décisions à venir et de celles qui ont été prises, ainsi que du processus et des fondements de ces décisions ;
- 2) **Responsabilité** – un acteur doit rendre compte de ses actions, avec des conséquences si l'action et l'explication sont inadéquates ;
- 3) **Participation** – les parties concernées doivent avoir la possibilité de contribuer aux délibérations pertinentes sans crainte de représailles ;
- 4) **Intégrité** – les processus de représentation, de prise de décision, d'emploi et d'application doivent être clairement spécifiés, et les individus et les organisations doivent avoir une répartition claire des rôles et des responsabilités ;
- 5) **Capacité politique** – la capacité à élaborer des politiques en adéquation avec les besoins et les ressources disponibles pour atteindre les objectifs.

De telles approches de collaboration, d'action intersectorielle, de dialogue permanent sont coûteuses, chronophages et nécessitent davantage de ressources (humaines, financières et d'information), mais elles permettent d'obtenir des résultats plus pérennes. Elles peuvent se décliner au niveau local. Le *turn over* des professionnels de santé, en particulier en zones rurales, est souvent lié à un sentiment d'isolement. La délégation de certaines tâches de prévention, de dépistage ou de traitement doit se faire au sein d'équipes pluri-disciplinaires et l'absence de cadres de santé peut être un frein important au bon fonctionnement des systèmes de santé¹²⁰. La (forcément lente) construction d'une gouvernance nationale doit se décliner aux niveaux inférieurs pour que les soignants soient moins isolés (151).

6.1 Comprendre les conséquences d'un manque de gouvernance afin d'identifier les interventions prioritaires

La Feuille de route de l'OMS pour le renforcement des ressources humaines en santé (2012-2025) détaille les conséquences de la faible gouvernance des ressources humaines en santé (RHS) : déséquilibres entre l'offre et la demande de professionnels de la santé, efforts non coordonnés et concurrence au sein et entre les secteurs, manque d'approche holistique et globale pour différents aspects des RHS, tels que la politique, la planification, le financement, l'éducation, le recrutement, les systèmes de gestion des RHS et les partenariats entre les entités privées et publiques. A cela s'ajoute un fort *turnover* des décideurs politiques et des professionnels de haut niveau dans les pays, qui nuit à la continuité des décisions politique et au contrôle de leur mise en œuvre (152).

Sur la base de ces observations, cette feuille de route identifie 5 interventions nationales prioritaires pour renforcer la gouvernance des ressources humaines en santé :

¹²⁰ « Pour que les champs de pratiques des différents professionnels de santé soient optimisés, pour avoir un skill mix satisfaisant, pour que chacun puisse utiliser au mieux ses compétences et connaissances, il faut faire partie d'une équipe. Un seul professionnel de santé isolé ne peut pas référer un cas qui ne rentre pas dans son champ de pratique, ne peut pas apprendre de ses supérieurs ou de ses collègues, ne peut pas recevoir de critiques constructives sur sa pratique, ne peut pas évoluer professionnellement et risque de se décourager et de quitter son poste». (entretien numéro 26).

- Élaborer/mettre à jour et mettre en œuvre des plans stratégiques nationaux complets et budgétisés en matière de RHS, comprenant notamment des stratégies de planification, d'éducation, de recrutement et de rétention ;
- Établir une stratégie de financement des RHS pluriannuelle fondée sur des données probantes, déterminée par les ministères de la santé en collaboration avec d'autres ministères sectoriels, partenaires et parties prenantes, y compris la société civile ;
- Accroître les investissements nationaux (publics et privés) et améliorer l'efficacité et l'utilisation efficiente des ressources liées à la santé pour progresser vers un financement suffisant et durable des plans nationaux de RHS ;
- Renforcer les capacités de leadership institutionnel et de gouvernance à tous les niveaux, y compris au sein des unités dédiées « ressources humaines pour la santé » des ministères de la santé, des équipes de gestion de la santé des districts, des équipes de gestion des établissements de santé, ainsi que des autres organismes ou secteurs responsables de l'emploi, de la réglementation et du transfert des professionnels de santé ;
- Plaider en faveur de l'engagement des leaders politiques de haut niveau et des parties prenantes pertinentes dans les processus politiques en matière de RHS aux niveaux national, sous régional et régional.

47 pays africains ont été étudiés dans le cadre d'une étude en 2022 évaluant la mise en œuvre de ces mesures, notamment la création de plans stratégiques nationaux pour les RHS : 32 pays disposaient de plans stratégiques nationaux pour les RHS, 12 étaient en train d'en élaborer, et les gouvernements de 19 pays s'étaient engagés à augmenter l'allocation nationale pour la création et la mise en œuvre d'un tel plan. Parmi les pays où le plan est mis en œuvre, les répondants ont fait état des activités suivantes : mise en place de systèmes d'information et de registres des RHS, élaboration de politiques et de plans pour les niveaux infranationaux, amélioration des capacités de formation et de l'accès à la formation initiale et continue, programmes de renforcement des capacités de gestion des acteurs, programmes d'agents de santé communautaires, création d'observatoires national du personnel de santé et élaboration de normes en matière de dotation en personnel (153).

Toutefois, les résultats de ces études suggèrent qu'en dépit de ces avancées positives, des efforts et des investissements supplémentaires seraient nécessaires pour mettre en œuvre ces plans de manière globale et uniforme afin d'obtenir le personnel de santé nécessaire à la couverture sanitaire universelle.

Plusieurs enjeux peuvent être cités ici

- La question de la documentation régulière des effectifs, y compris pour le secteur privé est une question centrale, nécessaire au bon pilotage des politiques et aux approches comparatives. La nécessité de documenter de la manière la plus fiable possible la situation des métiers de la santé à l'échelle nationale ou régionale (combien de professionnels en poste et/ou en formation pour quels types de métiers) a été fortement mise en avant comme une priorité par l'OMS et d'autres acteurs de santé mondiale, un prérequis dans la perspective de planifier pour demain et d'améliorer la gouvernance des RHS. Les efforts qui ont été faits en ce sens témoignent systématiquement de la difficulté à prendre en compte les activités du secteur privé en santé. Les données disponibles pour le secteur public, fournies en général par les Ministères de la santé, sont considérées comme beaucoup plus fiables et complètes. L'absence d'organisme de gouvernance du secteur privé en santé et de visibilité sur les activités des professionnels de santé travaillant uniquement pour le secteur privé, ou à la fois pour les secteurs publics et privés, est un véritable défi pour les projections nationales ou internationales.

Les principales bases de données internationales de la Banque mondiale, de l'OMS et de l'OCDE utilisent les données fournies par leurs États membres, via les « comptes nationaux des personnels

de santé » (NHWA, *National Health Workforce Accounts*), qui se déclinent en 78 indicateurs standardisés sur les professionnels de santé. Au cours des cinq dernières années de mise en œuvre progressive de ces comptes nationaux, on a constaté une amélioration de la disponibilité et de la qualité des données sur les personnels de santé au niveau mondial, mais les objectifs sont loin d'être atteints. Certains pays ne disposent pas encore de systèmes d'information numérique sur ces questions, une grande partie des informations étant encore documentées sur papier. L'initiative OIT-OCDE-OMS « Working for Health » (W4H) (9) vise justement à appuyer la production de données plus fiables, l'élaboration de plans stratégiques plus adaptés, l'engagement dans un dialogue politique plus ouvert (on peut citer le plan d'action du Niger pour la période 2018-2021, appuyé par ce processus qui a permis de créer 2 500 emplois d'agents de santé communautaires et 5 000 emplois indirects dans trois régions)¹²¹ (154).

- La question des compétences et des capacités techniques des personnes chargées d'interpréter et d'utiliser ces données se posent ensuite, de telles analyses requérant à la fois des analystes politiques, des démographes, des statisticiens, des informaticiens, etc. Les moyens alloués à ces questions dans la majorité des ministères des pays africains restent faibles. Les décisions doivent également être fondées sur l'analyse de facteurs socio-économiques, politiques et culturels qui affectent à la fois l'offre, la demande et les besoins en matière de santé. La compréhension fine des dynamiques locales est essentielle pour définir des stratégies adaptées au contexte national. La collaboration avec des chercheurs en sciences sociales pourrait largement améliorer la qualité des diagnostics posés.
- La question du pilotage et de la coordination de l'ensemble des acteurs de santé pose la question des liens avec les tradithérapeutes. Si l'on peut constater une reconnaissance institutionnelle dans l'ensemble des pays (qui s'illustre en général par la création d'une direction dédiée à la médecine traditionnelle au sein des ministères), il existe dans les faits, et de manière générale, peu de coopération réelle sur le terrain en Afrique sub-saharienne : leur inclusion dans les protocoles de soin reste théorique et on observe de nombreuses divisions sur le terrain.
- La question du leadership se pose enfin, avec la nécessité de rassembler l'ensemble des acteurs, qui ont généralement des intérêts et des mandats différents et parfois contradictoires, autour d'un programme commun.

6.2 Améliorer le leadership technique et professionnel aux niveaux les plus élevés du gouvernement

Ce renforcement de la gouvernances des RHS à l'échelle nationale, pour lequel l'OMS propose aux pays un ensemble d'outils et un soutien technique si nécessaire, n'est pas qu'une question de leadership politique. Il s'agit, pour les pays, de créer des postes de gestionnaires, d'administrateurs, d'universitaires, de représentants de la société civile et de professionnels de la santé qualifiés et formés au leadership institutionnel ainsi que des instances consultatives et décisionnelles pour informer les dirigeants politiques et superviser la planification et la mise en œuvre des plans stratégiques. De nombreux acteurs institutionnels proposent par exemple de favoriser la présence d'unités de ressources humaines en santé multidisciplinaires fonctionnelles au sein des gouvernements, notamment au sein des ministères de la santé.

D'après l'Observatoire européen des systèmes et politiques de santé (European Observatory on Health Systems and Policies), ces unités doivent être dotées des prérogatives suivantes afin d'avoir un réel impact (155) :

¹²¹ La grande force de ce programme est d'arriver à mettre autour de la table des négociations au niveau national dans un même temps les représentants des Ministères de la santé (qui ont l'habitude d'interagir avec l'OMS) et les représentants des Ministères du travail et de l'emploi (qui sont les interlocuteurs privilégiés de l'OIT). Pour arriver à des accords nationaux de création d'emplois dans le domaine de la santé, il faut également échanger avec les représentants des Ministères de l'économie et des finances, ce qui est souvent le cas dans les négociations soutenues par le programme W4H.

- Définir la politique stratégique, la planification et la mise en œuvre de mesures pour une main-d'œuvre améliorée et des services de santé de qualité ;
- Coordonner, gérer et superviser la mise en place de l'agenda ou du plan stratégique national en matière de RHS ;
- Améliorer la motivation et l'efficacité des professionnels de santé à tous les niveaux opérationnels grâce à une meilleure capacité de gestion des RHS ;
- Coordonner et faciliter les partenariats locaux avec d'autres secteurs tels que les administrations locales, les finances, la fonction publique, l'éducation, la société civile, le secteur privé et divers organismes professionnels ;
- Coordonner les travaux collaboratifs sur les exigences en matière de RHS avec d'autres sections du ministère, y compris les programmes de santé prioritaires, afin d'assurer une approche plus intégrée de la planification et de la mise en œuvre des interventions en matière de RHS ;
- Coordonner et faciliter la production, l'analyse et la diffusion de renseignements et de données sur les RHS pour une prise de décision efficace aux niveaux de la politique, de la planification et de la mise en œuvre.

Dans de nombreux pays d'Afrique sub-saharienne, les Ministères de la santé ont du mal à obtenir des données fiables concernant les métiers de la santé et ceux qui les pratiquent. La qualité des données disponibles concernant le secteur public est supérieure à celles du secteur privé (que ce soit privé confessionnel, associatif ou à but lucratif), mais les données nécessaires ne relèvent pas uniquement du Ministère de la santé. Que ce soit en termes de formation ou d'emploi, une approche multisectorielle est nécessaire pour améliorer la gouvernance des métiers et des professionnels de santé. Dans une perspective de mieux planifier les besoins à venir et de s'organiser pour y répondre, le renforcement des capacités d'administration et de gestion des données de santé semble nécessaire afin d'améliorer la disponibilité du personnel de santé et la qualité des services de santé en Afrique Sub-saharienne.

Encadré 10. Un exemple de gouvernance intersectorielle fondée sur des données probantes : L'évaluation des besoins en formation au Ghana pour améliorer la formation continue (150)

En 2022, le *Ghana Health Service* (GHS), un organisme gouvernemental ghanéen, a entrepris une évaluation des besoins en formation continue et en compétences de son personnel de santé en service, afin d'élaborer un plan de formation plus adapté aux besoins de la population. Cette évaluation a permis de réunir des parties prenantes, tous secteurs confondus, notamment le ministère de la santé du Ghana et certaines agences du ministère, les 11 directions du GHS, de nombreuses instances de réglementation professionnelle de la santé, des associations, ainsi que l'OMS.

À l'aide de données provenant des 16 régions, cette analyse a permis de suivre les compétences et la répartition des ressources humaines au sein du GHS afin d'explorer les besoins de formation du personnel dans 44 catégories professionnelles et d'éclairer la conception de programmes d'études mieux adaptés aux besoins.

Au cours de ce processus, le GHS a identifié plusieurs facteurs expliquant le manque de compétence des agents de santé pays, notamment l'absence d'un plan de formation basé sur des compétences systématiques et une évaluation régulière des besoins en formation. Dans ce contexte, le GHS tente d'opérer un changement de paradigme pour que les décisions relatives à la formation en cours d'emploi soient fondées sur les lacunes identifiées ou réelles en matière de compétences requises pour fournir des services de santé à tous les niveaux de la prestation de services.

En se basant sur les lacunes de compétences identifiées (et nécessaires pour fournir des services de

Conclusion

La plupart des dynamiques analysées dans cette partie ne sont pas spécifiques aux pays de l'Afrique sub-saharienne, elles pourraient être appliquées dans bien d'autres pays. Nous avons choisi de faire un focus sur cette région car les défis en termes de professionnels de santé pour demain y sont particulièrement exacerbés. Plusieurs pays africains ont réalisé des progrès pour combler le déficit mais la résolution de la pénurie de personnel de santé reste difficile à cause de la complexité et de l'ampleur du problème.

Les travaux récents publiés sur la région Afrique (et la fidélisation des agents de santé en zones rurales et reculées) ont permis d'avoir des données sur 13 catégories de métiers de la santé (nombres de professionnels en poste en Afrique sub-saharienne mais aussi seuils minimaux nécessaires pour une CSU à 70 %), confirmant ainsi la tendance observée dans la partie 1 de mettre en lumière d'autres métiers de la santé que les seuls médecins, infirmiers et sage-femmes comme c'était le cas pour les principaux chiffres de densité minimale de professionnels de santé en 2006 et 2016. L'importance d'autres métiers du soin a été mise en avant (comme en dentisterie ou pharmacie par exemple) mais aussi de fonctions support essentielles (comme les techniciens de laboratoire ou le personnel administratif). L'exemple des logisticiens de la santé au Burkina Faso a bien illustré qu'il existe une demande réelle pour ce type de métiers.

Des métiers essentiels à la santé publique, à la promotion de la santé, à l'organisation des systèmes de santé et à la santé au travail des professionnels de santé (professionnels de santé publique et environnementale, cadres et managers par exemple) ont également été mentionnés comme une partie essentielle de l'équilibre à trouver entre les différents métiers de la santé (*skill-mix*) pour le bon fonctionnement des systèmes de santé en Afrique sub-saharienne.

On a pu noter deux éléments essentiels en termes de nombre de professionnels de santé nécessaires au sein de chaque métier de la santé pour aujourd'hui et pour demain dans la région Afrique de l'OMS : d'une part, le nombre de professionnels de santé actuellement en poste est très inférieur à tous les seuils minimaux calculés pour une couverture santé des populations et un accès aux soins satisfaisants, et ce par manque de formation mais surtout par manque de ressources financières (*fiscal space*) pour créer des emplois ; d'autre part, les estimations de *skill-mix* efficaces mettent en avant l'importance de certains métiers en termes de nombres, en particulier les métiers infirmiers et sages-femmes, mais aussi les agents de santé communautaire.

S'il arrive encore de trouver des chiffres sur les professionnels de santé qui excluent les ASC, presque toutes les données collectées dans cette étude vont dans le sens d'une reconnaissance du rôle clé des ASC dans les systèmes de santé en Afrique sub-saharienne et de l'importance d'une professionnalisation de leur statut, tout en soulignant l'importance du mode de sélection et de la nécessité de formation des ASC.

Enfin, pour faire face à la pénurie aigüe de professionnels de santé en Afrique sub-saharienne, quels que soient les métiers concernés, plusieurs innovations ont été identifiées comme l'implication grandissante du secteur privé dans la formation et l'emploi des professionnels de santé qui doit s'accompagner de mécanismes d'accréditation, de régulation et de contrôle ou encore des ensembles d'interventions mises en place par les États de la région afin de former plus rapidement des professionnels de santé pour travailler spécifiquement dans des zones rurales et reculées et favoriser l'attractivité et la fidélisation des professionnels en zone rurale.

Partie 3. Tendances et défis futurs

Après une première partie dédiée aux dynamiques et évolutions récentes des métiers de la santé au niveau mondial et une deuxième partie consacrée aux défis spécifiques des pays d'Afrique, cette partie se veut davantage prospective. Il s'agira ici d'aborder les principales tendances et défis pour demain.

La première section porte sur les dynamiques actuelles de transformation des systèmes de santé et leur impact sur les métiers de la santé : décloisonnement et déspecialisation, remise en cause du modèle hospitalo-centré, émergence de nouveaux métiers « intermédiaires », délégation des tâches, montée en puissance de l'approche intersectorielle, etc.

La deuxième partie abordera le rôle de la société civile et des acteurs communautaires : le rapprochement entre le secteur de la santé et le secteur du *care*, le rôle accru des aidants, des médiateurs de santé et des agents de santé communautaires, avec tous les enjeux de formation, de professionnalisation, de reconnaissance institutionnelle que cela pose.

La troisième section porte sur les inégalités de genre et la nécessité, pour demain, de reconnaître davantage le rôle des femmes au sein des métiers de la santé, de lutter contre la ségrégation professionnelle, l'absence des femmes au sein des instances décisionnaires, la discrimination, le harcèlement sexuel, les écarts de rémunération et le travail non rémunéré. Nous évoquerons également dans cette section quelques pistes opérationnelles pour lutter contre ces inégalités de genre.

La quatrième partie porte sur la nécessaire lutte contre la discrimination au sein des systèmes de santé et sur les processus en cours pour promouvoir une santé plus inclusive : promotion de la diversité, lutte contre les discriminations structurelles, nécessité de répondre aux difficultés spécifiques des chercheurs des pays à revenu faibles, etc.

La cinquième partie porte sur les avancées scientifiques et technologiques, notamment sur l'impact du développement de la santé numérique sur les pratiques des acteurs de la santé et sur les questions éthiques que cela pose.

L'évolution des formations aux métiers de la santé sera au cœur de la sixième section : comment faire en sorte que les dispositifs de formations soient mieux adaptés aux enjeux de demain ? Quelles nouvelles compétences intégrer aux curricula de formation ? On verra notamment que l'un des enjeux est de changer d'approche : passer d'une formation par métier à une formation par compétences et permettre aux professionnels de santé d'acquérir de nouvelles compétences tout au long de leurs carrières.

La septième section portera sur les enjeux de mobilité internationale, qui doivent être considérés comme des opportunités pour tous : professionnels de santé, pays d'origine, pays d'arrivée. Dans quelle mesure les outils mis en place (code de bonne pratique de l'OMS, liste de soutien et de sauvegarde des personnels de santé) peuvent-ils être utiles pour demain ? Quelles politiques mettre en place pour tenter de réguler / optimiser ces mobilités internationales ?

Enfin, la huitième section portera sur les évolutions liées aux questions environnementales : quels nouveaux métiers / quelles nouvelles compétences spécifiques ? En quoi l'approche « one health » va-t-elle modifier la répartition des tâches entre les différents métiers ?

1. L'impact de la transformation des systèmes de santé sur les métiers de la santé

Nous avons mentionné plus haut la définition large des métiers de la santé que nous avons choisie pour cette étude. En effet, les métiers de la santé ne se limitent pas aux métiers du soin. Au-delà des professions médicales et paramédicales, de nombreux autres secteurs ont un rôle à jouer dans le bon fonctionnement d'un système de santé : les métiers du social, de la santé publique, de la recherche en santé, de l'industrie pharmaceutique et des produits de santé, de la logistique, de la gestion, de la fabrique des politiques publiques, etc. On se demandera dans cette section comment mieux reconnaître le rôle de ces métiers et les inclure dans la grande famille des métiers de la santé. Il s'agira notamment de chercher à décloisonner le secteur de la santé et élargir le champ des « professionnels de santé » aux **autres métiers de la santé**.

Le vieillissement de la population pose de nombreux défis aux systèmes de santé, notamment l'évolution vers des services de soins et de fin de vie. La réduction de la taille des structures familiales, parallèlement à l'évolution démographique et à l'augmentation de la participation des femmes au marché du travail, a entraîné une érosion de la disponibilité des soins non rémunérés traditionnellement assurés par les femmes de la famille(156). Plus de 50 % des personnes âgées dans le monde n'ont pas accès aux soins de longue durée(114), avec une augmentation des maladies non-transmissibles et des problèmes de santé mentale. Cette situation est exacerbée par la pénurie de professionnels qualifiés dans le domaine des soins de longue durée et par le manque d'infrastructures pour ce type de services.

1.1 Une remise en cause du modèle de santé publique centré sur l'hôpital

Les enjeux de demain sont largement liés à la transformation des métiers de la santé et des systèmes de santé, qui sont aujourd'hui largement centrés sur l'hôpital et les métiers du soin, **vers une vision beaucoup plus générale de la santé** (incluant promotion de la santé, accompagnement, *care*, recherche et logistique, etc.). Pour réaliser cette étude, nous avons pu voir à quel point les autres professions de santé étaient peu étudiées. Par exemple, en 2010, 72 % des études dédiées aux personnels de santé en zones rurales et reculées portaient exclusivement sur les médecins alors que ces derniers représentent une fraction bien inférieure du nombre total de professionnels de santé. En 2021, les médecins étaient encore l'objet de 50 % des études sur le sujet, ce qui montre une tendance à l'ouverture, qui reste à confirmer (157).

Distinguer les notions de système de santé et système de soins permet de sortir d'une vision restrictive des métiers de la santé centrée uniquement sur les soignants. De plus, même le système de soins, afin de fonctionner, nécessite de faire appel à de très nombreux métiers (logistiques et administratifs par exemple). Ainsi, l'avis n°140 du Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE) propose les définitions suivantes : la notion de « système de soins » fait référence « aux établissements, services, administrations et professionnels de santé ainsi qu'aux moyens organisationnels et stratégiques liés à la prestation des soins. Cette expression regroupe donc les établissements de santé, les établissements médico-sociaux, privés, publics, établissements de santé privés d'intérêt collectif, toutes les formes d'organisation de la médecine, ainsi que les dispositifs de coordination entre ces structures et organisations » (3). La notion de « système de santé » est plus vaste car elle « englobe le système de soins (offre médicale) dans une perspective large, étendue au champ social et aux facteurs déterminants de la santé. Elle fait également référence aux relations réciproques entre besoins et demandes de la population qui structurent les objectifs et politiques de santé publique »¹²². Cette notion de « système de santé » sous-tend à la fois la notion de démocratie sanitaire et la notion de redevabilité (accountability) qui suppose à la fois une corrélation plus grande entre les besoins en santé et les cursus de formation et une prise en compte plus forte des demandes de la population. Il s'agira de remplacer notre médecine actuelle, essentiellement curative et réactive, par une nouvelle médecine, davantage prédictive, centrée sur la personne, et axée sur la prévention. Il faut pour cela investir dans un nouvel éventail de compétences et de disciplines, telles que la physiothérapie, l'orthophonie, la diététique, l'optométrie et bien d'autres (158).

¹²² Cette proposition est un véritable plaidoyer, une redéfinition de ce qu'est un système de santé. De manière générale, l'expression « système de santé » est souvent utilisée de manière très restrictive afin de désigner l'organisation de l'accès aux soins à l'échelle nationale, souvent illustrée par une pyramide qui représente une hiérarchie des structures de santé (primaires, secondaires et tertiaires) avec, au sommet, les centres hospitalo-universitaires (CHU). C'est cette approche hospitalo-centrée et cette hiérarchie qu'il s'agit de remettre en question.

1.2 L'émergence de nouveaux métiers « intermédiaires », délégation des tâches et évolution des champs de pratique

Une stratégie souvent adoptée ces dernières décennies pour pallier le manque de professionnels de santé est la « délégation des tâches ». Derrière ce concept de plus en plus mal vu et dénigré (certains préfèrent d'ailleurs les notions de « protocoles de coopération » ou « évolution des champs de pratique », moins verticales), on trouve une multitude de réalités et d'initiatives extrêmement variées, avec des résultats très contrastés. La délégation des tâches est un moyen important d'améliorer l'accès aux soins en situation de pénurie. Par exemple, une étude systématique réalisée en 2013 en Zambie conclue qu'il n'y a pas de différence entre l'efficacité des soins fournis par les agents de santé de « niveau intermédiaire » dans les domaines de la santé maternelle et infantile et des maladies transmissibles et non transmissibles, et celle des soins fournis par les agents de santé de « niveau supérieur » (159). Aux Pays-Bas, de nouveaux métiers – médecins assistants ou infirmiers spécialistes – sont explicitement définis pour combler l'écart entre les médecins et les infirmiers¹²³. Les cliniciens non-médecins se révèlent généralement (s'ils sont bien formés, qu'ils peuvent adresser les cas en dehors de leur champ de pratiques à des collègues) aussi efficaces que les médecins, mais surtout, ils sont plus susceptibles de rester en poste au niveau décentralisé (160).

Il est nécessaire d'adapter à chaque contexte les conditions d'implémentation optimales pour une évolution des champs de pratique, afin que les résultats soient positifs pour tous (patients et soignants). Il y a des limites, à ce que la délégation des tâches peut et ne peut pas faire pour maintenir une prise en charge de qualité.

Créer de nouveaux métiers intermédiaires pourrait pourtant permettre de mieux répondre aux enjeux de sous-qualification/sur-qualification (*skill mismatches*) souvent rencontrés sur le terrain avec, par exemple, une perspective de **désécialisation**. S'il n'est pas possible de former dans l'urgence et en nombre des professionnels dont les études durent huit ans ou plus, peut-être peut-on former des professionnels de santé avec moins de connaissances approfondies et poussées mais suffisamment de connaissances de bases et de compétences transversales pour prendre en charge la majorité des patients qui en ont besoin (avec possibilité pour eux d'adresser les patients qu'ils ne peuvent prendre en charge à des collègues).

La création de postes de cadres intermédiaires, capable d'encadrer et de s'assurer de la qualité des soins délégués, est un élément central de ce type de dispositif. Ces postes de coordination¹²⁴ et de supervision devraient prendre une place de plus en plus importante dans les années à venir, du fait également des évolutions technologiques (télésanté, cliniques mobiles, etc.).

1.3 L'émergence d'une vision plus globale de la santé

Les professionnels de santé publique et les chercheurs en épidémiologie et économie de la santé ont depuis longtemps démontré que la dimension du soin dans un système de santé n'était pas celle dont l'effet est le plus important lorsqu'on considère la santé globale d'une population. Les stratégies et dispositifs de prévention (comme les vaccins) et les déterminants sociaux de santé par exemple, ou encore l'accès à l'eau potable, au savon, à une alimentation équilibrée ou à un système d'élimination des eaux usées, jouent un rôle clé dans la prévention des maladies. Pourtant, la notion de « professionnels de santé » en français renvoie encore pour la plupart des locuteurs à celle de soignants.

Après des décennies de sensibilisation aux autres aspects essentiels d'un système de santé et à la prise en compte d'une plus grande diversité des métiers de la santé, que ce soit en termes de diversité des formations existantes mais aussi de diversité des postes liés à la santé qui ne sont pas (ou plus) réservés aux soignants, l'épidémie de Covid-19 a peut-être joué le rôle de fenêtre d'opportunité pour une plus grande visibilité des métiers de la santé des non-soignants.

¹²³ Schäfer Willemijn, Kroneman Madelon, Boerma Wienke, Michael Van den Berg Michael, Westert Gert, Devillé Walter, Van Ginneken Ewout (2010), « The Netherlands. Health System Review ». Health Systems in Transition ; 12 (1) : VXXVII, 1-228.

¹²⁴ Les professionnels peuvent quitter leur métier initial pour devenir directement « manager » au sein d'établissement de santé, ou poursuivre leur métier initial et suivre des formations complémentaire. On peut par exemple évoquer ici, en France, les infirmier diplômé d'État coordinateur qui travaillent dans les EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes).

Pour exemple, on peut citer la dynamique en cours portée par l'OMS et de nombreux partenaires comme l'IANPHI, le *Global Network for Academic Public Health* ou encore Tephinet (réseau des programmes de formation en épidémiologie et interventions de santé publique), afin de développer une feuille de route mondiale, déclinée dans tous les pays membres (161), afin de former et employer davantage de professionnels de santé publique et urgences sanitaires¹²⁵. Les engagements institutionnels en support de cette volonté de développer les métiers de la santé publique sont nombreux (Déclaration de Rome de 2021, Déclaration du G20 des ministres de la santé de la déclaration d'Italie du G20, résolutions de l'AMS, etc.)¹²⁶ et cette tendance semble amenée à se poursuivre dans les décennies à venir.

Une autre proposition afin de promouvoir une vision de la santé qui va au-delà du soin auprès des populations serait de sensibiliser davantage les soignants aux aspects « non-techniques » de la santé. Au Royaume-Uni par exemple, le mouvement « au-delà des médicaments » (*beyond pills*) met en avant la possibilité pour les soignants de faire de la « prescription sociale » (*social prescribing*)¹²⁷. S'il serait intéressant d'avoir davantage d'échanges entre soignants et non-soignants au sein des professionnels de santé, des systèmes de santé et des métiers de la santé, cette idée d'ajouter une tâche supplémentaire aux soignants peut également avoir des limites. En revanche, il est probable, avec le développement de métiers comme médiateurs en santé, ou pair-éducateurs, que des non-soignants accompagnent de plus en plus les soignants dans un accès à la santé au-delà de l'accès aux soins.

Quelles que soient les formes que prendra cette conception des professionnels de santé au-delà du soin, il semble qu'une vision plus globale des métiers de la santé se développe de plus en plus dans les décennies à venir.

1.4 L'importance du dialogue social et de l'approche intersectorielle.

Il est important de souligner **depuis le milieu des années 2010 une dynamique institutionnelle en santé mondiale allant vers un rapprochement entre l'OIT et l'OMS**, qui se traduit à l'échelle nationale par une volonté d'aborder les enjeux concernant les professionnels de santé de manière multisectorielle¹²⁸. Il s'agit de concevoir les métiers de la santé, non plus comme la seule responsabilité du Ministère de la Santé, mais comme un sujet qui concerne aussi le Ministère du Travail, le Ministère de l'Économie et des Finances, le Ministère de l'Enseignement supérieur et la Recherche, le Ministère des Affaires étrangères, etc.¹²⁹. Cette multiplication des parties prenantes peut aussi permettre d'exprimer des points de vue différents et alternatifs à ceux portés par les conseils de l'Ordres traditionnels.

La **tendance générale à la précarisation de l'emploi** dans le domaine de la santé, y compris dans le système public (recours à des contrats plus courts, salaires informels, externalisation, intérim, travail à temps partiel ou gratuit, etc.) et la faiblesse des salaires nuisent à la capacité des professionnels de santé à s'organiser et à exercer un pouvoir de négociation(162).

L'espace politique des ressources humaines pour la santé est occupé par un large éventail d'acteurs aux intérêts et priorités différents et souvent opposés. Les systèmes de représentations des médecins y occupent en général une place centrale. Pourtant, de solides mécanismes de gouvernance intersectorielle (incluant les ministères, les départements et les agences du gouvernement, les acteurs non étatiques - y compris le secteur privé -, les associations, les syndicats professionnels et de métier, la société civile et la communauté) sont nécessaires pour promouvoir la coopération et la coordination au sein des différents groupes. L'implication des citoyens est particulièrement importante (163) et peut passer par des comités, des groupes

¹²⁵ Pour plus de détails sur la feuille de route, voir Partie 1, section 1.2.

¹²⁶ Source : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240060364> (consulté le 05/08/2020).

¹²⁷ <https://collegeofmedicine.org.uk/beyondpills/>

¹²⁸ Cette approche intersectorielle (« *across education, finance, gender, health, labour/employment, and migration sectors* ») était au premier plan lors du 5^{ème} forum mondial sur les ressources humaines en santé organisé par l'OMS du 3 au 5 avril 2023 à Genève.

¹²⁹ Ainsi, en France par exemple, le projet de l'Académie de l'OMS est porté conjointement par le Ministère de la Santé et de la Prévention, le Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche et le Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères (source : entretien, automne 2022).

consultatifs, des enquêtes de satisfaction publique ou en organisant des "conférences de consensus" au cours desquelles un panel de citoyens interroge des experts ou des décideurs dans un forum public (164). Des Observatoires nationaux du personnel de santé se mettent en place. Il est également important que professionnels autres que ceux de la santé qui travaillent dans le système de soins de santé, tels que les informaticiens, les ingénieurs, les scientifiques ou les gestionnaires de données soient représentés dans les enceintes de discussion (165).

2. La mobilisation de la société civile et des communautés

La pandémie de Covid-19 a récemment mis en lumière le fait qu'une **implication de la société civile dans le domaine de la santé est essentielle à la résilience des systèmes de santé**. Les actions menées par ces acteurs, notamment lorsqu'ils sont issues de communautés affectées, suscitent plus de confiance, établissent des lignes de communication et atteignent les groupes marginalisés là où les autorités officielles de santé ne sont pas en mesure de le faire (166).

Les acteurs de la société civile sont généralement catégorisés en quatre groupes, qui se recoupent :

- Les organisations non gouvernementales (nationales et internationales) dont la mission est, de manière générale, centrée sur un problème ou type de problème de santé spécifique : maladies infectieuses, malnutrition, santé sexuelle et reproductive, etc. Parmi elles, les associations occupent une place particulièrement importante(167)
- Les associations de personnes concernées par un problème de santé et les associations de patients.
- Les associations communautaires, regroupant des personnes – souvent vulnérables - ayant des spécificités communes, telles que les minorités sexuelles, les travailleurs du sexe, les groupes socio-ethniques minoritaires ou religieux, etc.
- Les travailleurs non rémunérés du *care*, également appelés les « aidants

Encadré 11. La place de la société civile dans la prestation directe de soins

Certains acteurs de la société civile peuvent être des prestataires directs de services de soins – dans le sens traditionnel du terme. En France, par exemple, plusieurs organisations non-gouvernementales sont gestionnaires de structures de soins comme les CASO (Centres d'Accueil de Soins et d'Orientation) de Médecins du Monde, présents dans plusieurs grandes villes, ou le Centre de Santé du Comède (Comité pour la santé des exilés), à l'Hôpital du Kremlin-Bicêtre.

De nombreuses organisations de la société civile occupent également cette fonction dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, qu'il s'agisse d'organisations internationales (l'Ordre de Malte, Médecins Sans Frontières), ou d'ONG nationales (sociétés nationales de Croix Rouge, Arcad Sida, ANSS, etc.). Certaines ONG, comme Solthis ou Santé Sud, se sont également spécialisées sur le renforcement des capacités des professionnels de santé.

En Afrique Sub-saharienne, l'offre de soins confessionnelle tient une place particulièrement importante. Les prestataires confessionnels (Caritas, Islamic Relief, Communauté Sant'Egidio, etc.) ont mis en place de vastes réseaux d'hôpitaux, de cliniques et d'autres établissements de santé.

Nombre de personnes travaillant dans ces structures exercent déjà des métiers de santé « reconnus » du secteur médical, paramédical, de la recherche, du plaidoyer, de la gestion de projet ou du soin, etc. Les acteurs confessionnels, en particulier, occupent une place importante dans certains pays (167).

Dans une perspective d'étudier les changements à venir dans les métiers de la santé, nous nous intéresserons ici plus spécifiquement aux enjeux de reconnaissance, de formation, de conditions de travail et de rémunération de ces acteurs.

2.1 Le rapprochement de la santé et des activités du *care*

Le travail du *care*, en français le travail des « aidants », est une sous-catégorie du travail de soins qui se compose principalement de deux types d'activités : les activités de soins directs, personnels et relationnels, comme les soins à une personne malade, porteuse de handicap ou âgée, et les activités de soins indirects, comme la cuisine et le nettoyage. **La majorité de ces activités, essentielles au bien-être des populations, est effectuée par des individus non rémunérés, dont plus de deux tiers sont des femmes et des jeunes filles**, généralement issues de groupes socialement défavorisés. L'Organisation internationale du travail (OIT) estime qu'en 2018, 606 millions de femmes -soit 41 % des personnes considérées comme inactives (sans activité officielle)- sont en dehors du marché du travail en raison de leurs responsabilités de soins non rémunérés (156). En parallèle, l'OIT estimait en 2015 que 2,1 milliards de personnes avaient besoin de soins (1,9 milliard d'enfants de moins de 15 ans et 0,2 milliard de personnes âgées). Ce chiffre pourrait dépasser les 2,4 milliards en 2023, avec 0,1 milliard de personnes âgées supplémentaires, 0,1 milliard d'enfants et 110 à 190 millions de personnes handicapées qui pourraient avoir besoin de soins ou d'assistance tout au long de leur vie. Dans le contexte des Objectifs du Développement Durable, des politiques transformatrices fondées sur la justice sociale et l'égalité des genres sont donc nécessaires pour garantir une reconnaissance, un salaire et un avenir professionnel aux aidants (145).

En plus de rémunérer et de créer des statuts pour les aidants de la première catégorie (soins directs), il est aujourd'hui question de mettre en œuvre des politiques sociales permettant de reconnaître, de réduire et de redistribuer le travail de soins non-rémunéré ; favoriser des conditions de travail décentes ; et assurer la représentation, le dialogue social et la négociation collective pour ces travailleurs insuffisamment reconnus- et ce pour les deux catégories du *care* (soins directs et indirects). Dans un scénario basé sur l'atteinte des ODD, l'OIT estime ainsi qu'il faudra doubler les investissements dans l'économie des soins, ce qui pourrait se traduire par un total de 475 millions d'emplois d'ici à 2030, soit 269 millions d'emplois nouveaux dans le monde (par rapport à 2015) dans le secteur du *care* (145).

2.2 Médiateurs en santé et agents de santé communautaires : l'accès aux soins, aux informations de santé et à la prévention pour les personnes précaires et dans les déserts médicaux

Nous avons déjà abordé la question des agents de santé communautaire (ASC) et évoqué le potentiel qu'ils représentent face à la pénurie de professionnels de santé, notamment en Afrique subsaharienne (partie 1, chapitre 6). Ici, nous adopterons une vision plus globale afin d'analyser comment, à travers le monde, les ASC constituent une nouvelle catégorie de métiers de la santé essentielle afin d'améliorer l'accès à la santé, à l'information et à la prévention pour les groupes les plus vulnérables.

La **médiation en santé** constitue une catégorie d'ASC, selon la définition de l'OMS. En France, la médiation en santé est apparue dans la fin des années 1990. Dans un contexte de rejet social des personnes vivant avec le VIH, y compris parfois en stade sida, un besoin de médiation s'est imposé afin d'accompagner les patients (notamment les personnes migrantes) dans leur parcours de soins, de les guider dans leurs droits et de faire le lien avec les soignants, dont les perceptions étaient parfois stigmatisantes pour leurs patients (111).

La profession est encadrée par la Haute Autorité de Santé depuis 2017 et définie par cette dernière comme une fonction d'interface assurée en proximité pour faciliter : d'une part l'accès aux droits, à

la prévention et aux soins, assurés auprès des publics les plus vulnérables ; et d'autre part, la sensibilisation des acteurs du système de santé sur les obstacles du public dans son accès à la santé (108). En Juin 2023, un rapport de la mission sur la médiation en santé, conduite par l'Inspection Générale des Affaires sociales, intitulé « La médiation en santé : un levier relationnel de lutte contre les inégalités sociales de santé à consolider » a été remis aux Ministres de la Santé et de la Prévention et à celui des Solidarités. Ce rapport conclut notamment que la médiation en santé « *concourt à la résorption d'inégalités sociales de santé grâce à sa fonction d'interface entre publics vulnérables et acteurs de santé* » et « *constitue un investissement social rentable puisqu'elle contribue à l'amélioration globale de l'état de santé des individus et de la population grâce notamment à des actions de prévention* ». Les deux institutions recommandent, entre autres, de créer et de faciliter l'accès à des formations dans le champ de la médiation en santé (formations initiales comme continues) et de créer un diplôme de niveau licence et une certification professionnelle, ou encore de consacrer l'existence du métier de médiateur en santé par son inscription dans le code de la santé publique (168).

La **formalisation de métiers d'ASC** n'est pas spécifique à la France ou à l'Afrique Sub-saharienne. En Europe, on peut mentionner les « délégués à l'intégration » de la clinique LVR de Cologne, dont la mission est d'améliorer la qualité des soins pour les personnes issues de l'immigration, ou les « médiateurs interculturels » en Belgique qui interviennent dans les structures de soins, souvent par visio-conférence, pour favoriser une bonne prise en charge des patients étrangers en faisant de l'interprétariat mais également en décodant la communication non-verbale du patient (169). En Asie du Sud, l'UNICEF identifie 18 types d'ASC dans 7 pays, dont les effectifs vont de 220 aux Maldives à 110 000 au Pakistan (170). En Amérique latine, au moins neuf pays disposent de programmes de relais de santé communautaire. Aux États-Unis, le bureau des statistiques de l'emploi estime qu'il y aurait 61 300 ASC exerçant sur le territoire. Si ces ASC exercent depuis de nombreuses années, notamment dans les pays à revenu faible et intermédiaire, l'enjeu mondial est désormais de créer des statuts officiels pour ces travailleurs afin qu'ils puissent faire partie intégrante des systèmes de santé.

Encadré 12 : « Rien pour nous, sans nous ».

L'héritage de la lutte contre le sida dans la santé communautaire

Les "années sida" ont été un accélérateur de la participation des acteurs de la société civile et communautaires dans la prise en charge des malades, qui se sont structurés avec le mot d'ordre "Rien pour nous, sans nous", une expression héritée de la conférence de Denver en 1983, reprenant un slogan des personnes en situation de handicap : les malades du sida étaient montés sur scène pour protester contre le discours déshumanisant qui prévalait dans le monde médical. Cet évènement a inspiré par la suite les principes de GIPA (Participation accrue des personnes vivant avec le VIH dans la réponse au sida) de 1994.

Sur la base de ces principes, de nombreuses associations de personnes vivant avec le VIH se sont mises en place, devenant des acteurs essentiels de la riposte à la maladie.

Notons enfin une dynamique importante qui pourrait avoir une influence sur l'évolution des métiers de la santé : la responsabilisation progressive des patients dans leurs propres soins. Cette dynamique a été largement renforcée à l'occasion de la crise Covid : location d'oxymètre de pouls aux patients pour qu'ils mesurent eux-mêmes la saturation en oxygène de leur sang dans de nombreux pays européens (171), auto-administration de traitement jusqu'alors exclusivement administrés par des professionnels, délivrance de contraceptifs auto-injectables aux Etats-Unis (172), multiplication des autotests de dépistage VIH au Sénégal (173), etc. Cette autonomisation des patients est en cohérence avec la promotion de la santé telle que définie dans la charte d'Ottawa en

1986 (174), qui vise à améliorer la capacité des personnes à agir sur leur propre santé. Cependant cette dynamique d'*empowerment* en santé implique de s'appuyer aussi sur les collectifs, les communautés et les associations de patients, indispensables pour construire la capacité des individus à agir sur leur propre santé(175).

3. Les inégalités de genre et la reconnaissance croissante du rôle des femmes au sein des métiers de la santé

Alors qu'on estime que les femmes représentent près de 70 % de l'emploi mondial dans le secteur de la santé et fournissent des services de santé à 5 milliards de personnes en 2022, leur contribution est sous-valorisée et leur pouvoir de décision limité (66). Combler le fossé entre les hommes et les femmes au sein du personnel de santé – comme la pandémie de Covid-19 l'a mis en évidence – est une condition *sine qua non* pour combler le déficit de personnel de santé, garantir que les systèmes de santé restent ou deviennent résilients, et parvenir à une couverture universelle des soins de santé. Cette section abordera la manière dont les inégalités entre les genres se traduisent au sein des systèmes de santé et présentera des pistes de solution pour mettre fin à ces inégalités.

3.1 Les inégalités de genre au sein des professionnels de santé

Le secteur des ressources humaines en santé est confronté à des inégalités systémiques entre les hommes et les femmes, s'étendant sur 4 domaines thématiques (176) :

➤ La ségrégation professionnelle

La ségrégation professionnelle est le phénomène par lequel les individus d'un sexe particulier sont concentrés dans des professions ou des rôles de santé spécifiques ; entraînant une répartition inégale, horizontale et verticale, des hommes et des femmes dans différentes professions de santé. Cette ségrégation – due à des normes genrées qui définissent les soins comme un travail de femme et présentent les hommes comme plus aptes aux spécialités techniques – se retrouve dans tous les pays, avec des variations géographiques provenant des normes historiques en matière de genre, des attentes sociétales et des préjugés qui influencent les possibilités d'éducation et les choix de carrière pour les hommes et les femmes.

Parmi les médecins, par exemple, la proportion de femmes reste inférieure dans le monde à celle des hommes dans certaines spécialités, principalement chirurgicales. Les recherches montrent que les étudiantes en médecine ont tendance à s'orienter vers des spécialités telles que l'obstétrique-gynécologie, la pédiatrie, la chirurgie pédiatrique, la dermatologie et l'oncologie (177). Si cette ségrégation se décline dans chaque métier, elle est aussi la principale raison pour laquelle les femmes n'accèdent pas à des spécialités médicales plus rémunératrices ou à des postes de direction. Également, elle dissuade les hommes d'intégrer des professions à majorité féminine, telles que les soins infirmiers ou la maïeutique. Cela cantonne les femmes dans des emplois moins bien rémunérés et moins valorisés par la société. Du fait de ces mêmes normes, les femmes consacrent entre 2 et 10 fois plus de temps aux soins non rémunérés (le travail du *care*) que les hommes, selon les pays (149).

En outre, par leur surreprésentation dans les métiers de santé de « première ligne », les femmes ont été disproportionnellement affectées par la pandémie de Covid-19 (conditions de travail détériorées, taux plus élevés d'épuisement professionnel, troubles de la santé mentale, etc.) (178).

➤ La place des femmes au sein des instances de leadership

La majorité des postes de direction dans le domaine de la santé, et à tous les niveaux, – de la sphère communautaire à la gouvernance mondiale de la santé – sont occupés par des hommes. Tandis que les femmes représentent 70 % des RHS au niveau mondial, elles n'occupent en moyenne que 25 % des postes de direction (direction de grandes entreprises, d'organisations de santé mondiale, de

délégations des assemblées mondiales de la santé, d'écoles de formation aux métiers de la santé, ou encore de postes de ministres de la santé) du secteur (voir figure ci-dessous). Ce déséquilibre est intrinsèquement lié à la ségrégation professionnelle ; et donc aux stéréotypes de genre, aux déséquilibres de pouvoir entre les genres, et à des structures éducatives et professionnelles discriminatoires qui créent des parcours fondés sur le genre. Ce manque d'opportunités d'accès à des rôles de direction est d'autant plus aggravé par l'intersection avec d'autres facteurs de discrimination sociale tels que la race, la religion, l'appartenance ethnique ou la caste. Plusieurs initiatives internationales se sont montées ces dernières années, pour documenter et combattre les inégalités de genre dans la santé, comme « Women in Global Health » (179) ou encore le mouvement anglais « Global Health 50/50 » (180).

FIGURE 14 : PYRAMIDE DE LA REPRESENTATION DES FEMMES DANS LE SECTEUR DE LA SANTE EN 2023



Source : traduit de l'anglais depuis le rapport *Workplaces: worse for women, 2023* de Gender Gap 50/50

Il est prouvé que les femmes occupant des postes de direction dans le domaine de la santé élargissent l'ordre du jour, en accordant une plus grande priorité aux droits - tels que la santé et les droits sexuels et génésiques - qui s'appliquent à tous les sexes et qui, lorsqu'ils sont absents, peuvent avoir les conséquences les plus négatives sur la santé des femmes (181).

➤ Les biais discriminatoires et le harcèlement sexuel

Une majorité de femmes travaillant dans le secteur de la santé dans le monde sont confrontées à la discrimination, aux préjugés, au harcèlement sexuel et aux violences physiques et verbales sur le lieu de travail ; et sont plus susceptibles d'être confrontées à ces problèmes que les hommes. Et ce, quel que soit le niveau de revenu du pays : par exemple, des études montrent qu'en Corée et au Ghana, plus de 40 % des femmes soignantes ont été victimes d'au moins une forme de violence au travail (182). Pourtant, la plupart des pays ne disposent pas ou n'appliquent pas de mesures législatives visant à soutenir l'égalité des sexes au travail ou même à protéger les femmes contre ce type de harcèlement ou d'agression sur le lieu de travail. Ces problèmes causent, chez les femmes qui en sont victimes, des pertes de moral, du stress et une santé mentale et physique dégradée.

➤ Les écarts de rémunération

L'écart de rémunération entre les hommes et les femmes dans le secteur de la santé et de l'action sociale était estimé en 2022 à 26 % dans les pays à revenu élevé et à 29 % dans les pays à revenu intermédiaire – ce qui est supérieur aux autres secteurs économiques (149). Cependant, cet écart est en grande partie inexpliqué par des différences de « *labour profiles* » (caractéristiques d'une personne relatives au marché du travail) qui existent entre les genres : soit l'âge, le niveau d'éducation, les modalités de temps de travail et les secteurs d'occupation. La majorité de cet écart reste inexpliquée, ou attribuée en partie à « l'écart de maternité » (la différence de rémunération entre les mères et les non-mères, *ceteris paribus*) ou au fait que le secteur est fortement féminisé (dans la plupart des économies, les travailleurs des secteurs fortement féminisés perçoivent en moyenne des salaires inférieurs à ceux des travailleurs des secteurs économiques non féminisés). Ainsi, même à profil de marché égal, les femmes sont moins rémunérées que les hommes.

➤ **Le travail non rémunéré**

Les femmes assument une large partie du travail de soins non rémunéré, en s'occupant notamment de leurs enfants, des personnes malades ou des membres âgés de la famille. On estime que, si la contribution des femmes aux soins de santé représente environ 5 % du PIB mondial, près de la moitié de leur contribution n'est en fait ni rémunérée, ni reconnue (115).

3.2 L'inégalité de genre, un objet d'analyse et de réflexion

De nombreux travaux portent sur les moyens de lutter contre les causes sous-jacentes des inégalités entre les hommes et les femmes dans le domaine de la santé (176,181,183,184). On peut notamment citer les pistes suivantes :

- Collecter et analyser régulièrement les données salariales spécifiques au secteur afin d'évaluer les évolutions de conditions de travail et d'écart de rémunération entre les hommes et les femmes. Instaurer la transparence salariale et mettre en place des instruments juridiques pour lutter contre la discrimination salariale.
- Investir dans des emplois décents dans le secteur de la santé et des soins afin de rendre le secteur plus résistant et de répondre à la demande mondiale croissante de services de santé et de soins. Cela passe notamment par la reconnaissance du travail de soins non rémunéré effectué dans le cadre familial et communautaire, en assurant la transition de ce travail vers des emplois formels et en tenant compte du travail non rémunéré des femmes lors de l'analyse de la composition des effectifs du secteur de la santé (180).
- Réduire la ségrégation entre les sexes en permettant un accès égal aux formations et aux possibilités de mobilité ascendante des femmes, en sensibilisant les jeunes filles et les femmes aux carrières dans les domaines des sciences, en attirant davantage d'hommes dans les catégories professionnelles de niveau intermédiaire, en promouvant des pratiques de recrutement et d'embauche neutres, et en appliquant des mesures de discrimination positive pour les postes à haute responsabilité.
- Intensifier les efforts pour changer les normes culturelles en matière de genre et lutter contre les stéréotypes.

- Enfin, pour atteindre l'équité, les femmes auront besoin d'aménagements et de dispositions spécifiques, notamment pour atténuer la charge liée à leur rôle d'aidantes au sein de la cellule familiale. Entre autres, des politiques favorables à la famille (politiques de congé familial soutenant à la fois les mères et les pères, installations de garde d'enfants sur place ou subventions pour les dépenses de garde d'enfants) ; ou des modalités de travail flexibles (horaires de travail flexibles, options de travail à temps partiel ou de partage d'emploi pour répondre aux besoins des professionnels de la santé qui assument également des responsabilités d'aidant).

Encadré 13 : Un exemple de politique favorable à la famille - le congé paternité

Alors que le congé de paternité rémunéré contribue à réduire drastiquement l'écart entre les hommes et les femmes sur le marché du travail, il n'est pas encore universellement disponible. Alors que la durée moyenne mondiale du congé maternité est de 18 semaines, celle du congé paternité est de seulement 9 jours.

Si des progrès ont été accomplis dans des pays comme le Rwanda (où le congé maternité est l'un des plus « généreux » de la région, avec 12 semaines), où des acteurs de la société civile –notamment des organisations féministes – plaident pour un minimum de six semaines de congé de paternité rémunéré, ce congé reste globalement inexistant dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Et si tous les pays de l'OCDE proposent un congé de maternité rémunéré (à l'exception des États-Unis), seule la moitié d'entre eux environ offre un congé de paternité ou un congé parental. Même dans ces cas, la participation reste faible en l'absence d'incitations supplémentaires pour les pères (incitations financières, congés non transférables, modalités de travail flexibles). Au Japon, où le congé paternité est de 6 mois minimum sans baisse de salaire, seul un père sur 20 prend des congés en 2017.

Enfin, la réduction des inégalités entre les hommes et les femmes au sein du personnel de santé peut se traduire par de meilleurs résultats en matière de santé pour tous, par le biais d'un meilleur accès aux soins, de relations améliorées entre les patients et les prestataires de soins, d'une meilleure éducation à la santé, d'une plus grande attention portée aux problèmes de santé spécifiques au genre, ou encore d'une réduction des biais liés au genre, etc. (181). La lutte pour plus d'égalité entre les femmes et les hommes n'est donc pas seulement une question de principe pour les métiers de demain, elle est aussi, comme nous l'avons vu dans cette section une condition *sine qua non* pour répondre aux défis à venir.

4. La lutte contre les discriminations au sein des systèmes de santé

Parmi les dynamiques majeures à prendre en compte pour transformer les métiers de la santé de demain, la reconnaissance de l'importance des discriminations et de leurs conséquences sur la santé des populations qui en sont victimes est un élément clé. Si l'on veut s'occuper des personnes les plus précaires, aller vers davantage d'équité dans l'accès aux soins et améliorer la santé des personnes qui souffrent le plus de maladies, cet aspect est incontournable.

Ces discriminations sont bien souvent inconscientes, et ce d'autant que les professionnels de santé ont bien souvent choisi ces métiers par souci de l'autre et de sa fragilité (185). Pour autant, elles existent (186) et plusieurs études montrent des soins différenciés selon les catégories ethnoraciales ou les préférences sexuelles, dans toutes les aires géographiques, à tous les âges de la vie (187), (188) (189).

Les commissions de recherche, les publications et les recommandations pour mieux prendre en compte ce risque de discriminations se multiplient (190)¹³⁰, les panels lors d'évènements institutionnels ou

¹³⁰ On peut citer par exemple : la Commission O'Neill-Lancet sur le racisme, les discriminations structurelles et la santé mondiale inaugurée le 21 octobre 2022 pour une durée de 3 ans (191) ; une édition spéciale du Lancet en décembre 2022 sur les manières de

scientifiques de santé mondiale également¹³¹. Il y a urgence à agir¹³², au sein même des institutions de santé, dans la formation des professionnels de santé. Ne pouvant creuser toutes les sources de discriminations, nous avons choisi de nous intéresser plus spécifiquement ici aux discriminations ethnoraciales, souvent moins connues.

4.1 L'impact des discriminations selon l'origine ethnoraciale sur la santé des personnes et groupes de personnes victimes de discriminations

Lors de la 77^{ème} assemblée générale des Nations Unies, en juillet 2022, la Rapporteuse spéciale sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, Tlaleng Mofokeng¹³³, transmet son deuxième rapport intitulé « Racisme et droit à la santé » (194). Ce rapport présente les conséquences du racisme sur les discriminations en matière de santé, en particulier pour les personnes noires, les personnes d'ascendance africaine, les migrants, les peuples autochtones et minoritaires. Les aspects structurels sont soulignés, en revenant sur le cadre juridique, l'histoire de la médecine en lien avec le colonialisme et les manifestations permanentes des discriminations dans les déterminants fondamentaux de la santé. Pour finir, le rapport met en avant des bonnes pratiques en matière d'interventions de santé publique « visant à concrétiser le droit à un système de protection de la santé qui donne à chacun les mêmes chances de jouir du meilleur état de santé possible » (p.2 du rapport) et présente des exemples de réparations dues au titre de la discrimination raciale concernant les violations et les abus du droit à la santé.

Suite à la présentation de ce rapport à l'Assemblée générale des Nations Unies, le Lancet et l'institut O'Neill pour la santé nationale et mondiale ont annoncé l'inauguration d'une Commission sur le racisme, la discrimination structurelle et la santé mondiale afin de mettre en avant des stratégies antiracistes et des actions visant à réduire les barrières à l'accès aux soins et à la santé dans les populations faisant face à ces discriminations. Lors de la conférence de lancement de cette commission¹³⁴, il a été rappelé que le racisme et les discriminations structurelles ont un impact direct sur la santé des populations. Nombre de préjugés ou fausses croyances racistes ou discriminatoires de professionnels de santé peuvent conduire à des soins sub-optimaux et sont donc délétères pour la santé des patients (195). Certaines de ces croyances et pratiques trouvaient leurs origines dans les enseignements et la formation des professionnels de santé. On forme en effet essentiellement les professionnels de la santé sur des schémas / maquettes / photos de corps blancs¹³⁵.

En résumé, les discriminations ont un impact important sur la santé des populations. Au-delà des déterminants sociaux de la santé, on retrouve des discriminations selon les caractéristiques ethno-raciales qui peuvent mettre en danger les patients au sein même des systèmes de santé. Les professionnels de santé ne sont pas dépourvus de biais racistes, souvent inconscients, et ces croyances peuvent également être perpétuées au cours de la formation aux métiers de la santé.

Afin de remédier à cette situation, on peut par exemple proposer des modifications des cursus de formation aux métiers de la santé de demain et y ajouter des modules spécifiques pour former les professionnels de santé de demain spécifiquement sur ces questions. On peut également proposer des modules de formation

faire avancer l'équité raciale et ethnique en science, médecine et santé mondiale (*Advancing racial and ethnic equity in health*) ; la série spéciale du Lancet sur le racisme, la xénophobie, la discrimination et la santé (*Lancet Series on racism, xenophobia, discrimination, and health*) ; ou encore l'article éditorial du Lancet Global Health en juillet 2023 intitulé : « *The way forward in decolonising global health* » (192).

Pour plus d'information sur l'édition spéciale et la série spéciale du Lancet, voir :

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/issue/vol400no10368/PIIS0140-6736\(22\)X0051-2](https://www.thelancet.com/journals/lancet/issue/vol400no10368/PIIS0140-6736(22)X0051-2) et https://www.thelancet.com/series/racism-xenophobia-discriminationhealth?utm_campaign=lancetracehealth22&utm_source=youtube&utm_medium=social (consultés le 03/08/2023).

¹³¹ Voir par exemple lors du *World Health Summit 2023*, la session « Racism in Global Health, Difficult Conversations », visionnable au lien suivant : <https://www.youtube.com/watch?v=Fkj5HgyzIFg> (consulté le 03/08/2023).

¹³² Voir par exemple le bref article « Racism and health: the need for urgent action » publié dans le Lancet Global Health en Octobre 2022 (193).

¹³³ Pour plus d'informations sur le mandat de la Rapporteuse, voir : <https://www.ohchr.org/en/special-procedures/sr-health> (consulté le 03 août 2023).

¹³⁴ La conférence intitulée « *Advancing Health Equity : Time To Address Racism And Structural Discrimination in Global Health* » et diffusée le 21 octobre 2022 peut être visionnée dans son intégralité à l'adresse suivante : <https://www.youtube.com/watch?v=eQvDGHAXy8s> (consulté le 03 août 2023).

¹³⁵ De plus en plus, la question de la représentation du patient noir est au cœur des enjeux. Il y a quelques années un jeune nigérian, étudiant en médecine avait illustré cette invisibilisation de la diversité en représentant un fœtus noir (191).

aux professionnels de santé déjà en poste dans le cadre de la formation continue, ou formation tout au long de la vie. Une autre solution souvent mise en avant est de faire en sorte qu'il y ait davantage de professionnels de santé issus des groupes de population victime de racisme et discriminations en utilisant par exemple des systèmes de quotas ou de bourses spécifiques pour promouvoir les métiers de la santé au sein de ces populations. On voit également émerger des observatoires¹³⁶ et des structures ad-hoc afin de documenter les aspects liés aux impacts du racisme sur la santé. Enfin, tous les métiers de la santé qui permettent de créer des ponts entre le vécu des patients et le vécu des soignants et de rapprocher les communautés et les systèmes de santé de demain (agents de santé communautaires, médiateurs en santé, pair-aidants et personnels d'associations de patients par exemple) peuvent devenir des opportunités pour reconnaître et cibler des attitudes et pratiques discriminatoires. Dans une perspective de plus d'égalité entre les différents métiers de la santé et de plus d'horizontalité entre les professionnels de santé, on peut espérer que ces voix aptes à dénoncer des comportements, pratiques ou vécus discriminatoires seront davantage entendues afin de faire émerger des solutions appropriées.

La promotion de la diversité dans les professions de santé, y compris la race/l'ethnie, le genre, le statut socio-économique, l'origine rurale et d'autres communautés minorisées, peut aider à rétablir la confiance dans les systèmes de santé et à répondre aux besoins de la population en matière de santé¹³⁷.

Les données suggèrent également que la diversité peut atténuer les préjugés et influencer positivement la pratique dans les zones où les besoins sont importants (197). Les stratégies fondées sur des données probantes pour améliorer la diversité du personnel de santé comprennent l'investissement dans des programmes de filières/*pathways* pour encourager et soutenir les futures carrières dans le domaine de la santé, le mentorat, les pratiques de recrutement et d'admission, les services d'aide aux étudiants et le soutien financier, ainsi que les normes d'accréditation en matière de diversité. Garantir la diversité du personnel de santé reste un défi permanent. Aux États-Unis, les Noirs, les Hispaniques et les Amérindiens sont fortement sous-représentés dans les professions de santé à revenu élevé et, à l'inverse, surreprésentés dans les professions de santé à bas salaire (198).

Au Canada, seuls 3,5 % des étudiants en médecine s'identifient comme étant d'origine autochtone, contre 7,4 % de la population, et seuls 6,4 % ont grandi dans une zone rurale, alors que 18,7 % de la population est rurale (199). En Australie, on estime à 400 le nombre de médecins autochtones, soit moins de 0,5 % des médecins contre 3 % de la population (200). Le manque de diversité et les inégalités au sein du personnel de santé sont le reflet d'injustices structurelles plus larges qui ont également entraîné des disparités raciales, ethniques et socioéconomiques pendant la gestion de la crise Covid et ont constitué un obstacle majeur au déploiement éventuel du vaccin (201).

4.2 Des rapports de pouvoir déséquilibrés au niveau mondial

La dynamique visant à mieux prendre en compte les discriminations structurelles en santé et les inégalités selon l'origine ethno-raciale a aussi sa déclinaison propre en santé mondiale, en particulier pour les métiers de la santé liés à la recherche académique.

Au milieu des années 2010, la *London School of Hygiene and Tropical Medicine*, une des institutions de formation les plus reconnues au monde en santé mondiale, organisait une conférence intitulée « *Decolonize Global Health* », mettant en avant le paradoxe d'avoir un domaine de recherche entier dont les projets et les objets sont principalement au Sud (« *Global South* ») et les chercheurs principalement au Nord (pays de l'OCDE). Si le phénomène des « chercheurs parachutés » se fait de plus en plus rares (202,203), il y a encore

¹³⁶ On peut citer par exemple le « Race & Health Observatory » du NHS, mis en place en 2021 (196) ou encore le groupe interne au journal scientifique *Lancet* : *Group for Racial Equity* (voir : <https://www.thelancet.com/equity-diversity-inclusion/commitments> - consulté le 03/08/2023).

¹³⁷ Un ensemble de travaux en cours de développement suggère que la concordance raciale améliore la communication et la satisfaction des patients (193) et a le potentiel d'améliorer les résultats pour les patients (194).

trop peu de prises en compte réelles des difficultés du quotidien des chercheurs en santé mondiale dans les PRFI.

Les chercheurs en santé mondiale dans les PRFI, que ce soit en sciences biomédicales ou en sciences sociales, rencontrent souvent de grandes difficultés dans leurs recherches ou leurs carrières et ont donc plus de difficultés que les chercheurs des pays les plus riches à participer à la scène internationale. Les opportunités de postes titulaires en recherche avec un salaire permettant de vivre uniquement de ses activités de recherche sont très rares. De nombreux chercheurs en sciences biomédicales ont donc une double activité, par exemple médecins et chercheurs, avec des horaires très étendus, de très nombreux projets en parallèle et une surcharge d'activité importante. En sciences sociales, il est courant que les chercheurs mènent en parallèle des activités de consultance, mieux rémunérées que les activités de recherche, mais posant parfois des difficultés de positionnement épistémologique importantes. Si ces réalités sont aussi présentes pour les chercheurs des pays à haut niveau de revenu, elles sont encore plus fréquentes dans les PRFI.

Le manque de moyens et de financements afin d'effectuer des recherches en santé mondiale, pour les chercheurs des PRFI, n'est pas seulement une question de salaire ou d'opportunités professionnelles mais aussi une question technique d'accès à la documentation avec des universités de rattachement n'ayant pas forcément les moyens de payer les abonnements aux journaux scientifiques (aux tarifs parfois très élevés) ou les ouvrages et publications les plus récentes. Même le développement de publications en *open access* (publications auxquelles tout le monde peut accéder sans payer) peut être vecteur d'inégalités car les éditeurs de ces publications font payer les chercheurs (ou plutôt les laboratoires de recherche de rattachement de ces chercheurs) afin de publier. Ainsi, si de nombreux chercheurs ont accès aux contenus des articles en *open access*, y compris dans les PRFI, les chercheurs dont les structures de rattachement n'ont pas les moyens de financer la publication perdront des opportunités de publications (dans un environnement académique où le nombre de publications contribue de manière importante à la reconnaissance des chercheurs et à leurs opportunités et évolutions de carrières).

Face à ces inégalités d'accès aux instances internationales, plusieurs solutions sont avancées comme le fait d'exiger davantage de diversité dans les origines des membres des structures de gouvernance des principales institutions de santé mondiale (204) ou le fait de favoriser les publications de chercheurs venant de PRFI (*Joint Commitment for Action on Inclusion and Diversity in Publishing*)¹³⁸.

5. Avancées scientifiques, technologiques et santé numérique

Lorsque l'on parle de nouvelles technologies en santé, cela regroupe un grand nombre d'avancées qui relèvent de domaines multiples, telles que la santé numérique, les avancées biotechnologiques, l'intelligence artificielle et le *Machine Learning*, la médecine génomique, la Blockchain, le Big Data et l'analytique, et bien d'autres. Chacune de ces avancées vise à renforcer le secteur de la santé, en améliorant l'accès aux soins, en augmentant l'efficacité des traitements, en réduisant les coûts ou encore en permettant une évolution vers des soins de santé plus personnalisés et plus préventifs.

Cependant, ces avancées soulèvent également des préoccupations majeures, ainsi que des défis techniques et éthiques. Il est donc essentiel d'examiner comment ces évolutions transformeront les pratiques et la formation des professionnels de santé actuels, les nouvelles compétences et cadres requis pour exploiter et contrôler le potentiel qu'elles représentent.

5.1 L'impact de la santé numérique sur les pratiques et les métiers de la santé

Cette section explore quelques aspects de l'impact de ces technologies sur la manière dont les professionnels de santé travaillent.

En premier lieu, elles auront un **impact sur leur relation avec les patients, notamment grâce à la télésurveillance et à la télémedecine**, qui permettent aux soignants de surveiller à distance les signes vitaux, les données de santé et même certaines maladies chroniques des patients grâce à des dispositifs

¹³⁸ Pour en savoir davantage sur cet accord, voir : <https://www.rsc.org/policy-evidence-campaigns/inclusion-diversity/joint-commitment-for-action-inclusion-and-diversity-in-publishing/> (consulté le 03/08/2023).

portables et à des capteurs, ce qui peut améliorer l'accès aux soins, en particulier dans les régions éloignées ou mal desservies (205).

La relation avec les patients sera également modifiée par leur **engagement accru dans les décisions de santé qui les concernent**. Le fait d'améliorer l'accès des individus à leurs données de santé et à des informations médicales fiables par l'intermédiaire d'outils numériques (messageries sécurisées, outils de vidéoconférence, applications de santé mobile, dispositifs portables, etc.) devrait augmenter leur littératie en santé et leur permettre de participer activement aux décisions relatives à leurs soins. Dans les pays à revenu faible, les initiatives de télésanté s'appuyant sur le téléphone portable pour améliorer l'accès aux soins et l'éducation à la santé des patients se comptent aujourd'hui par centaines (206): par exemple, le programme mDiabète (207) au Sénégal ou encore MomConnect en Afrique du Sud (208). Cependant ces programmes sont insuffisamment évalués et leurs effets en termes de véritable *empowerment* des patients reste à confirmer (209).

Ces avancées auront de profondes répercussions sur **les diagnostics, les choix et les méthodes de**

Encadré 14. La téléphonie mobile au service des patients atteints de diabète – le Programme mDiabète au Sénégal

Créée en 2014, mDiabète est une application sénégalaise issue du programme mondial « Be He@lthy, Be Mobile » lancé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'Union internationale des télécommunications (UIT).

Elle est composée de 4 parties : **1)** mSensibilisation, pour la population, **2)** mEducation, pour les patients diabétiques, **3)** mFormation, à l'intention des professionnels de santé, **4)** mSuivi, pour les aspects techniques relatifs à la diffusion des messages.

A travers l'application, les patients reçoivent des SMS, leur expliquant comment prendre en charge leur maladie, quelles sont les bonnes habitudes à adopter, et comment faire le lien avec le médecin ou le professionnel de santé qui les suit. Ainsi, les patients et leur entourage peuvent participer activement à leur traitement, ce qui a facilité la communication avec les professionnels de santé (qui peuvent ainsi demander à leurs patients ce qu'ils ont compris, s'ils nécessitent des compléments d'information, ou s'ils ont des retours sur leur prise en charge).

Dans le cadre de ce même programme, de nombreuses applications nationales ont vu le jour, pour le diabète comme en Inde ou en Égypte, mais aussi pour d'autres maladies, comme le cancer du col de l'utérus en Zambie ou la lutte contre le tabagisme au Costa Rica **(3)**.

traitement. Par exemple, l'explosion des connaissances médicales, de la complexité des traitements et de l'augmentation exponentielle des sources de données de santé (allant de l'étude de la génomique aux données provenant d'appareils connectés), va augmenter le recours à des solutions de prises de décisions basées sur des données (*data-driven decision making*) – permettant d'adapter, de personnaliser les traitements – ou à des outils de diagnostic utilisant l'intelligence artificielle. De nombreux systèmes, qualifiés d'aide à la décision, de gestion des connaissances ou d'e-santé voient actuellement le jour, comme le programme européen « Desiree », qui aide les cliniciens dans le traitement et le suivi des patientes atteintes de cancers du sein.

Les systèmes d'information sanitaire (comme les systèmes d'information hospitaliers, les dossiers patients informatisés ou encore les messageries sécurisées de santé professionnelle), **changeront la manière dont les soins sont coordonnés**, en centralisant les informations sur les patients, en améliorant l'accessibilité de ces données et la coordination entre les différents professionnels, et en réduisant certaines charges administratives. En 2020 en France, le SEGUR du numérique en santé a recommandé de "*généraliser le partage fluide et sécurisé des données de santé entre professionnels et usagers pour mieux soigner et accompagner*" (210).

Cependant, si une majorité des professionnels de la santé utilisent déjà certains de ces outils dans leur travail quotidien, beaucoup d'entre eux s'interrogent sur la réelle valeur ajoutée des technologies, se plaignent qu'elles les gênent dans leur travail, demandent des garanties contre leurs effets indésirables potentiels (211), tels que les risques en matière de confidentialité et de sécurité, les suppressions d'emplois, les problèmes de dépendance ou de fiabilité, les dilemmes éthiques, les inégalités d'accès, etc ; ou encore déclarent ne pas avoir la possibilité d'acquérir les compétences nécessaires pour les utiliser pleinement. En

France, un sondage Odexa – Uness a révélé en 2018 que 79 % des étudiants en santé et 73 % des professionnels de santé se sentaient démunis et insuffisamment formés sur ces thématiques numériques(212).

Encadré 15 : Comment la pandémie de Covid a accéléré l'utilisation des outils numériques

Avec la pandémie de Covid-19, l'usage des technologies numériques dans le secteur de la santé s'est imposé de manière incontournable, du fait d'une demande accrue de télémédecine, d'outils de santé numériques et de traçage numérique des informations sanitaires. Par exemple, en Norvège, la part des téléconsultations dans les soins de santé primaires est passée de 5 % avant la pandémie à près de 60 % durant la crise. En France, le nombre de téléconsultations a frôlé le million par semaine en avril 2020, contre environ 10 000 par semaine avant mars (*OCDE & Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2021*).

La pandémie a ainsi donné lieu à un certain nombre de politiques d'urgence facilitant l'utilisation de ces outils – ce qui a notamment permis de modifier les politiques de remboursement, de former les professionnels de la santé à l'utilisation de ces technologies et d'augmenter les investissements dans ce domaine. Ainsi, en 2020, les investissements dans le secteur au niveau mondial ont augmenté de 103% par rapport à l'année précédente, passant de 10,6 milliards de dollars en 2019 à 21,6 milliards de dollars en 2020 (*Mercom Capital Group, 2020*).

Cette utilisation massive et soudaine d'outils numériques de santé a ainsi montré que les freins à l'adoption de ces outils avant la pandémie étaient liés à des défis individuels, organisationnels et systémiques – plutôt qu'à des défis techniques.

5.2 L'émergence de nouvelles compétences et de changements structurels

L'intégration d'outils numériques et de nouvelles technologies dans le secteur de la santé n'est donc pas une simple question de changement technique. Elle nécessite des changements complexes dans les attitudes et les compétences humaines, ainsi que dans l'organisation du travail et les cadres juridiques et financiers qui le structure.

Plusieurs objectifs stratégiques mondiaux ont été identifiés afin d'encadrer le développement et la diffusion de ces avancées(211,213) (211) :

- **Promouvoir la collaboration mondiale** pour faire progresser le développement et le transfert de connaissances sur les technologies de la santé ; en particulier pour les pays à revenu faible ou intermédiaire, où il existe encore des obstacles liés aux problèmes fondamentaux d'infrastructure tels que l'accès à l'internet, l'interopérabilité, les coûts, l'accès à la technologie et même l'accès à l'électricité.
- **Faire en sorte que les professionnels de la santé et les patients aient confiance en ces avancées** tout en minimisant les risques ; en établissant des stratégies nationales de santé numérique et technologique centrées sur l'être humain, en faisant progresser l'évaluation et les garanties réglementaires pour assurer que les technologies aient un impact positif, ou encore en encourageant la conception d'interfaces faciles à utiliser.
- **Adapter l'organisation de la prestation des services de santé et les cadres juridiques et financiers connexes** ; en mettant en place des structures spécialisées au sein des gouvernements afin de réfléchir à de nouvelles approches et de garantir la révision en temps utile des lois, des systèmes de paiement et des cadres organisationnels, en faisant correspondre l'offre et la demande de compétences, et en prenant en compte l'avenir numérique et technologique dans la planification des effectifs de personnels de santé.

- **Améliorer l'expertise et les compétences nécessaires à l'utilisation efficace des technologies en santé** ; en incluant les nouvelles compétences numériques dans le contenu de base des formations en santé, et en créant des nouvelles catégories de professionnels disposant de compétences hybrides, dans les domaines clinique, technique et prospectifs (115).

Concernant ce dernier point, en France, le Ministère de la santé français a développé un référentiel « *socle et transversal des compétences du numérique en santé* » qui sera rendu obligatoire dans la majorité des formations en santé à partir de la rentrée 2024. Les compétences énumérées dans ce socle peuvent s'étendre aux autres pays : apprendre à comprendre et traiter et exploiter les données en santé en respectant les réglementations, savoir utiliser les plateformes numériques, logiciels et outils connectés afin de mieux communiquer avec les patients et les autres professionnels, connaître les enjeux sécuritaires et savoir se prémunir des risques associés, respecter les bonnes pratiques en matière de télésanté (214), ou tout simplement acquérir les compétences techniques nécessaires à l'utilisation des nouvelles technologies.

Ces changements dans les formations – initiales et continues – devront s'appuyer sur les résultats des 5 grands domaines de la recherche technologique pour la santé, soit l'imagerie, les technologies associées au développement des médicaments, les biotechnologies et la bio-ingénierie, la chirurgie et les autres techniques interventionnelles, les technologies associées à la santé numérique(215). Les avancées dans ces domaines donneront également naissance à de nouvelles catégories de professionnels ; notamment des techniciens en bio-informatique, robotique ou bio-impression, ou encore des spécialistes de l'Intelligence artificielle, de l'Internet des Objets, des affaires réglementaires pour les technologies de la santé, etc.

Enfin, l'intégration dans nos systèmes de santé de ces nouvelles technologies devra être abordée avec prudence et guidée par des principes d'éthique, d'équité et de soins centrés sur le patient. En 2021, le Comité national pilote d'éthique du numérique (CNPEN), placé sous l'égide du CCNE, publiait un avis intitulé « *Manifeste pour une éthique du numérique* », qui rappelait la nécessité d'encadrer le développement de ces technologies par des principes éthiques, en s'interrogeant notamment sur la soutenabilité sociale, économique et environnementale des développements du numérique, les moyens pour respecter l'autonomie des personnes et pour lutter contre la fracture numérique, ou encore les conditions pour exercer notre libre arbitre dans une relation entre l'être humain et la machine (216). En cadrant le développement de ces technologies avec ces considérations à l'esprit, il sera possible d'exploiter leur pouvoir transformateur afin de faciliter le travail des professionnels de santé et de faire progresser la santé et le bien-être des individus.

6. Les évolutions de la formation aux métiers de la santé

Dans le monde, 2420 écoles de médecine, 467 écoles ou départements de santé publique et un nombre indéterminé d'établissements d'enseignement post-secondaire forment chaque année environ 1 million de nouveaux médecins, infirmiers, sages-femmes et professionnels de la santé publique - avec des déséquilibres majeurs¹³⁹. Cependant, un rapport commissionné en 2010 par le Lancet sur le futur des formations des professionnels de santé a estimé que ces formations étaient en proie à des problèmes systémiques : inadéquation des compétences des personnels de santé aux besoins des patients et de la population, stratification persistante du statut professionnel en fonction du genre, manque de travail d'équipe, focalisation technique étroite sans compréhension contextuelle plus large, rencontres épisodiques plutôt que soins continus des patients, orientation

¹³⁹En 2010, 26 pays d'Afrique subsaharienne n'avaient qu'une seule ou aucune école de médecine (120).

hospitalière prédominante au détriment des soins primaires, déséquilibres quantitatifs et qualitatifs sur le marché du travail professionnel et manque de leadership pour améliorer les performances du système de santé (125).

Les dispositifs de formations actuels ne sont pas adaptés aux nouveaux défis sanitaires du 21^e siècle, et l'augmentation du nombre de diplômés ne pourra pas être la seule réponse au déficit mondial de professionnels de la santé. Il sera également nécessaire de faire évoluer ces formations, pour augmenter la quantité, mais aussi la qualité et la pertinence des métiers de la santé, afin d'obtenir le bon mélange de compétences capable de répondre aux besoins en constante évolution des populations dans le monde entier.

Parmi les neuf réformes proposées par la commission Lancet, trois d'entre elles, qui nous semblent particulièrement importantes, seront explorées en détail dans cette partie : 1) l'adoption de programmes d'études fondés sur les compétences qui répondent à des besoins en évolution rapide, 2) la promotion d'une éducation interprofessionnelle et trans-professionnelle qui brise les silos professionnels, et 3) l'exploitation du pouvoir des technologies de l'information pour l'apprentissage.

Encadré 16. Les réformes proposées par la commission Lancet

Des professionnels de la santé pour un nouveau siècle : transformer l'éducation pour renforcer les systèmes de santé dans un monde interdépendant (120)

1. L'adoption de programmes d'études basés sur les compétences qui répondent à des besoins en évolution rapide plutôt que d'être dominés par des cours statiques ;
2. La promotion d'une formation interprofessionnelle et trans-professionnelle qui brise les cloisonnements professionnels tout en renforçant les relations collaboratives et non hiérarchiques au sein d'équipes efficaces ;
3. Exploitation de la puissance des technologies de l'information pour l'apprentissage ;
4. L'adaptation au niveau local, mais l'exploitation des ressources au niveau mondial de manière à relever les défis locaux tout en utilisant les connaissances, l'expérience et les ressources partagées au niveau mondial ;
5. Renforcement des ressources éducatives, puisque le corps enseignant, les programmes d'études, le matériel didactique et l'infrastructure sont des instruments nécessaires à l'acquisition des compétences ;
6. Promouvoir un nouveau professionnalisme qui utilise les compétences comme critère objectif pour la classification des professionnels de la santé, en transformant les silos conventionnels actuels ;
7. Mettre en place des mécanismes de planification conjoints dans chaque pays afin d'impliquer les principales parties prenantes, en particulier les ministères de l'éducation et de la santé, les associations professionnelles et la communauté universitaire, pour surmonter la fragmentation en évaluant les conditions nationales, en fixant des priorités, en élaborant des politiques, en suivant le changement et en harmonisant l'offre et la demande de professionnels de la santé pour répondre aux besoins de la population en matière de santé ;
8. L'expansion des centres universitaires à des systèmes universitaires, en étendant le continuum traditionnel découverte-soins-éducation dans les écoles et les hôpitaux aux établissements de soins primaires et aux communautés ;
9. L'établissement de liens par le biais de réseaux, d'alliances et de consortiums entre les établissements d'enseignement du monde entier et entre les acteurs alliés, tels que les gouvernements, les organisations de la société civile, les entreprises et les médias.

6.1 Développer l'offre de formation pour faire évoluer les compétences et formaliser de nouveaux métiers

D'une part les formations des métiers « traditionnels » de la santé, médicaux et paramédicaux, doivent évoluer pour intégrer les nouvelles connaissances et compétences qui seront nécessaires à l'exercice de leurs métiers dans les années à venir. Ces nouvelles compétences sont nombreuses (et font l'objet de sections spécifiques dans la présente étude).

L'impact du changement climatique sur la santé, notamment, devra être intégré dans les programmes d'enseignement. Entre 2030 et 2050, le changement climatique pourrait entraîner environ 250 000 décès supplémentaires par an, dus à la malnutrition, au paludisme, à la diarrhée et au stress thermique (217). Les professionnels de la santé devront donc apprendre à atténuer et à traiter les risques pour la santé causés par le changement climatique, tels que les maladies et les blessures causées par des phénomènes météorologiques extrêmes, la pollution de l'air, l'insuffisance de l'eau potable, de l'assainissement et de l'hygiène (WASH), les produits chimiques, les radiations, les maladies infectieuses émergentes, et d'autres risques importants pour la santé liés à l'environnement. **Il en va de même pour le concept "One Health"**, intrinsèquement lié au

changement climatique, qui prend en compte l'interconnexion des organismes vivants et des écosystèmes et promeut une approche globale et pluridisciplinaire de la santé. Pour cette discipline en particulier, les formations - qui porteront sur l'antibiorésistance, les maladies à transmission vectorielle, les maladies chez les animaux destinés à l'alimentation ou la contamination de l'eau - devront de plus être dispensées par des professionnels de diverses disciplines, et pas seulement des professionnels de la santé humaine : vétérinaires, épidémiologistes, mais également écologues, sociologues, anthropologues, géographes, et modélisateurs (218).

Comme expliqué dans la partie sur l'impact des nouvelles technologies en santé, **les professionnels de santé devront acquérir des compétences dans les cinq grands domaines des nouvelles technologies en santé**, soit 1) l'imagerie, 2) les technologies associées au développement des médicaments, 3) les biotechnologies et la bio-ingénierie, 4) la chirurgie et les autres techniques interventionnelles, et 5) les technologies associées à la santé numérique. Il s'agira de favoriser la création de formations à des métiers hybrides (soignant-spécialiste, soignant-technicien, etc.), comme infirmier de bloc opératoire instrumentiste en robotique chirurgicale, ou encore assistant sanitaire d'aide à la décision (maîtrisant les outils utilisant le *big data* et l'IA) (219).

La relation de confiance entre le professionnel de la santé et le patient est essentielle au succès des traitements et des soins. Il est important de considérer que l'arrivée de ces avancées va profondément modifier ce rapport patient-soignant, particulièrement du fait du développement de la télémédecine, ou encore du fait de mise en place de procédés technologiques d'automatisation ou d'aide à la décision qui pourraient remplacer des actes routiniers actuellement pratiqués par les professionnels de santé : prise d'historique médical, analyse de résultats de tests médicaux, chabots utilisant l'IA pouvant répondre à des questions et prodiguer des conseils, etc. Ainsi, pour pallier cette perte de contact, les formations devront mettre l'accent sur des compétences de « savoir-être » qui seront essentielles pour que cette relation reste bénéfique. Ces compétences psychosociales, émotionnelles, sociales et cognitives, peuvent tout à fait être enseignées (187), par exemple :

- Savoir communiquer et établir un dialogue éthique et empathique avec le patient, les aidants, tout usager ainsi qu'avec les autres professionnels ;
- Être à l'écoute des patients pour les aider à élaborer un consentement éclairé ;
- Savoir gérer et communiquer en situation de crise (épidémie, crise sanitaire, incident critique, etc.).
- Avoir une bonne connaissance du système de santé (organisation, principaux acteurs institutionnels, régulation, etc.) ;
- Savoir gérer, accompagner ou prendre en compte une plus grande autonomie des équipes dans l'organisation de leur travail et dans leurs pratiques.

Afin de s'éloigner d'une formation et d'une professionnalisation essentiellement hospitalières, **les étudiants devront également être exposés et formés à l'importance des soins primaires et des contextes sanitaires locaux** (recommandation n°8 de la commission Lancet). Les systèmes universitaires devront fournir un environnement plus équilibré pour la formation des futurs professionnels, en leur permettant de s'engager auprès des communautés locales (par exemple, par le biais de stages), afin d'aborder de manière proactive la prévention et les soins centrés sur les populations. Cela permettra aux étudiants d'être directement exposés aux contextes sanitaires locaux et de mieux comprendre les déterminants sociaux de la santé, l'importance du continuum de soins globaux et le rôle du contexte (socio-économique, géographique) dans la santé et la maladie (220).

D'autre part, les soignants dits « traditionnels » ne pourront pas porter la totalité de ces besoins supplémentaires. Les gouvernements, en lien avec les structures institutionnelles éducatives auront la responsabilité d'identifier ces nouveaux métiers, pas directement impliqués dans les soins, qui seront nécessaires pour répartir la charge de travail et répondre aux nouveaux besoins ; et, en fonction, de développer des offres de formation initiale et continue pour ces nouveaux métiers (187, 189), liés aux enjeux susmentionnés :

- Enjeux environnementaux : gestionnaire des risques, responsable HSE (Hygiène, Sécurité, Environnement) ou QSE (Qualité, Sécurité, Environnement), technicien de traitement des déchets médicaux ;
- Enjeux technologiques : responsable de plateforme d'intermédiation numérique, e-conseiller patient, technicien en robotique ou en impression 3D, attaché en données cliniques ;
- Enjeux sociaux : référents de parcours de santé, coaches de prévention en santé, médiateurs en santé, assistants de vie, etc.

6.2 Décloisonner les métiers existants

Malgré les preuves de plus en plus nombreuses que les soins dispensés par des équipes hautement collaboratives conduisent à de meilleurs résultats pour les patients, jusqu'à récemment, la formation des professionnels de la santé a été conçue pour maintenir les professions séparées jusqu'à la fin du processus de formation. À la lumière de ces preuves, l'éducation interprofessionnelle a connu un regain d'intérêt. Elle est définie comme un processus par lequel des étudiants de différents programmes professionnels apprennent à étudier et à travailler ensemble pendant certaines périodes de leur formation, sans considération de hiérarchie. Outre les compétences techniques spécifiques, ce type d'enseignement met l'accent sur des compétences génériques et transversales, telles que les compétences analytiques, de leadership, de gestion et de communication. Son objectif est d'améliorer la collaboration et le travail d'équipe, afin d'améliorer les soins aux patients (125).

Encadré 17. Un exemple d'éducation interprofessionnelle

Université de Gand, Belgique

Au cours de la troisième année de leur formation professionnelle en santé à l'université de Gand, les étudiants en médecine, en pédagogie sociale, en sociologie et en promotion de la santé sont confrontés aux communautés défavorisées de Gand, en Belgique. Chaque équipe explore le quartier qui lui a été attribué afin d'observer les caractéristiques et la composition de sa population, puis recueille des données médicales ainsi que des indicateurs non médicaux (par exemple des données criminologiques), sur la qualité de vie dans certains quartiers.

Les étudiants se réunissent ensuite en groupe pour discuter des informations qu'ils ont recueillies et observées; les professeurs ont remarqué que les étudiants en médecine veulent souvent résoudre les problèmes immédiatement, alors que les étudiants en sciences sociales sont plus enclins à analyser le problème, à examiner les déterminants et à se demander si le problème peut être abordé par leur groupe. Un tel travail collaboratif expose les étudiants à différentes façons de réfléchir aux problèmes de santé et aux processus de pensée d'autres disciplines.

Dans le même état d'esprit, on peut envisager d'évoluer vers le décloisonnement des différentes professions de santé (recommandation n°6 de la commission Lancet) : passer d'une logique de formation centrée sur les métiers à une logique de formation fondée sur les compétences, en mettant en place des opportunités d'évolution par la formation continue et la création de passerelles. En France par exemple, le projet de loi « Ma Santé 2022 » comprend un volet sur l'évolution de la promotion professionnelle qui regroupe plusieurs mesures(221):

- Faciliter les parcours des professionnels paramédicaux pour leur permettre de développer leurs compétences tout au long de leur vie professionnelle notamment dans le cadre des coopérations interprofessionnelles ;
- Développer les études promotionnelles¹⁴⁰ en augmentant les effectifs d'aides-soignantes (AS) en formation infirmière et en mettant en place des financements spécifiques notamment pour les formations de pratiques avancées¹⁴¹, les formations médicales des professionnels paramédicaux, les formations aux métiers de directeurs ;
- Faciliter l'évolution professionnelle des médecins en soutenant financièrement ceux qui s'engagent notamment dans un changement de spécialité ;
- Organiser le repérage et l'accompagnement personnalisé des personnels soignants au potentiel de progression avéré (par exemple un infirmier capable de s'engager dans des études de médecine) ;
- Préserver mais simplifier l'organisation des concours pour rendre effectives et rapides les opportunités d'évolution de carrière (et ainsi favoriser l'accès aux études médicales et paramédicales aux personnes issues d'autres secteurs) ; etc.

Dans cette logique de « décloisonnement » des savoirs, et pour que la santé mondiale soit réellement considérée comme une priorité de l'agenda international, il est essentiel de former les professionnels de la santé aux enjeux et spécificités de la gouvernance mondiale et de la diplomatie sanitaire. En regard, la formation des responsables politiques et diplomates aux enjeux de santé mondiale devrait impérativement être renforcée (222).

6.3 Utiliser les nouvelles technologies pour l'apprentissage

L'élargissement des possibilités et des modalités de formation par l'utilisation de nouvelles technologies est une voie pour permettre l'accès aux formations sanitaires à un plus grand nombre d'étudiants, en particulier dans les zones mal desservies et isolées ; mais également pour faciliter l'acquisition de connaissances de base, améliorer la coordination des compétences, s'entraîner à des événements rares ou critiques, apprendre la formation en équipe, améliorer les compétences psychomotrices, ou encore désengorger les établissements de soins où les étudiants sont formés (223). Ces nouvelles technologies comprennent, entre autres :

- Podcasts, vidéos et autres plateformes multimédias permettant d'enregistrer et de diffuser des cours ;
- Apprentissage assisté par ordinateur : sites web textuels, modules électroniques interactifs (eModules) utilisant des cas cliniques virtuels et des graphiques ;
- Appareils mobiles : assistants numériques personnels (utilisés par les étudiants pour les questions médicales, la gestion des patients et les décisions de traitement) ou applications médicales pour smartphone axées sur l'anatomie, la physiologie ou la résolution de problèmes médicaux, le diagnostic et le traitement ;
- Technologies portables : objets intelligents tels que des lunettes connectées à l'internet avec affichage au niveau des yeux et commande vocale ;
- Jeux numériques : des jeux de rôle qui proposent des situations médicales et améliorent la coordination œil-main et les réflexes ;
- Simulation : l'utilisation de la réalité virtuelle, d'ordinateurs, de mannequins ou de représentations en 3D de parties du corps pour imiter des patients réels, des régions anatomiques ou des tâches cliniques ;

Ces nouvelles technologies vont notamment permettre l'élargissement des possibilités d'apprentissage en ligne et à distance, à la fois dans les pays à revenu élevé et dans les pays à revenu faible, et ainsi atteindre plus d'étudiants. Les écoles situées dans des pays à ressources limitées ou

¹⁴⁰Les études promotionnelles sont un dispositif qui permet aux professionnels de santé d'obtenir un diplôme ou un certificat du secteur sanitaire et social dans le cadre d'un projet d'évolution professionnelle tout en restant en poste, et ainsi favoriser la promotion interne.

¹⁴¹La pratique avancée permet à des professionnels paramédicaux (par exemple, des infirmiers) d'exercer des missions et des compétences plus poussées, jusque-là dévolues aux seuls médecins.

dans des zones rurales s'associent à des écoles situées dans des pays ou des villes plus riches, qui partagent leur matériel éducatif via les outils mentionnés précédemment. Cela implique en revanche que le matériel pédagogique soit adapté aux réalités des soins de santé dans les zones à ressources limitées, que les écoles soient équipées du matériel nécessaire et que les étudiants et le corps enseignant soient formés à son utilisation (224).

L'utilisation de ces technologies peut se traduire par de plus grandes opportunités éducatives pour les étudiants tout en améliorant l'efficacité et l'efficience du corps enseignant. Cependant, afin de ne pas accroître les inégalités numériques et éducatives entre les pays et les régions, l'apprentissage via ces technologies dans l'enseignement médical devra rester un moyen de parvenir à une fin, plutôt qu'une fin en soi ; car leur utilisation demande un certain niveau de développement institutionnel en termes de ressources humaines et d'infrastructures qui n'est pas toujours suffisant dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Encadré 18. Exploiter les nouvelles technologies pour la formation médicale – l'exemple des Simulateurs de chirurgie en ophtalmologie (198)

La simulation chirurgicale ophtalmologique permet aux futurs ophtalmologues de s'initier aux opérations comme celles de la cataracte ou encore de la myopie. Ces dispositifs de réalité virtuelle sont cens reproduire fidèlement les conditions du réel. Ainsi, chaque étudiant, sous l'encadrement d'un chirurgien senior, doit pouvoir améliorer sa technique chirurgicale, apprendre à maîtriser des instruments et à gérer le temps opératoire. De multiples scénarios virtuels peuvent être créés pour apprendre à gérer les imprévus, ce qui permet aux étudiants d'optimiser leurs compétences chirurgicales hors du bloc opératoire.

7. Mobilités, migrations et nouvelles opportunités

La mobilité des professionnels de santé peut être envisagée de trois manières :

- comme une opportunité potentielle pour les individus qui souhaitent se déplacer,
- comme une opportunité potentielle pour les pays globalement récipiendaires des principaux flux de migrations des professionnels de santé,
- comme une perte potentielle pour les pays globalement originaires des principaux flux de migrations des professionnels de santé qui en ont assuré la formation initiale dans le cas du secteur public.

De nombreux facteurs expliquent la mobilité grandissante des professionnels de santé : internationalisation des formations, augmentation des échanges entre praticiens, systèmes renforcés de reconnaissance des diplômes, inégalités de l'offre (dans les pays à revenu limité notamment) et de la demande (dans les pays les plus riches notamment).

Les opportunités de formation en médecine à l'étranger et l'intérêt des individus pour étudier la médecine à l'étranger est une tendance qui s'affirme de plus en plus. D'après l'OCDE, les étudiants internationaux en médecine représentent la moitié de tous les étudiants en médecine en Irlande par exemple, un tiers en Roumanie et un quart en Pologne (160).

Tous ces éléments montrent que les mobilités et migrations des étudiants en santé ou des professionnels de santé ne peuvent être considérées uniquement comme un aspect négatif dans le cadre plus général de l'étude et de la planification des ressources humaines en santé. Au contraire, ces flux migratoires sont souvent le reflet d'opportunités individuelles, mais aussi d'opportunités pour les pays de destination car les mobilités des individus peuvent également permettre un enrichissement des pratiques, apporter une vision différente de certains problèmes de santé, une manière alternative de traiter les problèmes.

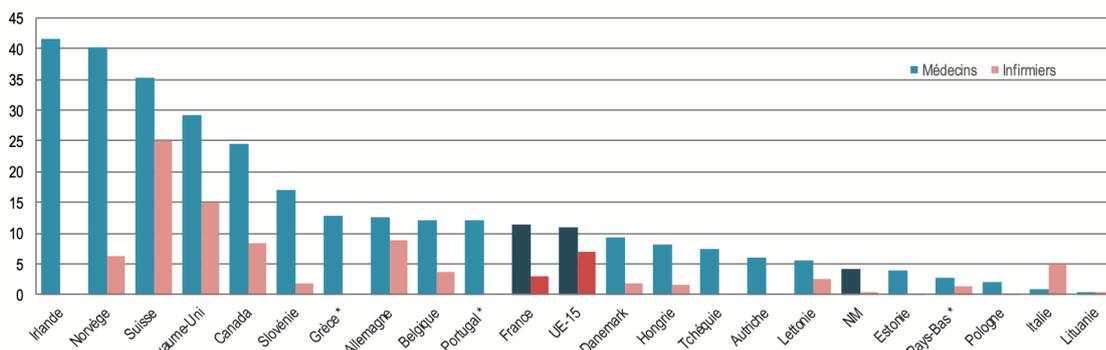
Cet aspect positif des migrations des professionnels de santé ne doit pourtant pas cacher certaines pratiques managériales qui reviendraient à employer en dessous de leur niveau de connaissance et de compétence des professionnels de santé formés à l'étranger, ce qui permettrait de les rémunérer moins que les professionnels de santé nés ou formés dans le pays de destination à qualifications égales. De plus, il a été établi dès l'introduction de ce rapport que le simple intitulé de métier d'un professionnel de santé formé à l'étranger apporte peu d'informations sur ses connaissances et compétences car les formations à tel ou tel métier sont rarement uniformisées : tel nom de métier traduit peut désigner une réalité différente que dans le pays d'origine.

C'est afin de participer à mettre en place des conditions de recrutement, de travail et de rémunération équivalentes pour tous les professionnels de santé quel que soit leur pays d'origine ou de formation que l'OMS a mis en place en 2010 un « Code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé » (8).

7.1 L'ampleur des mobilités des professionnels de santé et leur impact sur les systèmes de santé

D'après l'OCDE, un médecin sur six exerçant dans les pays de l'OCDE a étudié à l'étranger et le nombre de médecins et d'infirmiers nés à l'étranger a augmenté de 20% dans les années 2010, par rapport à la décennie précédente (226).

FIGURE 15 : PROPORTION DE MEDECINS ET D'INFIRMIERS FORMES A L'ETRANGER EN 2018 (EN %)



* Données 2017.

Note > Moyennes de l'UE calculées à partir des dernières années et pays disponibles.

Source > OCDE et Eurostat, Statistiques sur la santé.

Les données de l'OCDE montrent que les entrées de médecins et d'infirmiers formés à l'étranger dans les pays de l'OCDE ont atteint un plateau dans la plupart des pays entre 2010 et 2018. L'augmentation récente de l'émigration des professionnels de la santé peut être attribuée à la pandémie de COVID-19. Les flux annuels de médecins et d'infirmiers formés à l'étranger dans certains pays de l'OCDE ont légèrement augmenté ces dernières années.

Par ailleurs, les flux de migration des professionnels de santé sont souvent plus complexes que de simples flux « Sud-Nord » dirigés par la seule notion de *brain drain*. Le rapport de l'OCDE de 2019 cité ci-dessus montre par exemple que certains médecins formés à l'étranger pour des pays comme Israël, la Norvège, la Suisse, ou les Etats-Unis, sont nés dans ces pays, ont obtenu leur diplôme de médecins à l'étranger avant de revenir dans leur pays de naissance. D'autres pays, comme l'Afrique du Sud sont à la fois « exportateur » et « importateur » de personnels de santé.

Selon l'OIT, la demande non satisfaite de personnel de santé dans les pays à revenu élevé continuera d'accroître la migration des professionnels de santé depuis les pays à revenu faible ou intermédiaire qui n'ont pas les moyens de mettre en place les mesures d'incitation nécessaires pour les retenir. Un nombre important d'agents de santé migrants, principalement des femmes, suivent cette tendance géographique pour répondre à la demande des pays riches. En général, ils

laissent leurs propres enfants à des parents ou à des employés de maison, ce qui donne lieu à un phénomène connu sous le nom de "chaîne mondiale de soins" (global care chain) ou encore de "carrousel médical" de la migration internationale des professionnels de la santé (227).

De plus, les « retours sur investissement » perdus en raison de la migration vers l'étranger sont estimés substantiels pour les pays d'origine. Par exemple, la migration des médecins d'Éthiopie, du Kenya, du Malawi, du Nigéria, d'Afrique du Sud, de Tanzanie, d'Ouganda, de Zambie et du Zimbabwe a été estimée à 2,17 milliards de dollars de pertes de retour sur investissement dans l'éducation (228).

Les pays à revenu faible et moyen inférieur produisent environ un tiers des professionnels de santé formés à l'étranger. Un rapport de l'OCDE a révélé que dans dix pays d'Afrique et d'Amérique latine, les taux d'émigration des médecins nés dans le pays dépassaient 50 % (229). Si l'on considère les taux d'émigration (rapport entre le nombre de médecins formés dans le pays à l'étranger et le nombre total de médecins formés dans le pays), quatre des 20 premiers pays se trouvent en Europe (Estonie, Islande, Irlande et Malte), cinq en Afrique subsaharienne (Congo, Éthiopie, Ghana, Liberia et Zimbabwe) et le reste dans les Caraïbes (230).

7.2 Le Code de pratique mondiale de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé

L'objectif du code de pratique mondiale de l'OMS est triple :

- fixer quelques « règles du jeu » éthiques pour concilier et maximiser les bénéfices de tous (personnels de santé, pays de destination, pays d'origine)
- mobiliser l'ensemble des acteurs pour qu'ils investissent davantage dans les systèmes de santé des pays en développement confrontés à des pénuries de personnel de santé.
- encourager les accords de gouvernement à gouvernement mutuellement bénéfiques afin de formaliser et d'encadrer ces mobilités (231).

Deux outils importants complètent ce code de pratique mondiale : une liste des pays qui réclament une attention spécifique, parce qu'ils sont particulièrement fragiles en matière de pénurie des professionnels de santé et une plateforme internationale pour les accords internationaux.

En 2020, l'OMS a publié une liste de soutien et de sauvegarde des personnels de santé, qui comprend 47 pays confrontés aux défis les plus pressants en matière de personnels de santé liés à la CSU (24). En janvier 2023, huit pays supplémentaires ont été ajoutés à la liste, portant à 55 le nombre de pays nécessitant une protection supplémentaire contre le recrutement international actif (24). La liste est dynamique, avec des mises à jour prévues tous les trois ans, reflétant les progrès des pays en matière de densité de personnel de santé et de couverture des services.

FIGURE 16 : LISTE OMS DE SOUTIEN ET DE SAUVEGARDE DES PROFESSIONNELS DE SANTE (2023)

Afrique (37)	Angola, Bénin, Burkina Faso, Cameroun, république centrafricaine, Tchad, Comores, RDC, Cote d'ivoire, Congo Brazzaville, Guinée équatoriale, Erythrée, Etiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée Bissau, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Niger,
--------------	---

	Nigéria, Rwanda, Sénégal, Sierra Léone, Sud-Soudan, Togo, Ouganda, Tanzanie, Zambie, Zimbabwe
Amérique latine	Haiti
Méditerranée orientale	Afghanistan, Djibouti, Pakistan, Somalie, Soudan, Yemen
Asie du sud est	Bangladesh, Nepal, Timor-Leste
Pacifique occidental	Kiribati, Laos, micronésie, Papouasie nouvelle guinée, Samoa, Iles Salomon, Tuvalu, Vanuatu

Il ne s'agit pas ici d'imposer des restrictions à la mobilité volontaire des professionnels de santé mais juste d'attirer l'attention des pays sur ces questions. La crise Covid a montré de quelle manière certains pays pouvaient avoir des démarches pro-actives pour « démarcher » le personnel de santé d'autres pays en période de crise (229).

Une plateforme internationale a par ailleurs été mise en place par l'OMS, l'OIT et l'OCDE pour favoriser les accords bilatéraux ou régionaux et préserver l'intérêt économique des pays formateurs (exemple des 500 000 infirmières philippines qui vont partir travailler en Allemagne d'ici 2030) (232).

Citons également un autre texte de référence sur ces questions : les principes généraux et les directives opérationnelles de l'OIT pour un recrutement équitable, qui couvrent tous les secteurs économiques et toutes les catégories de professionnels, identifient les dangers potentiels qui peuvent être associés au recrutement international, tels que la diminution de la main-d'œuvre, l'abaissement des normes de travail, des salaires ou des conditions de travail, et l'affaiblissement général du travail décent (233).

7.3 – Les politiques mises en place par les pays

Conscients des enjeux liés à la mobilité des professionnels de santé, de plus en plus de pays mettent en place des politiques spécifiquement dédiées à ces questions. Du côté des pays d'origine comme du côté des pays d'accueil, les approches sont très diversifiées (115).

De la part des pays d'origine, certains pays ont mis en œuvre des politiques visant à restreindre la migration des professionnels de santé, tandis que d'autres capitalisent sur les avantages qu'elle offre. La Chine a par exemple mis en place une politique connue sous le nom de "*Young Thousand Talents*" pour attirer les ressortissants chinois hautement qualifiés à l'étranger et les faire revenir dans le pays (234). De même, le gouvernement thaïlandais multiplie les initiatives pour que les étudiants en médecine formés à l'étranger avec des bourses du gouvernement rentrent dans leur pays d'origine (235). D'autres pays misent au contraire sur les retombées potentiellement positives des migrations de leurs personnels de santé (notamment les remises des diaspora envoyées aux familles dans le pays d'origine), comme les Philippines qui sont le premier « fournisseur » mondial d'infirmiers, avec des transferts de fonds, qui représentent près de 10 % du PIB national (236).

De la part des pays d'accueil, les stratégies sont également diversifiées. Des mesures sont souvent mises en place par les pays qui souhaitent attirer les professionnels de santé étrangers : levée des restrictions en matière de visas, reconnaissance facilitée des diplômes, systèmes de migration à points, allègements fiscaux, disponibilité d'un statut de résident permanent, etc. (230).

Encadré 19 : Un exemple d'accord international pour faciliter la mobilité internationale des professionnels de santé : Le projet « Triple Win » allemand

Pour faire face à la pénurie (les experts prévoient qu'il faudra environ 500 000 infirmiers supplémentaires en Allemagne d'ici 2030) et faciliter la mobilité internationale des infirmiers diplômés vers l'Allemagne, des accords ont été signés par le gouvernement allemand avec sept pays (Inde, Vietnam, Tunisie, Serbie, Bosnie Herzégovine, Philippines, Jordanie).

Il s'agit d'encadrer la sélection et le placement de personnel soignant : les soignant·e·s étranger·ère·s reçoivent une préparation à leur futur emploi en Allemagne, tant sur le plan linguistique que professionnel, et un suivi à l'intégration. En Allemagne, ils suivent une procédure de reconnaissance de leurs qualifications professionnelles qui dure 12 mois. Ces accords portent le nom de « *triple win project* » pour souligner que les employeurs, le pays d'origine et les infirmiers eux-mêmes seront gagnants.

Depuis le lancement du programme en 2013 et jusqu'en 2021, plus de 4 700 infirmiers des pays concernés sont venus travailler en Allemagne en empruntant ce dispositif.

Source. Site de l'agence fédérale pour l'emploi (Bundesagentur für Arbeit) :

<https://www.arbeitsagentur.de/vor-ort/zav/projects-programs/health-and-care/triple-win>

Certains pays d'accueil ont mis en place des dispositifs de formation et d'enseignement structurés pour les agents de santé migrants, à l'exemple de l'Irlande, dont le système de santé dépend

fortement de personnels de santé originaires du Pakistan et du Soudan. Pour concilier cette nécessité avec son engagement envers le code de pratique mondial de l'OMS, le gouvernement irlandais a lancé un programme de formation postuniversitaire de deux ans - l'International Medical Graduate Training Initiative (IMGTI) - à l'intention des médecins pakistanais. L'objectif global est qu'à court terme, ces diplômés acquièrent une expérience de formation clinique qui leur est autrement inaccessible, afin d'améliorer à long terme les services de santé dans leur pays d'origine (237).

Il faut retenir de ces expériences l'idée générale de mettre en place des **dispositifs incitatifs plutôt que contraignants** pour répondre aux différents déséquilibres (nationaux, régionaux, internationaux). La mobilité des professionnels de santé est un fait, il nous semble qu'elle doit globalement être considérée comme une opportunité (capitalisation sur des cultures médicales différentes, mise en place de réseaux internationaux, etc.) et qu'il ne s'agit pas de mettre en place de nouvelles entraves, de chercher à limiter cette mobilité, mais plutôt de l'accompagner de mesures incitatives afin de rétablir une forme d'équilibre lors de ces mobilités. Il s'agit d'abord d'éviter que des professionnels de santé ne soient embauchés en dessous de leurs qualifications et/ou avec des salaires inférieurs et/ou de moins bonnes conditions de travail que leurs collègues nationaux, mais également d'éviter les situations paradoxales où des PRFI financeraient la formation de professionnels de santé qui iraient ensuite pratiquer ailleurs, ne permettant pas à ces Etats de diminuer leur propre pénurie nationale de professionnels de santé.

8. Santé et environnement : des opportunités professionnelles et une urgence de plus en plus reconnue, mais quels nouveaux métiers ?

Les liens entre santé et environnement sont étudiés et pris en compte par la communauté internationale et les instances de santé mondiale depuis plus de trois décennies¹⁴² (238)¹⁴³. Dans le grand ensemble de défis et problèmes de santé liés aux interactions des hommes et de leur environnement, on distingue plusieurs thématiques clés. D'abord, les effets du changement climatique sur la santé des populations : vagues de chaleur, catastrophes naturelles, déplacements de population, etc. Ensuite, les aspects liés à la santé environnementale spécifiquement : pollution environnementale, pollution de l'air, pollution intra-domiciliaire, non-traitement des eaux usées ou des déchets, etc. D'après l'OMS, « au moins 12,6 millions de personnes meurent chaque année en raison de facteurs environnementaux évitables »¹⁴⁴. Enfin, l'effet des interactions entre santé humaine, santé animale et santé environnementale, est étudié dans l'approche « One Health », qui s'intéresse par exemple à l'émergence d'antibiorésistances ou aux épidémies spécifiquement dues à des zoonoses, aux déterminants environnementaux de la santé et à la garantie de la sécurité sanitaire des aliments.

Pour chacun de ces trois grands domaines des liens entre santé et environnement, nous présentons les métiers de la santé à l'œuvre et les dynamiques à venir pour les professionnels de santé.

8.1 Santé et changement climatique : une thématique montante mais quels métiers spécifiques ?

Les liens entre santé et changement climatique sont de plus en plus connus (217,239–241), reconnus et médiatisés¹⁴⁵ et les différents effets du changement climatique sur la santé des populations s'imposent peu à peu comme une urgence sanitaire mondiale, à mesure que ces effets sont visibles et tangibles. La prise en charge, par des politiques publiques adaptées, des effets du changement climatique sur la santé devient, elle aussi, une urgence (242) à mesure que le changement climatique s'impose comme la principale menace de santé publique mondiale du XXI^e siècle (243).

Si des stratégies sont peu à peu proposées pour s'organiser collectivement et tenter de faire face aux effets du changement climatique sur la santé (244–246)¹⁴⁶,

Il ne semble pas y avoir de nouveaux métiers émergents répondant à cette urgence de faire face aux effets du changement climatique, et peu de modules de formation traitant des spécificités des problèmes de santé et environnement ajoutés aux cursus généraux des professionnels de santé¹⁴⁷. En termes de professionnels de santé, trois groupes de métiers seront principalement concernés par la prise en charge des effets des changements environnementaux sur la santé humaine. D'abord, les professionnels expérimentés en santé

¹⁴² « L'expression « santé et environnement » [...] désigne les effets sur la santé de l'interaction entre l'homme et toute une série de facteurs présents dans son environnement physique et social. L'environnement physique comprend à la fois des éléments naturels et des éléments d'origine humaine, consistant en facteurs physiques, chimiques et biologiques. L'environnement social comprend toute une série de facteurs (valeurs, mœurs, croyances, etc.) et de structures qui conditionnent, par exemple, l'accès à l'emploi et à l'éducation, et qui déterminent les risques et les avantages sur le plan de la santé » (238).

¹⁴³ « Les liens généraux entre santé et environnement sont considérés dans le cadre d'un développement durable en allant au-delà des déterminants de la santé présents dans l'environnement physique et en englobant les conséquences, pour la santé, de l'interaction entre les populations et l'ensemble des facteurs présents dans leur environnement physique et social. [...] Les principaux éléments de la stratégie sont : un programme élargi de promotion de la salubrité de l'environnement; un programme élargi de promotion de la sécurité chimique [...]; une action et une collaboration élargies pour les questions qui ont trait à la santé et à l'environnement dans toute l'Organisation; et des partenariats renforcés avec d'autres organisations internationales et non gouvernementales. » (238). Voir aussi la Commission OMS Santé et Environnement de 1992 ou la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement de la même année.

¹⁴⁴ Voir sur le site de l'OMS « Vers un environnement plus sûr et plus sain » : <https://www.who.int/fr/news-room/commentaries/detail/towards-a-healthier-and-safer-environment>, consulté le 25/06/2023.

¹⁴⁵ Pour exemple, la nomination par le directeur général de l'OMS, le 22 juin 2023, de la Dre Vanessa Kerry comme envoyée spéciale pour les changements climatiques et la santé. Voir : <https://www.who.int/fr/news/item/22-06-2023-dr-vanessa-kerry-appointed-as-who-director-general-special-envoy-for-climate-change-and-health>, consulté le 25 juin 2023.

¹⁴⁶ Voir par exemple l'article en français sur le site de l'OMS « Le recueil de 500 mesures publié par l'OMS et des partenaires des Nations Unies vise à faire reculer les maladies dues à des facteurs environnementaux et à sauver des vies » : <https://www.who.int/fr/news/item/03-09-2021-who-and-un-partners-compendium-of-500-actions-aims-to-reduce-diseases-from-environmental-factors-and-save-lives>, consulté le 25/06/2023.

¹⁴⁷ On peut donner comme exemple d'initiatives récentes de formation à la santé soutenable l'article suivant : « Teaching sustainable health care through the critical medical humanities » (247).

environnementale (voir section suivante). Ensuite, les métiers pertinents dans le cadre de l'approche « One Health » (voir section 8.2)

8.2 La santé environnementale

Le domaine de recherche et d'action emblématique de la santé environnementale est la toxicologie. En effet, la santé environnementale étudie d'abord les liens entre l'environnement, la pollution et l'impact sur la santé des hommes (248). Que ce soient pour des questions de santé au travail ou de pollution industrielle (on peut penser à l'amiante par exemple, ou plus récemment au glyphosate), d'exposition à la pollution de l'air ou aux ondes électromagnétiques, de zoonoses (comme l'encéphalopathie spongiforme bovine aussi appelée maladie de la vache folle, la grippe aviaire, Ebola ou la Covid-19) ou d'aliments contaminés par des bactéries, les métiers de la santé environnementale sont relativement similaires à ceux de la santé publique. Epidémiologie, géographie de la santé, recherche clinique, biostatistique, virologie, génétique, sciences sociales de la santé sont les principaux champs disciplinaires mobilisés pour la surveillance et l'étude des problèmes de santé environnementale.

En termes de dynamique des métiers de la santé de demain, il semble que les spécialistes de santé environnementale vont être de plus en plus mobilisés et on peut s'attendre à une multiplication des cursus de formation et de spécialisation. À mesure que se multiplient les épidémies et les scandales sanitaires, ces métiers ont de plus en plus de visibilité, et l'apparition et le développement de l'approche One Health (voir section suivante) est également une opportunité professionnelle et une source de financements pour les professionnels de la santé environnementale dans les années à venir.

Si on peut donc s'attendre à une multiplication des opportunités pour les métiers de la santé environnementale, nous n'avons pas identifié de dynamique allant vers la création de nouveaux métiers en lien avec ce domaine. On constate d'ailleurs que les métiers de la santé humaine et ceux de la santé environnementale restent relativement séparés, même lorsqu'ils sont similaires. Ces deux domaines évoluent souvent en parallèle.

Il serait également intéressant, dans un contexte de défiance montante envers les autorités publiques et les experts de santé environnementale d'une part et de multiplication sur les réseaux sociaux de désinformation et de théories du complot en lien avec ce domaine d'autre part¹⁴⁸, de voir émerger un équivalent des médiateurs en santé spécialisés sur les questions de santé environnementale. Le rôle essentiel de la société civile et la dynamique de rapprochement des acteurs de santé avec les communautés (décrits dans la section 2 de cette partie) pourrait inclure aussi la santé environnementale, afin d'apporter des réponses fiables et informées des résultats scientifiques récents aux questions que se posent les citoyens sur ces sujets.

Le journalisme scientifique et la vulgarisation scientifique via différents médias (télévision, journaux, réseaux sociaux) visant à communiquer des informations fiables au grand public sont des métiers qui existent déjà, mais dont on pourrait penser des déclinaisons spécifiques en santé environnementale.

8.3 L'approche One Health

L'approche One Health qui met en lien santé humaine, santé animale et santé environnementale et considère l'importance des interdépendances entre ces trois domaines, s'est fortement développée ces dernières années. L'origine animale (théorique ou démontrée) de plusieurs épidémies majeures de santé mondiale ces dernières années a participé au renforcement et à la visibilité de cette approche.

S'il faut reconnaître l'intérêt de mettre autour de la table les spécialistes de ces trois domaines et d'encourager les échanges et les recherches transversales entre eux, il ne semble pas y avoir encore de métiers de la santé spécifiques à l'approche One Health. Certaines thématiques de recherche ou d'action publique sont mises sur l'agenda : les questions de régulation des médicaments en santé humaine et animale en lien avec l'émergence de l'antibiorésistance sont au cœur de l'approche One Health. Les

¹⁴⁸ On peut penser par exemple aux théories dystopiques sur les liens supposés entre le vaccin contre la Covid-19 et le développement de la 5G.

opportunités professionnelles pour les experts de ces thématiques sont donc en train de se multiplier, et des formations spécialisées (Master 2 par exemple) pourraient se mettre en place rapidement.

Pour autant, il semble que les métiers de la santé en lien avec l'approche One Health restent les métiers existant en épidémiologie, toxicologie, biologie, démographie, économie de la santé, géographie de la santé, sociologie de la santé, etc. Pour le moment, il n'y a pas de dynamique d'émergence de nouveaux métiers spécifiques à l'approche One Health.

En revanche, la nécessaire « décarbonation des systèmes de santé » (249) nécessitera le développement de compétences spécifiques pour construire des services de santé verts, plus respectueux de l'environnement, plus durable, et plus résilients.

Conclusion

On peut tirer de l'ensemble des défis analysés dans cette troisième partie une logique générale qui va dans le sens d'une vision plus générale de la santé pour faire face aux défis sociétaux et sanitaires de ces prochaines décennies :

- vision plus générale dans le sens d'une **approche plus inclusive** de ce qu'on appelle les « métiers de la santé », permettant une articulation plus grande avec les métiers du social, par exemple (un nombre croissant de postes seront à la limite des secteurs de la santé et du social). Il s'agira de mieux prendre en compte l'ensemble des métiers, au-delà du soin, de « décloisonner » le secteur de la santé et d'élargir le champs des « professionnels de santé » aux métiers du social mais aussi aux métiers de la santé publique, de la recherche en santé, de la logistique, etc. l'approche « skill mix » prend une place de plus en plus importante dans la littérature, promouvant la recherche permanente du meilleur mélange de compétences nécessaires et du meilleur équilibre entre le nombre de professionnels de santé à former pour chaque métier ;
- Vision plus générale dans le sens d'une **désécialisation des agents de santé** afin de former plus de professionnels avec des compétences plus transversales et permettre plus de passerelles entre les différents métiers / les différents statuts. Il s'agira de remettre en cause le primat du tryptique « infirmier / sage-femme / médecin », de créer des postes intermédiaires, etc. Il peut s'agir de cas spécifiques de délégation des tâches ou protocoles de coopération, de processus de spécialisation (comme les infirmières de pratique avancée en France) ou d'acquisition de nouvelles prérogatives (comme les sage-femmes habilitées à suivre les grossesses). Il peut aussi s'agir de nouvelles formations et de nouveaux métiers (comme les agents d'extension en Éthiopie, les assistants médicaux aux Etats-Unis pour certaines maladies chroniques comme le diabète) ;
- Vision plus générale dans le sens d'une plus grande importance des **soins centrés sur les patients et leurs communautés**, avec une reconnaissance accrue des travailleurs communautaires et de la société civile. Le nouveau métier de « médiateur en santé » qui émerge dans les pays à revenu élevé peut ici être mis en parallèle avec le statut d'Agent de Santé Communautaire. Ainsi, les constats et les dynamiques concernant les ASC (importance de leur formation mais aussi de leur intégration dans le système de santé, éviter les logiques de silos avec des ASC spécialisés sur une seule maladie, horizontaliser, établir des statuts au niveau national avec un budget domestique dédiée et une rémunération régulière, créer des passerelles entre le statut d'ASC et les autres métiers de la santé, etc.) pourraient être utilisés dans le cas des médiateurs en santé.
- Vision plus générale dans le sens d'une **approche plus holistique des patients**, réclamant une nouvelle organisation des soins, et un travail collaboratif entre soignants plus important (et la création d'un nombre plus important de de cadres de niveaux intermédiaires).
- vision plus générale de la santé dans le sens du nécessaire **rapprochement avec les métiers du climat, de l'environnement, de la santé des animaux, du vivant**. Il s'agira de resserrer les liens entre les communautés agissant pour une meilleure santé et celles qui tentent de prévenir/prendre en compte les effets du réchauffement climatique.

L'innovation ne sera pas seulement technologique, elle devrait également porter sur la façon d'organiser les systèmes dans les années qui viennent. Plusieurs initiatives proposent des **évolutions intéressantes dans la manière d'organiser ou de former les professionnels de santé de demain**, qui vont tous dans le sens de métiers intermédiaires entre plusieurs fonctions.

Enfin, ces évolutions devraient logiquement nous conduire à **repenser la formation** continue et formation tout au long de la vie pour que les personnels de santé puissent s'adapter aux évolutions sociétales et sanitaires tout au long de leurs carrières.

Conclusion générale

Le troisième objectif du développement durable (ODD3) est de « permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ». Plus spécifiquement, les Etats membres des Nations Unies s'engagent à « faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable ». Comme nous l'avons montré dans cette étude, les professionnels de santé occupent une place centrale dans cet objectif. Les enjeux sont immenses : sans les personnes et les infrastructures adéquates, il n'est pas possible de fournir des soins de qualité et efficaces de qualité et efficaces qui répondent aux besoins de santé de la population.

La crise Covid 19 a été l'occasion d'une prise de conscience du caractère central des professionnels de santé et de la fragilité de nos systèmes pour répondre à des besoins importants dans un contexte de crise des vocations. Le secteur de la santé semble en crise partout dans le monde : pénurie, mauvaise répartition ou sous effectif de personnel, épuisement, anxiété,

L'Afrique subsaharienne est particulièrement touchée : 77% de la population rurale n'a pas d'accès aux soins par absence de personnel de santé. Le déséquilibre entre les besoins des populations et le personnel de santé qualifié disponible est accentué par le phénomène du « brain drain ». De plus, les pays d'Afrique subsaharienne sont confrontés à la massification des problèmes de santé, du fait du double fardeau qui les touche.

S'il est important d'avoir une vision globale, pour saisir l'ampleur et l'évolution des enjeux, les réponses à apporter doivent être adaptées à chaque contexte et varier en fonction des problématiques de chaque région ou pays. Il faut donc se garder de « réflexions toutes faites », de modèles standardisés et insister sur la nécessité d'adapter les stratégies à chaque contexte.

L'ensemble des pays est confronté aux mêmes moteurs de changements : menaces communes, changement climatique, multiplication des crises sanitaires et humanitaires, nouvelles technologiques, augmentation des maladies non transmissibles, etc. L'organisation actuelle de nos systèmes de santé n'est pas adaptée à ces nouveaux enjeux.

Pour répondre aux dynamiques sociales et technologiques en cours, les métiers de la santé devraient largement évoluer dans les années à venir, :

- évolutions dans la répartition des tâches : le défi est de sortir du paradigme de la spécialisation des métiers de la santé et d'inverser la logique, en promouvant des métiers et des compétences beaucoup plus élargies, beaucoup moins spécifiques, avec une approche holistique de la santé, intégrant les dimensions bio-médicales, sociales, économiques, de la santé de chacun, avec des parcours de soin personnalisés,
- évolutions dans les compétences mobilisées : le défi est d'acquérir des compétences plus larges, plus variées, mais aussi de s'ouvrir à des compétences en pleine expansion (digitalisation de la santé, one health, décarbonation des systèmes de santé, coordination d'équipes, etc.) et de gagner en flexibilité (avec des possibilités plus grandes de passerelles entre les différents métiers).
- évolutions dans les relations entre professionnels de santé (collaboration et coopération plus importante) mais aussi entre professionnels de santé et patients (qui vont gagner en responsabilité)
- évolutions dans l'organisation des formations : si la formation initiale conserve son rôle central, la formation continue, tout au long des carrières, devrait prendre une place plus grande, pour mettre à niveau des compétences et s'adapter à des besoins fluctuants,
- évolution dans la gestion des carrières, avec des possibilités de changements de postes, dans une logique verticale (gagner en compétences ou en responsabilité sur le même type de poste et monter en responsabilité) ou dans une logique horizontale (changer de secteur, public ou privé, changer de statuts, changer de tâches, etc.).

Accompagner et piloter l'évolution des métiers de la santé est une démarche complexe pour quatre raisons. La première difficulté est d'agir sur l'ensemble des maillons de la chaîne (recrutement, formation, emploi, répartition des tâches, fidélisation, répartition territoriale équitable, évolution de carrière, motivation, etc.) en prenant en compte les liens et interconnexions entre ces différentes étapes. La deuxième difficulté est d'impliquer l'ensemble des acteurs. Le rôle des gouvernements sera un facteur déterminant de ce changement mais faire évoluer l'organisation des métiers de la santé implique de mobiliser de nombreux ministères : santé, finances, recherche, enseignement supérieur, travail, justice, etc. et à tous les niveaux de responsabilité (local, régional, national, international). La troisième difficulté est liée à l'importance des corporatismes dans le domaine de la santé, qui sont généralement conservateurs face aux propositions d'évolution. Les dynamiques d'évolution sont le fruit de forces parfois contradictoires : prise en compte de nouveaux besoins, raréfaction des financements disponibles, primat de la logique biomédicale, concurrence d'autres enjeux, force de la « coutume » dans l'organisation du travail, revendications des syndicats, injonctions des organisations internationales, réflexes corporatistes, attentes des patients ou des citoyens, etc. L'évolution des métiers de la santé est donc en grande partie une question de négociation. La dernière, et peut-être la plus importante des difficultés pour faire évoluer les métiers de la santé réside dans la durée des processus de changement : les transformations nécessaires en termes de formation et d'organisation des métiers de la santé afin que nos systèmes de santé puissent répondre aux défis en cours et à venir nécessiteront du temps et des efforts de politiques publiques au-delà de 2030, considérant que la formation d'un médecin généraliste qui débiterait ses études l'année de réalisation de l'étude se sera pas terminée en 2030.

S'il semble y avoir une prise de conscience croissante de l'importance des enjeux, celle-ci doit maintenant se décliner dans les actes et nous espérons que la présente étude y contribuera. Seule une politique de haut niveau peut garantir l'engagement financier nécessaire pour rompre le cycle vicieux de la crise actuelle.

Bibliographie

1. World Health Organization. Rapport sur la situation dans le monde : 2006 : travailler ensemble pour la santé. The world health report : 2006 : working together for health [Internet]. 2006 [cited 2022 Feb 18]; Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43433>
2. Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Afrique. Cadre régional de mise en œuvre de la stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030 [Internet]. Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Afrique; 2020 [cited 2023 Apr 17]. 15 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332180>
3. CCNE. Avis 140 : Repenser le système de soins sur un fondement éthique. Leçons de la crise sanitaire et hospitalière, diagnostic et perspectives. Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé; 2022 Oct p. 54. (Avis du CCNE). Report No.: 140.
4. World Health Organization. The Kampala declaration and agenda for global action. Déclaration de Kampala et programme pour une action mondiale. 2008;22. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241596725>
5. Global health workforce alliance, World Health Organization. A Universal Truth: No Health Without A Workforce [Internet]. 2013 [cited 2022 Jul 4]. Available from: https://www.who.int/publications/m/item/hrh_universal_truth
6. World Health Organization. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [cited 2022 Jul 4]. 64 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1061558/retrieve>
7. Commission de haut niveau sur l'Emploi en Santé et la Croissance économique. S'engager pour la santé et la croissance : investir dans les personnels de santé. Rapport de la Commission de haut niveau sur l'Emploi en Santé et la Croissance économique. [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2016 [cited 2022 Jan 13]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250100>
8. World Health Assembly. Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé. 2010 May p. 17. Report No.: WHA63.16. Available from: [https://www.who.int/fr/publications/m/item/who-global-code-of-practice-on-the-international-recruitment-of-health-personnel-\(2018\)](https://www.who.int/fr/publications/m/item/who-global-code-of-practice-on-the-international-recruitment-of-health-personnel-(2018))
9. Organisation mondiale de la Santé. Rapport final du groupe d'experts de la Commission de haut niveau sur l'emploi en santé et la croissance économique [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2016 [cited 2022 Jan 12]. 82 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250132>
10. Organisation Internationale du Travail. Le COVID-19 et le secteur de la santé. 2020 Apr 11. Available from: https://www.ilo.org/sector/Resources/publications/WCMS_747574/lang--fr/index.htm
11. Organisation Mondiale de la Santé. Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon 2030. Project 69ème Assemblée Mondiale de la Santé. 2016 Apr p. 58. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/328686>
12. Assemblée mondiale de la Santé 70. A70/18 Ressources humaines pour la santé et mise en œuvre des conclusions de la Commission de haut niveau des Nations Unies sur l'emploi dans le secteur de la santé et la croissance économique : rapport du Secrétariat [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2017 [cited 2022 Jan 13]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274783>
13. Working for Health. Five-year action plan for health employment and inclusive economic growth (2017-2021) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2022 Jul 4]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/357981>
14. World Health Organization, International Labour Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development. Working for health: a review of the relevance and effectiveness of the five-year action plan for health employment and inclusive economic growth (2017-2021) and ILO-OECD-WHO Working for Health programme [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [cited 2022 May 25]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340716>
15. World Health Organization. Digital education for building health workforce capacity [Internet]. World Health Organization; 2020 [cited 2022 Jan 14]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331524>
16. Organisation mondiale de la Santé, Organisation internationale du Travail. Prendre soin des soignants : programmes nationaux de santé au travail pour les agents de santé : note d'orientation [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2021 [cited 2022 Jan 13]. 14 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340699>
17. Organisation mondiale de la Santé. Lignes directrices de l'OMS relatives au développement, à l'attraction, au recrutement et à la fidélisation des personnels de santé dans les zones rurales et reculées : résumé [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2021 [cited 2022 Mar 17]. 5 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/346558>

18. Organisation mondiale de la Santé. Lignes directrices de l'OMS pour la production, l'attraction, le recrutement et la fidélisation des agents de santé dans les zones rurales et reculées [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2021 [cited 2022 Mar 17]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/343011>
19. World Health Organization. Working for Health 2022-2030 Action Plan (final draft) [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2022 Jun 20] p. 50. Available from: https://www.who.int/publications/m/item/w4h-action-plan-2022_2030
20. George AS, Campbell J, Ghaffar A, HPSR HRH reader collaborators. Advancing the science behind human resources for health: highlights from the Health Policy and Systems Research Reader on Human Resources for Health. *Health Res Policy Syst.* 2018 Aug 14;16(1):80.
21. WHO. Une vérité universelle : pas de santé sans ressources humaines. Résumé [Internet]. Geneva: WHO; 2013 Oct p. 8. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-workforce/ghwn/ghwa/201311-3gf-hrhreport_summary_fr_web.pdf?sfvrsn=966aa7ab_6&download=true
22. Shamian J, Murphy GT, Jeffs AER and L. No Global Health without Human Resources For Health (HRH): The Nursing Lens. *World Health & Population* [Internet]. 2015 Sep 15 [cited 2023 Jan 31];16(1). Available from: <https://www.longwoods.com/content/24317/no-global-health-without-human-resources-for-health-hrh-the-nursing-lens>
23. Boniol M, Kunjumen T, Nair TS, Siyam A, Campbell J, Diallo K. The global health workforce stock and distribution in 2020 and 2030: a threat to equity and 'universal' health coverage? *BMJ Glob Health.* 2022 Jun;7(6):e009316.
24. Health Organization. WHO health workforce support and safeguards list 2023 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2023 Mar 24]. Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240069787>
25. Pozo-Martin F, Nove A, Lopes SC, Campbell J, Buchan J, Dussault G, et al. Health workforce metrics pre- and post-2015: a stimulus to public policy and planning. *Hum Resour Health.* 2017 Feb 15;15(1):14.
26. Liu JX, Goryakin Y, Maeda A, Bruckner T, Scheffler R. Global Health Workforce Labor Market Projections for 2030. *Human Resources for Health.* 2017 Feb 3, Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28159017/>
27. Organisation mondiale de la Santé. Manuel sur les comptes nationaux des personnels de santé [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2018 [cited 2022 Mar 17]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/275750>
28. Organisation mondiale de la Santé. Comptes nationaux des personnels de santé : guide pour la mise en oeuvre [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2018 [cited 2023 Jun 22]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/275751>
29. Dares, France Stratégie. Les métiers en 2030 : Rapport du groupe Prospective des métiers et qualifications. Résumé. 2022. Available from: <https://www.strategie.gouv.fr/publications/metiers-2030>
30. Déplaud MO, Mouillie JM. La Hantise du nombre: Une histoire des numerus clausus de médecine. 1er édition. Paris: Les Belles Lettres; 2015. 416 p. Available from: <https://journals.openedition.org/sdt/435>
31. Kouyate M. La problématique du Numéros Clausus à la FMOS/FAPH de l'USTTB au Mali [Internet]. [Bamako]: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2018 [cited 2023 Jan 6]. Available from: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/1933>
32. McPake B, Russo G, Tseng FM. How do dual practitioners divide their time? The cases of three African capital cities. *Social Science & Medicine.* 2014 Dec 1;122:113-21.
33. Russo G, de Sousa B, Sidat M, Ferrinho P, Dussault G. Why do some physicians in Portuguese-speaking African countries work exclusively for the private sector? Findings from a mixed-methods study. *Human Resources for Health.* 2014 Sep 11;12(1):51.
34. Dopelt K, Wacht O, Strugo R, Miller R, Kushnir T. Factors that affect Israeli paramedics' decision to quit the profession: a mixed methods study. *Isr J Health Policy Res.* 2019 Nov 1;8(1):78.
35. Stefanovska - Petkovska M, Stefanovska VV, Bojadjeva S, Bojadjev MI. Psychological distress, burnout, job satisfaction and intention to quit among primary healthcare nurses. *Health Serv Manage Res.* 2021 May 1;34(2):92-8.
36. Tabur A, Choudhury A, Emhan A, Mengenci C, Asan O. Clinicians' Social Support, Job Stress, and Intent to Leave Healthcare during COVID-19. *Healthcare.* 2022 Feb;10(2):229.
37. Harry EM, Carlare LE, Sinsky CA, Brown RL, Goelz E, Nankivil N, et al. Childcare Stress, Burnout, and Intent to Reduce Hours or Leave the Job During the COVID-19 Pandemic Among US Health Care Workers. *JAMA Network Open.* 2022 Jul 18;5(7):e2221776.
38. Schug C, Geiser F, Hiebel N, Beschner P, Jerg-Bretzke L, Albus C, et al. Sick Leave and Intention to Quit the Job among Nursing Staff in German Hospitals during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2022 Jan;19(4):1947.

39. Vizheh M, Qorbani M, Arzaghi SM, Muhidin S, Javanmard Z, Esmaeili M. The mental health of healthcare workers in the COVID-19 pandemic: A systematic review. *J Diabetes Metab Disord.* 2020 Dec;19(2):1967-78.
40. Spoorthy MS, Pratapa SK, Mahant S. Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic—A review. *Asian Journal of Psychiatry.* 2020 Jun;51:102119.
41. Zhang L, Flike KL, Gakumo CA, Shi L, Leveille SG, Thompson LS. Frontline healthcare workers' mental distress, top concerns, and assessment on hierarchy of controls in response to COVID-19: a cross-sectional survey study. *Human Resources for Health.* 2021 Sep 26;19(1):118.
42. Di Tella M, Romeo A, Benfante A, Castelli L. Mental health of healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Italy. *Journal of Evaluation in Clinical Practice.* 2020;26(6):1583-7.
43. Çelmeçe N, Menekay M. The Effect of Stress, Anxiety and Burnout Levels of Healthcare Professionals Caring for COVID-19 Patients on Their Quality of Life. *Frontiers in Psychology* [Internet]. 2020 [cited 2023 Aug 8];11. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.597624>
44. Flor LS, Friedman J, Spencer CN, Cagney J, Arrieta A, Herbert ME, et al. Quantifying the effects of the COVID-19 pandemic on gender equality on health, social, and economic indicators: a comprehensive review of data from March, 2020, to September, 2021. *The Lancet.* 2022 Jun 25;399(10344):2381-97.
45. Opoku DA, Ayisi-Boateng NK, Osarfo J, Sulemana A, Mohammed A, Spangenberg K, et al. Attrition of Nursing Professionals in Ghana: An Effect of Burnout on Intention to Quit. *Nursing Research and Practice.* 2022 Jul 12;2022:e3100344.
46. Özkan Şat S, Akbaş P, Yaman Sözbir Ş. Nurses' exposure to violence and their professional commitment during the COVID-19 pandemic. *Journal of Clinical Nursing.* 2021;30(13-14):2036-47.
47. Nair A, Zadey S. Ending violence against healthcare workers in India: A bill for a billion. *The Lancet Regional Health - Southeast Asia* [Internet]. 2022 Nov 1 [cited 2023 Aug 8];6. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lansea/article/PIIS2772-3682\(22\)00080-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lansea/article/PIIS2772-3682(22)00080-4/fulltext)
48. Greenberg N, Docherty M, Gnanapragasam S, Wessely S. Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *BMJ.* 2020 Mar 26;368:m1211.
49. Greenberg N. Mental health of health-care workers in the COVID-19 era. *Nat Rev Nephrol.* 2020 Aug;16(8):425-6.
50. Walton M, Murray E, Christian MD. Mental health care for medical staff and affiliated healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care.* 2020 Apr 1;9(3):241-7.
51. Giubilini A, Savulescu J. Stopping exploitation: Properly remunerating healthcare workers for risk in the COVID-19 pandemic. *Bioethics.* 2021;35(4):372-9.
52. Johnson SB, Butcher F. Doctors during the COVID-19 pandemic: what are their duties and what is owed to them? *J Med Ethics.* 2021 Jan;47(1):12-5.
53. Dunn M, Sheehan M, Hordern J, Turnham HL, Wilkinson D. 'Your country needs you': the ethics of allocating staff to high-risk clinical roles in the management of patients with COVID-19. *Journal of Medical Ethics.* 2020 Jul 1;46(7):436-40.
54. McConnell D. Balancing the duty to treat with the duty to family in the context of the COVID-19 pandemic. *Journal of Medical Ethics.* 2020 Jun 1;46(6):360-3.
55. Organisation mondiale de la Santé. Gestion des personnels de santé et politique à leur égard dans le contexte de la riposte à la pandémie de COVID-19: orientations provisoires, 3 décembre 2020 [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2021 [cited 2022 Mar 18]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341555>
56. Al-Ahmadi H. Factors affecting performance of hospital nurses in Riyadh Region, Saudi Arabia. *International Journal of Health Care Quality Assurance.* 2009 Jan 1;22(1):40-54.
57. Platis Ch, Reklitis P, Zimeras S. Relation between Job Satisfaction and Job Performance in Healthcare Services. *Procedia - Social and Behavioral Sciences.* 2015 Feb;175:480-7.
58. Brooks Carthon JM, Hatfield L, Brom H, Houton M, Kelly-Hellyer E, Schlak A, et al. System-Level Improvements in Work Environments Lead to Lower Nurse Burnout and Higher Patient Satisfaction. *Journal of Nursing Care Quality.* 2021 Jan;36(1):7-13.
59. Wang B, Zou G, Zheng M, Chen C, Teng W, Lu Q. Correlation between the quality of nursing handover, job satisfaction, and group cohesion among psychiatric nurses. *BMC Nurs.* 2022 Dec;21(1):86.
60. Organisation mondiale de la Santé, Travail O internationale du. Prendre soin des soignants : guide d'élaboration et de mise en oeuvre de programmes de santé et de sécurité au travail pour les agents de santé [Internet]. Organisation mondiale de la Santé; 2022 [cited 2023 Aug 9]. xi, 119 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/364201>
61. AL-Abrow H, Al-Maatoq M, Alharbi RK, Alnoor A, Abdullah HO, Abbas S, et al. Understanding employees' responses to the COVID-19 pandemic: The attractiveness of healthcare jobs. *Global Business and Organizational Excellence.* 2021;40(2):19-33.
62. Kiliç Barmanpek N, Şahin A, Demirel C, Parlar Kiliç S. The relationship between nurses' job satisfaction levels and quality of life. *Perspect Psychiatr Care.* 2022 Oct;58(4):2310-20.

63. Dilmaghani RB, Armoon B, Moghaddam LF. Work-family conflict and the professional quality of life and their sociodemographic characteristics among nurses: a cross-sectional study in Tehran, Iran. *BMC Nurs.* 2022 Nov 1;21:289.
64. Tijdens K, de Vries DH, Steinmetz S. Health workforce remuneration: comparing wage levels, ranking, and dispersion of 16 occupational groups in 20 countries. 2013;
65. Shannon G, Minckas N, Tan D, Haghparast-Bidgoli H, Batura N, Mannell J. Feminisation of the health workforce and wage conditions of health professions: an exploratory analysis. *Human Resources for Health.* 2019 Oct 17;17(1):72.
66. Organization T report was co developed by the ILO and the WH. The gender pay gap in the health and care sector: A global analysis in the time of COVID-19 [Internet]. 2022 [cited 2022 Jul 19]. Available from: http://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_850909/lang--fr/index.htm
67. Samarasekera U. 6 million female health workers are unpaid or underpaid. *The Lancet.* 2022 Jul 9;400(10346):87.
68. Wiskow C, Albrecht T, de Pietro C. How to create an attractive and supportive working environment for health professionals [Internet]. WHO and European Observatory on Health Systems and Policies; 2010 p. 48. Report No.: 15. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Tit-Albrecht/publication/233799823_How_to_Create_an_Attractive_and_Supportive_Working_Environment_for_Health_Professionals/links/02e7e53af5d7fc976200000/How-to-Create-an-Attractive-and-Supportive-Working-Environment-for-Health-Professionals.pdf
69. Slåtten T, Lien G, Svenkerud PJ. The role of organizational attractiveness in an internal market-oriented culture (IMOC): a study of hospital frontline employees. *BMC Health Serv Res.* 2019 May 14;19(1):307.
70. Kroczeck M, Späth J. The attractiveness of jobs in the German care sector: results of a factorial survey. *Eur J Health Econ.* 2022 Dec 1;23(9):1547–62.
71. Slåtten T, Lien G. Frontline nurses' appraisal of organizational attractiveness and the role of management support, interdepartmental collaboration climate and service quality of care. *International Journal of Quality and Service Sciences.* 2021 Jan 1;14(2):197–216.
72. Shiri R, Nikunlaakso R, Laitinen J. Effectiveness of Workplace Interventions to Improve Health and Well-Being of Health and Social Service Workers: A Narrative Review of Randomised Controlled Trials. *Healthcare.* 2023 Jun 17;11(12):1792.
73. Reshmi, Mulla ZR. Role of Employer-sponsored Health Insurance Benefits in Employer Attractiveness: Literature Review and Emerging Issues. *NHRD Network Journal.* 2023 Jul 1;16(3):233–47.
74. Haakenstad A, Irvine CMS, Knight M, Bintz C, Aravkin AY, Zheng P, et al. Measuring the availability of human resources for health and its relationship to universal health coverage for 204 countries and territories from 1990 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet* [Internet]. 2022 May 23 [cited 2022 May 25];0(0). Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)00532-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)00532-3/fulltext)
75. Park JJH, Mogg R, Smith GE, Nakimuli-Mpungu E, Jehan F, Rayner CR, et al. How COVID-19 has fundamentally changed clinical research in global health. *The Lancet Global Health.* 2021 May;9(5):e711–20.
76. Mosam A, Fisher DA, Hunter MB, Kunjumen T, Mustafa S, Nair TS, et al. Public health and emergency workforce: a roadmap for WHO and partner contributions. *BMJ Glob Health.* 2022 Jun;7(6):e009592.
77. Collins D, Diallo BI, Bah MB, Bah M, Standley CJ, Corvil S, et al. Evaluation of the first two Frontline cohorts of the field epidemiology training program in Guinea, West Africa. *Human Resources for Health.* 2022 May 12;20(1):40.
78. WHO. Atteindre le bien-être : projet de cadre mondial pour intégrer le bien-être dans la santé publique selon une approche de promotion de la santé. *WHA76(22)* May 30, 2023.
79. Sedan M, Grard J, Vassy C. L'intégration des médiateurs de santé pairs dans les équipes de soins : espoirs, ressources et limites. *L'information psychiatrique.* 2022;98(4):286–92. Available from: <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2022-4-page-286.htm>
80. Cour des comptes. Les infirmiers en pratique avancée : une évolution nécessaire, des freins puissants à lever [Internet]. 2023 Jul p. 37. (Entités et politiques publiques). Available from: <https://www.ccomptes.fr/system/files/2023-07/20230705-Infirmiers-en-pratique-avancee.pdf>
81. Tissioui M. Essai de modélisation du processus de naissance des métiers : cas des métiers de soins. *Management & Avenir.* 2008;17(3):234–58. Available from: <https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2008-3-page-234.htm>
82. Tissioui M, Scouarnec A, Joffre C. L'innovation au cœur de la dynamique des métiers : application au secteur de la santé. *Revue de gestion des ressources humaines.* 2016;100(2):21–40.
83. Pereira C, Cumbi A, Malalane R, Vaz F, McCord C, Bacci A, et al. Meeting the need for emergency obstetric care in Mozambique: work performance and histories of medical doctors and assistant medical officers trained for surgery. *BJOG.* 2007 Dec;114(12):1530–3.

84. Kruk ME, Pereira C, Vaz F, Bergström S, Galea S. Economic evaluation of surgically trained assistant medical officers in performing major obstetric surgery in Mozambique. *BJOG*. 2007 Oct;114(10):1253–60.
85. Wang H, Tesfaye R, Ramana GNV, Chekagn CT. Ethiopia Health Extension Program: An Institutionalized Community Approach for Universal Health Coverage [Internet]. Washington, DC: World Bank; 2016 [cited 2022 Jun 21]. Available from: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/24119>
86. Pereira C, Bugalho A, Bergström S, Vaz F, Cotiro M. A comparative study of caesarean deliveries by assistant medical officers and obstetricians in Mozambique. *Br J Obstet Gynaecol*. 1996 Jun;103(6):508–12.
87. Vaz F, Bergström S, Vaz M da l, Langa J, Bugalho A. Training medical assistants for surgery. *Bull World Health Organ*. 1999;77(8):688–91.
88. Datiko DG, Lindtjørn B. Health Extension Workers Improve Tuberculosis Case Detection and Treatment Success in Southern Ethiopia: A Community Randomized Trial. *PLoS ONE*. 2009 May 8;4(5):e5443.
89. Kok MC, Kea AZ, Datiko DG, Broerse JE, Dieleman M, Taegtmeier M, et al. A qualitative assessment of health extension workers' relationships with the community and health sector in Ethiopia: opportunities for enhancing maternal health performance. *Human Resources for Health*. 2015 Sep 30;13(1):80.
90. Tulloch O, Theobald S, Morishita F, Datiko DG, Asnake G, Tesema T, et al. Patient and community experiences of tuberculosis diagnosis and care within a community-based intervention in Ethiopia: a qualitative study. *BMC Public Health*. 2015 Feb 25;15(1):187.
91. Prata N, Gessesew A, Cartwright A, Fraser A. Provision of injectable contraceptives in Ethiopia through community-based reproductive health agents. *Bull World Health Organ*. 2011 Aug 1;89(8):556–64.
92. Abrha A, Spigt M, Tewelde Y, Schaay N, Sanders D. Role of health extension workers in improving utilization of maternal health services in rural areas in Ethiopia: a cross sectional study. 2012 [cited 2022 Jun 21]; Available from: <https://idl-bnc-idrc.dspacedirect.org/handle/10625/49844>
93. Rasschaert F, Pirard M, Philips MP, Atun R, Wouters E, Assefa Y, et al. Positive spill-over effects of ART scale up on wider health systems development: evidence from Ethiopia and Malawi. *J Int AIDS Soc*. 2011;14 Suppl 1:S3.
94. Burki T. Ethiopia could be a model country for tuberculosis control. *The Lancet*. 2015 Dec;386(10010):2241–2.
95. Maes K, Closser S, Vorel E, Tesfaye Y. A Women's Development Army: Narratives of Community Health Worker Investment and Empowerment in Rural Ethiopia. *St Comp Int Dev*. 2015 Dec 1;50(4):455–78.
96. van Heemskerken P, Broekhuizen H, Gajewski J, Brugha R, Bijlmakers L. Barriers to surgery performed by non-physician clinicians in sub-Saharan Africa—a scoping review. *Hum Resour Health*. 2020 Jul 17;18:51.
97. Silve B, Ouedraogo A. Professionalizing Health Logistics in Burkina Faso: Challenges, Implementation and Sustainability. *Public Health Research*. 2013;3(6):157–61.
98. Ahmat A, Okoroafor SC, Kazanga I, Asamani JA, Millogo JJS, Illou MMA, et al. The health workforce status in the WHO African Region: findings of a cross-sectional study. *BMJ Glob Health*. 2022 May;7(Suppl 1):e008317.
99. IHME. Global Burden of Disease [Internet]. 2023. Available from: <https://www.healthdata.org/research-analysis/gbd>
100. Soucat A, Scheffler R, Ghebreyesus TA. The Labor Market for Health Workers in Africa. A New Look at the Crisis. Washington, D.C.: The World Bank; 2013 p. 383.
101. World Health Organization Regional Office for Africa. The state of the health workforce in the WHO African Region - 2021 [Internet]. Brazzaville: World Health Organization. Regional Office for Africa; 2021 [cited 2022 Jun 23] p. 120. Available from: <https://www.afro.who.int/publications/state-health-workforce-who-african-region-2021>
102. Southern African Development Community (SADC). Plan Stratégique 2020–2030 en Matière de Personnel de Santé. Gaborone, Botswana; 2021 p. 93. Available from: <https://www.sadc.int/fr/pillars/plan-indicatif-regional-de-developpement-strategique-2020-2030>
103. World Health Organization. Regional Office for Africa. Health workforce thresholds for supporting attainment of universal health coverage in the African Region [Internet]. World Health Organization. Regional Office for Africa; 2021 Oct [cited 2022 Jun 24] p. 30. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/348854>
104. Organisation mondiale de la Santé. Directives de l'OMS sur la politique de santé et l'accompagnement au sein du système en vue d'optimiser les programmes relatifs aux agents de santé communautaires [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2018 [cited 2022 Mar 17]. 112 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325564>
105. World Health Organization. What do we know about community health workers? A systematic review of existing reviews [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2022 Jun 8]. (Human

- Resources for Health Observer Series). Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340717>
106. OMS - Global Health Workforce Alliance. Global Experience of Community Health Workers for Delivery of Health Related Millennium Development Goals: A Systematic Review, Country Case Studies, and Recommendations for Integration into National Health Systems [Internet]. 2010. Available from: <https://chwcentral.org/wp-content/uploads/2013/07/Global-Experience-of-Community-Health-Workers-for-Delivery-of-Health-Related-Millennium-Development-Goals.pdf>
 107. Miller NP, Milsom P, Johnson G, Bedford J. Community Health Workers during the ebola outbreak in Guinea, Liberia, and Sierra Leone. US National Library of Medicine [Internet]. 2018; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30023054/>
 108. World Health Organization Regional Office for Africa. Community health worker programmes in the WHO African Region Policy brief [Internet]. 2017. Available from: <https://www.afro.who.int/publications/community-health-worker-programmes-who-african-region-policy-brief>
 109. Unicef, Fonds français MUSKOKA. Community health policies and programmes. 2019.
 110. USAID, MCHIP. Case Studies of Large-Scale Community Health Worker Programs: Examples from Afghanistan, Bangladesh, Brazil, Ethiopia, Niger, India, Indonesia, Iran, Nepal, Pakistan, Rwanda, Zambia, and Zimbabwe [Internet]. 2017 Jan p. 114. Available from: <https://www.mcsprogram.org/wp-content/uploads/2017/01/CHW-CaseStudies-Globes.pdf>
 111. Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS). La médiation en santé : Un levier relationnel de lutte contre les inégalités sociales de santé à consolider [Internet]. 2023. Available from: https://fondation-mnh.fr/wp-content/uploads/2023/07/Rapport-interministeriel-Mediation-en-sante-VF_compressed.pdf
 112. Unicef. Gender Relations in Community Health Systems in West and Central Africa [Internet]. 2021. Available from: : <https://www.unicef.org/wca/media/6731/file/UNICEF-Gender-relations-health-systems.pdf>
 113. Nations U. United Nations. United Nations; [cited 2022 Oct 5]. Remarks at Global launch of World Population Prospects 2022, release of the latest China Population Prospects and symposium on low fertility. Available from: <https://www.un.org/en/desa/remarks-global-launch-world-population-prospects-2022-release-latest-china-population-prospects>
 114. Scheil-Adlung et al, OIT. Health workforce a global supply chain approach new data on the employment effects of health economies in 185 countries. 2016; Available from: <https://ideas.repec.org/p/ilo/ilowps/994940893002676.html>
 115. OMS, European Observatory on Health Systems and Policies. What steps can improve and promote investment in the health and care workforce? [Internet]. 2023. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-workforce/5gf/5gf-policy/5gf-pb3.pdf?sfvrsn=ea90c383_3&download=true
 116. McKee. Drawing light from the pandemic: a new strategy for health and sustainable development. A review of the evidence for the Pan-European Commission on Health and Sustainable Development. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. 2021; Available from: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/drawing-light-from-the-pandemic-a-new-strategy-for-health-and-sustainable-developmen>
 117. Lauer JA et al. Pathways: the health system, health employment, and economic growth. WHO Health employment and economic growth: an evidence base [Internet]. 2017; Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326411>
 118. Barroy H, Sparkes S, Dale E. ASSESSING FISCAL SPACE FOR HEALTH EXPANSION IN LOW-AND-MIDDLE INCOME COUNTRIES: 2016 p. 41. Report No.: 3.
 119. Barroy H. et al. Leveraging public financial management for better health in Africa: key bottlenecks and opportunities for reform. Health Financing Working paper No14 [Internet]. 2019; Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHC-HGF-HFWorkingPaper-19.2>
 120. Micah AE et al. Donor financing of human resources for health, 1990–2016: an examination of trends, sources of funds, and recipients. Global health. 2018;
 121. Micah AE, Solorio J, Stutzman H, Zhao Y, Tsakalos G, Dieleman JL. Development assistance for human resources for health, 1990–2020. Human Resources for Health. 2022 Jun 10;20(1):51.
 122. Asamani. Exploring the availability of specialist health workforce education in east and southern Africa: a document analysis. BMJ Glob Health. 2022;
 123. McPake B et al. Why do health labour market forces matter? Bull World Health Organ. 2013;
 124. Asamani JA, Akogun OB, Nyoni J, Ahmat A, Nabyonga-Orem J, Tumusiime P. Towards a regional strategy for resolving the human resources for health challenges in Africa. BMJ Glob Health. 2019 Oct;4(Suppl 9):e001533.

125. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*. 2010 Dec 4;376(9756):1923–58.
126. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *The Lancet Global Health*. 2018 Nov;6(11):e1196–252.
127. de Bernis L. Mise en place de mécanismes d'accréditation des écoles de sages-femmes en Côte d'Ivoire, au Mali et au Tchad. *Santé Publique*. 2018;HS(HS):57–63.
128. Okoroafor SC, Ahmat A, Asamani JA, Millogo JJS, Nyoni J. An overview of health workforce education and accreditation in Africa: implications for scaling-up capacity and quality. *Human Resources for Health*. 2022 May 7;20(1):37.
129. WHO Regional Office for Africa. The African Regional Framework for the Implementation of the Global Strategy on Human Resources for Health: workforce 2030. WHO Regional Office for Africa; 2020 p. 20.
130. Assemblée mondiale de la Santé 72. Stratégie mondiale OMS sur la santé, l'environnement et les changements climatiques : la transformation nécessaire pour améliorer durablement la vie et le bien-être grâce à des environnements sains [Internet]. Organisation mondiale de la Santé; 2019 [cited 2023 Aug 6]. Report No.: WHA72(9). Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328401>
131. Nove A, Ajuebor O, Diallo K, Campbell J, Cometto G. The roles and involvement of global health partners in the health workforce: an exploratory analysis. *Hum Resour Health*. 2023 May 24;21(1):41.
132. Scheil-Adlung X. Global evidence on inequities in rural health protection. New data on rural deficits in health coverage for 174 countries [Internet]. 2015 May [cited 2023 Sep 8]. Available from: http://www.ilo.org/secsoc/information-resources/publications-and-tools/Workingpapers/WCMS_383890/lang--en/index.htm
133. Araujo E, Maeda A, World Bank. How to recruit and retain health workers in rural and remote areas in developing countries. 2013; Available from: <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/273821468154769065/how-to-recruit-and-retain-health-workers-in-rural-and-remote-areas-in-developing-countries>
134. Bertone MP. Le défi de la fidélisation des personnels de santé dans les zones rurales : analyse des stratégies mises en œuvre dans sept pays d'Afrique francophone. *Santé Publique*. 2018;HS(HS):33–43.
135. Lehmann U, Dieleman M, Martineau T. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: a literature review of attraction and retention. *BMC Health Serv Res*. 2008 Jan 23;8:19.
136. Frehywot S et al. Compulsory service programmes for recruiting health workers in remote and rural areas: Do they work? *World Health Organization* [Internet]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/270674>
137. Fagan EB et al. Family Medicine graduate proximity to their site of training: Policy options for improving the distribution of Primary Care Access. *US National Library of Medicine* [Internet]. 2015; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25646984/>
138. Govindaraj R. Strengthening Post-Ebola Health Systems: From response to resilience in Guinea, Liberia, and Sierra Leone. 2018; Available from: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/27618>
139. Malan C. This is the key to boosting economic growth in Africa. 2019; Available from: <https://www.weforum.org/agenda/2019/05/investing-in-africans-health>
140. World Bank. The business of health in Africa : Partnering with the private sector to improve people's lives. 2008; Available from: <https://documents.worldbank.org/pt/publication/documents-reports/documentdetail/878891468002994639/the-business-of-health-in-africa-partnering-with-the-private-sector-to-improve-peoples-lives>
141. Ly MS., Bassoum, O. Universal Health Insurance in Africa: A narrative review of the literature on Institutional Models. 2022; Available from: <https://gh.bmj.com/content/7/4/e008219>
142. Martineau T, Ozano K, Raven J, Mansour W, Bay F, Nkhoma D, et al. Improving health workforce governance: the role of multi-stakeholder coordination mechanisms and human resources for health units in ministries of health. *Human Resources for Health*. 2022 May 26;20(1):47.
143. McPake B et Al. Implications of dual practice for Universal Health Coverage. 2016; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4750430/>
144. The private sector, universal health coverage and primary health care [Internet]. [cited 2022 Jul 6]. Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-HIS-SDS-2018.53>
145. Oxfam international. Fonds pour le développement investis dans la santé par les pays riches profite au secteur privé et ruine ou laisse pour compte les personnes vulnérables. 2023; Available from: <https://www.oxfam.org/fr/communiqués-presse/fonds-pour-le-developpement-investis-dans-la-sante-par-les-pays-riches-profite>
146. WHO Council on the Economics of Health for All. Financing health for all: increase, transform and redirect [Internet]. 2021. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/council-brief-no-2>

147. Doherty. Regulating the for-profit private health sector : lessons from East and Southern Africa.] Health Policy and Planning [Internet]. Available from: https://academic.oup.com/heapol/article/30/suppl_1/i93/731990
148. World Health Organization. Health Systems Governance [Internet]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/health-systems-governance>
149. World Health Organization. Framework for Health Systems Development towards universal health coverage in the context of the Sustainable Development Goals in the African region: Report of the secretariat. 2017; Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/260237>
150. WHO. European Observatory on Health Systems and Policies . TAPIC [Internet]. Available from: <https://eurohealthobservatory.who.int/themes/observatory-programmes/governance/tapic>
151. BMJ Glob Health, Afriyie DO et al. The state of strategic plans for the health workforce in Africa. 2019;
152. WHO. Road map for scaling up human resources for health for improved health service delivery in the African Region (2012–2025). 2013; Available from: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/road-map-hr.pdf>
153. Ahmat, BMJ Glob Health. Health workforce policy and plan implementation in the context of universal health coverage in the Africa Region. 2022; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9121425/>
154. World Health Organization. A review of the relevance and effectiveness of the five-year action plan for health employment and inclusive economic growth (2017–2021) and ILO-OECD- WHO working for health programme.
155. Caffrey. What can intersectoral governance do to strengthen the health and care workforce?: Structures and mechanisms to improve the education, employment and retention of health and Care Workers. European observatory on Health Systems and policies - World Health Organization; [Internet]. 2023; Available from: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/what-can-intersectoral-governance-do-to-strengthen-the-health-and-care-workforce-structures-and-mechanisms-to-improve-the-education-employment-and-retention-of-health-and-care-workers>
156. Addati L, Cattaneo U, Esquivel V, Valarino I. Care work and care jobs for the future of decent work. Geneva: International Labour Office; 2018.
157. Organisation mondiale de la Santé. Lignes directrices de l’OMS relatives au développement, à l’attraction, au recrutement et à la fidélisation des personnels de santé dans les zones rurales et reculées : résumé [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2021 [cited 2022 Mar 17]. 5 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/346558>
158. Burton MJ et al. The Lancet Global Health Commission on global eye health: vision beyond 2020. 2021; Available from: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30488-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30488-5/fulltext)
159. Gajewski J et al. The contribution of non-physician clinicians to the provision of surgery in rural Zambia – a randomised controlled trial. . 2019; Available from: doi: 10.1186/s12960-019-0398-9
160. Mullan F, Frehywot S. Non-physician clinicians in 47 sub-Saharan African countries. The Lancet. 2007 Dec 22;370(9605):2158–63.
161. WHO. National workforce capacity to implement the essential public health functions including a focus on emergency preparedness and response, Action plan (2022–2024) for aligning WHO and partner contributions [Internet]. Geneva: WHO; 2022 Oct [cited 2023 Aug 4] p. 26. Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240060364>
162. OMS. Non-standard forms of employment, Report for discussion at the Meeting of Experts on Non-Standard Forms of Employment, ILO Conditions of Work and Equality Department. 2015; Available from: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---travail/documents/meetingdocument/wcms_336934.pdf
163. Santé mondiale 2030. L’inclusion et la participation de toute la société à la réponse au Covid-19. Available from: <http://santemondiale2030.fr/wp-content/uploads/2020/04/Note-inclusion-soci%C3%A9t%C3%A9-face-au-Covid-19-1.pdf>
164. Barbazza E et al. Health workforce governance: processes, tools and actors towards a competent workforce for integrated health services delivery. 2015; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26489924/>
165. Frenk J. et al. Challenges and opportunities for educating health professionals after the COVID-19 pandemic. Lancet. 2022;
166. Byanyima W, Lauterbach K, Kavanagh MM. Community pandemic response: the importance of action led by communities and the public sector. The Lancet. 2023 Jan 28;401(10373):253–5.
167. The Lancet. Faith-based health-care. 2015; Available from: <https://www.thelancet.com/series/faith-based-health-care>
168. Haute Autorité de Santé. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de Soins. 2017; Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2801497/fr/la-mediation-en-sante-pour-les-personnes-eloignees-des-systemes-de-prevention-et-de-soins

169. La médiation en santé : un nouveau métier pour lever les obstacles aux parcours de soin et de prévention. 2022 Jun;(460):52.
170. Unicef. Evaluation of South Asia's Current Community Health Worker Policies and System Support and their Readiness for Community Health Workers' Expanding Roles and Responsibilities within Post-Astana National Health Care Strengthening Plans [Internet]. 2022. Available from: <https://www.unicef.org/rosa/media/18146/file/South%20Asia%20Regional%20Brief.pdf>
171. Pronovost PJ. et al. Remote patient monitoring during COVID-19: An unexpected patient safety benefit. JAMA [Internet]. 2022; Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2789635>, accessed 19 February 2023
172. DHCS. Information regarding the use of subcutaneous depot medroxyprogesterone acetate during the 2019 Novel Coronavirus public health emergency. Sacramento, CA, State of California [Internet]. 2020; Available from: <https://www.dhcs.ca.gov/Documents/COVID-19/Medi-Cal-FFS-Depo-Provera-SQ-Temp-Policy.pdf>
173. Joseph Lamarange et al. Projet ATLAS : Les autotests VIH, un outil pour pallier le manque d'accès au dépistage en Afrique de l'Ouest. The Conversation [Internet]. 2022; Available from: <https://theconversation.com/projet-atlas-les-autotests-vih-un-outil-pour-pallier-le-manque-dacces-au-depistage-en-afrique-de-louest-186424>
174. OMS. Charte d'Ottawa - Promotion de la santé. 1986. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349653/WHO-EURO-1986-4044-43803-61666-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
175. Augoyard P, Renaud L. Le concept d'"empowerment" et son application dans quelques programmes de promotion de la santé. Promotion et éducation.; 1998.
176. World Health Organization. Delivered by women, led by men: a gender and equity analysis of the global health and social workforce [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [cited 2022 Feb 18]. 60 p. (Human Resources for Health Observer Series). Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311322>
177. Ng Sueng and al. Gender associated with the intention to choose a medical specialty in medical students: A cross-sectional study in 11 countries in Latin America. US National Library of Medicine; [Internet]. 2016; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4982605/>
178. Jefferson L and al. General practitioner well-being during the COVID-19 pandemic: A qualitative interview study. BMJ Open [Internet]. 2022; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36813497/>
179. Women in Global Health [Internet]. [cited 2023 Feb 13]. WGH- Challenging power and privilege for gender equity in health. Available from: <https://womeningh.org/>
180. Center for Research on Environment Health and Population Activities, Buse K, Global Health 50/50, Dahal M, Dhakal S, Hawkes S, et al. Gender and Health 50/50 Nepal: Catalyzing change for gender equality and health equity [Internet]. Center for Research on Environment Health and Population Activities and Global Health 50/50; 2022 Aug [cited 2023 Jan 23]. Available from: <https://nepal5050.org/2022-report>
181. Payne S, OMS. How can gender equity be addressed through health systems? 2009; Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107956>
182. George AS and al. Violence against female health workers is tip of iceberg of Gender Power Imbalances. 2020; Available from: <https://www.bmj.com/content/371/bmj.m3546>
183. The Lancet, Langer A. and al. Women and Health: the key for sustainable development. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-workforce/5gf/5gf-policy/5gf-pb3.pdf?sfvrsn=ea90c383_3&download=true
184. Addressing Gender Equality in Health through Community Health Workers | Glocal [Internet]. [cited 2023 Feb 13]. Available from: <https://glocal.huji.ac.il/Addressing-Gender-Equality-in-Health-through-Community-Health-Workers>
185. de Hennezel M. Le souci de l'autre. Ed Pocket; 2005.
186. van Ryn M, Burke J. The effect of patient race and socio-economic status on physicians' perceptions of patients. Social Science & Medicine. 2000;Volume 50:Pages 813-828.
187. Rebouças P, Goes E, Pescarini J, Ramos D, Ichihara MY, Sena S, et al. Ethnoracial inequalities and child mortality in Brazil: a nationwide longitudinal study of 19 million newborn babies. The Lancet Global Health. 2022 Oct;10(10):e1453-62.
188. King PT, Robson B. Coloniality and racism impacts the health of young people. The Lancet. 2022 Oct 1;400(10358):1084-5.
189. Mizelle RM. Biopower, racism, and yellow fever. The Lancet. 2022 Oct 1;400(10358):1096-7. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)01833-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)01833-5/fulltext)
190. Azria E et al. Implicit biases and differential perinatal care for migrant women: Methodological framework and study protocol of the BiP study part 3 Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction. 2022;51.

191. Advancing Health Equity: Time To Address Racism And Structural Discrimination in Global Health [Internet]. 2022 [cited 2023 Aug 3]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=eQvDGHAXy8s>
192. Adhikari S, Torres I, Oele E. The way forward in decolonising global health. *The Lancet Global Health*. 2023 Jul;11(7):e982.
193. Pilecco FB, Cabral CS. Racism and health: the need for urgent action. *The Lancet Global Health*. 2022 Oct;10(10):e1369–70.
194. Secrétariat général des Nations Unies. Rapport de la Rapporteuse spéciale sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible : Racisme et droit à la santé [Internet]. New-York: Organisation des Nations Unies; 2022 Jul [cited 2023 Aug 3] p. 26. Report No.: A/77/197. Available from: <https://daccess-ods.un.org/tmp/1053904.07145023.html>
195. Azria E et al. Exploring the hypothesis of differential care for African immigrant and native women in France with hypertensive disorders during pregnancy: a qualitative study. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2017;
196. Burki T. Research focus: the NHS Race & Health Observatory. *The Lancet*. 2022 Aug;400(10350):422.
197. van Ryn M. Medical school experiences associated with change in implicit racial bias among 3547 students: a medical student CHANGES study report. 2015;
198. Salsberg E. et al. Estimation and Comparison of Current and Future Racial/Ethnic Representation in the US Health Care Workforce. 2021;
199. Wilson, R, Khan et al. Progress made on access to rural healthcare in Canada. 2020; Available from: [10.4103/CJRM.CJRM_84_19](https://doi.org/10.4103/CJRM.CJRM_84_19)
200. There are few Indigenous doctors in Australia. SBS News [Internet]. 2021; Available from: <https://www.sbs.com.au/news/article/there-are-few-indigenous-doctors-in-australia-this-course-hopes-to-change-that/icbv5pak6>
201. Khanijahani et al. A systematic review of racial/ethnic and socioeconomic disparities in COVID-19. 2021; Available from: [10.1186/s12939-021-01582-4](https://doi.org/10.1186/s12939-021-01582-4).
202. McIntosh K, Messin L, Jin P, Mullan Z. Countering helicopter research with equitable partnerships. *The Lancet Global Health*. 2023 Jul 1;11(7):e1007–8.
203. The Lancet Global Health. Closing the door on parachutes and parasites. *The Lancet Global Health*. 2018 Jun;6(6):e593.
204. Allotey P, Reidpath DD. Improving diversity in global health governing boards. *The Lancet*. 2022 Apr;399(10336):1673–5.
205. Gajarawala SN. Telehealth benefits and barriers. 2021; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7577680/>
206. Think tank Santé Mondiale 2030. Santé numérique et santé mondiale [Internet]. 2018 Nov [cited 2022 Nov 1] p. 12. Available from: <http://santemondiale2030.fr/wp-content/uploads/2021/12/Note-bleue-Sante%CC%81-nume%CC%81rique..pdf>
207. Mbaye MN et al. Diabète : Le Mobile au service de la Lutte Contre Le Diabète au Sénégal. 2015; Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S195725571530033X>
208. Banning-Lover R et al., Financial times. Connect lets expectant mothers know what to expect. 2020; Available from: <https://www.ft.com/content/7d17d354-684e-11ea-a6ac-9122541af204>
209. Al Dahdah M. From Evidence-based to Market-based mHealth: Itinerary of a Mobile (for) Development Project. *Science, Technology, & Human Values*. 2019;1048–67.
210. Agence du Numérique en Santé; Le Ségur du numérique en santé. Available from: <https://esante.gouv.fr/segur>
211. OECD. Empowering the health workforce to make the most of the digital revolution; 2021; Available from: <https://www.oecd.org/health/health-systems/Empowering-Health-Workforce-Digital-Revolution.pdf>
212. Odoxa. La formation en santé des soignants est insatisfaisante. 2018; Available from: <https://www.odoxa.fr/sondage/a-lheure-digital-de-lia-formation-sante-professionnels-insatisfaisante-luniversite-laider-a-prendre-nouvelle-dimension/>
213. World Health Organization. Global strategy on Digital Health 2020-2025. 2021; Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/344249>
214. Ministère de la Santé et de la Prévention. Etude sur la Formation Continue au Numérique en Santé. 2021; Available from: <https://gnius.esante.gouv.fr/sites/default/files/2023-04/Etude%20formation%20continue%20au%20num%20C3%A9rique%20en%20sant%20C3%A9.pdf>
215. INSERM. La Recherche technologique. 2017; Available from: <https://www.inserm.fr/nos-recherches/recherche-technologique/>
216. CNPEN. Manifeste pour une éthique du numérique. 2021; Available from: <https://www.ccne-ethique.fr/cnpen>
217. World Health Organization. Climate change and health fact sheet [Internet]. 2021 [cited 2023 Jun 25]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health>

218. CIRAD. One health et approches intégrées de la santé. 2022; Available from: <https://www.cirad.fr/nos-activites-notre-impact/enseignement-et-formation/formation-professionnelle/catalogue-des-formations/one-health-et-approches-integrees-de-la-sante>
219. Corinne Grenier, Florent Giordano. Prospective des métiers de la santé à l'horizon 2040. [Rapport de recherche] OPCO Santé. 2021. <hal-03480965>
220. Donaldson. Primary Care: America's Health in a New Era – Chapter 7 Education and training for primary care. Institute of Medicine (US) Committee on the Future of Primary Care [Internet]. 1996; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK232645/>
221. Rousseau A. Transformer les conditions d'exercice des métiers dans la communauté hospitalière. 2018; Available from: <https://www.ars.sante.fr/media/30581/download?inline>
222. Santé mondiale 2030. Recherche et enseignement de la santé mondiale : combler le retard français. In 2022.
223. Guze PA. Using technology to meet the challenges of medical education. 2015; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4530721/>
224. Frehywot S et al. E-learning in medical education in resource constrained low- and middle-income countries - human resources for health. 2013; Available from: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-11-4#Sec23>
225. Professeur Alexandre Denoyer. Simulateur de Chirurgie de la Cataracte. 2021; Available from: <https://alexandredenoyer.com/simulateur-chirurgie-cataracte-ophtalmologie/>
226. OECD. Recent Trends in International Migration of Doctors, Nurses and Medical Students [Internet]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2019 [cited 2023 Feb 7]. Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/recent-trends-in-international-migration-of-doctors-nurses-and-medical-students_5571ef48-en
227. Bundred PE, Levitt C. Medical migration: who are the real losers? *Lancet*. 2000 Jul 15;356(9225):245-6. doi: 10.1016/S0140-6736(00)02492-2. PMID: 10963214.
228. Mills et al. The financial cost of doctors emigrating from sub-Saharan Africa: human capital analysis. *BMJ*. 2011;
229. OECD [Internet]. [cited 2023 Aug 6]. Contribution of migrant doctors and nurses to tackling COVID-19 crisis in OECD countries. Available from: <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/contribution-of-migrant-doctors-and-nurses-to-tackling-covid-19-crisis-in-oecd-countries-2f7bace2/>
230. Adovor et al. Medical brain drain: how many, where and why? *J Health Economy*. 2021.
231. Clemens M. et al. Ethical recruitment of health workers: using bilateral cooperation to fulfill the World Health Organization's Global Code of Practice. Washington DC: Center for Global Development. 2021;
232. World Health Organization. Health workforce incentive and remuneration strategies: a research review [Internet]. World Health Organization; 2000 [cited 2023 Apr 17]. Report No.: WHO/EIP/OSD/00.14. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69777>
233. Ilo. General principles and operational guidelines for fair recruitment. 2016; Available from: https://www.ilo.org/global/topics/fair-recruitment/WCMS_536755
234. Marini. Globally bred Chinese talents returning home: an analysis of a reverse brain-drain flagship policy. *Science and Public Policy*. 2021;
235. Tangcharoensathien V et al. Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage. *Lancet*. 2018;
236. Banque mondiale. Personal remittances, received (% of GDP) – Philippines. Washington, DC: World Bank (). 2022; Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/BX.TRF.PWKR.DT.GD.ZS?locations=PH>, accessed 20 February 2023
237. Brain drain to brain gain: Ireland's two-way flow of doctors [Internet]. [cited 2023 May 16]. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/2017-ireland-hw-migration>
238. Organisation mondiale de la Santé. Stratégie mondiale OMS pour la santé et l'environnement [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 1993 p. 52. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69806/WHO_EHE_93.2_fre.pdf
239. Romanello M, McGushin A, Di Napoli C, Drummond P, Hughes N, Jamart L, et al. The 2021 report of the Lancet Countdown on health and climate change: code red for a healthy future. *The Lancet*. 2021 Oct;398(10311):1619–62.
240. Watts N, Amann M, Arnell N, Ayeb-Karlsson S, Beagley J, Belesova K, et al. The 2020 report of The Lancet Countdown on health and climate change: responding to converging crises. *The Lancet*. 2021 Jan 9;397(10269):129–70.
241. World Health Organization. Heat and Health fact sheet [Internet]. 2018 [cited 2023 Jun 25]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-heat-and-health>
242. Marten R, Yangchen S, Campbell-Lendrum D, Prats EV, Neira MP, Ghaffar A. Climate change: an urgent priority for health policy and systems research. *Health Policy and Planning*. 2021 Mar 26;36(2):218–20.

243. Whitmee S, Haines A, Beyrer C, Boltz F, Capon AG, De Souza Dias BF, et al. Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation–Lancet Commission on planetary health. *The Lancet*. 2015 Nov;386(10007):1973–2028.
244. World Health Organization. Addressing climate change: supplement to the WHO water, sanitation and hygiene strategy 2018-2025 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 May [cited 2023 Jun 25] p. 28. Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240071995>
245. Environment, Climate Change and Health Team, WHO. Checklist for rapid assessment of policies and actions in environment, climate change and health: scaling up country actions for environment, climate change and health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 Apr [cited 2023 Jun 25] p. 10. Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-HEP-ECH-EHD-2023.1>
246. World Health Organization, UNDP, Unicef, UNEP. Compendium of WHO and other UN guidance on health and environment, 2022 update [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2023 Jun 25] p. 194. Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-HEP-ECH-EHD-21.02>
247. Engebretsen E, Sharma R, Sandset TJ, Heggen K, Ottersen OP, Clark H, et al. Teaching sustainable health care through the critical medical humanities. *The Lancet*. 2023 Jun 10;401(10392):1912–4.
248. Landrigan PJ, Fuller R, Acosta NJR, Adeyi O, Arnold R, Basu N (Nil), et al. The Lancet Commission on pollution and health. *The Lancet*. 2018 Feb 3;391(10119):462–512.
249. The shift project. Décarboner la santé pour soigner durablement [Internet]. 2023. Available from: https://theshiftproject.org/wp-content/uploads/2023/04/180423-TSP-PTEF-Synthese-Sante_v2.pdf
250. Moreira L, Lafortune G. Equipping health workers with the right skills, in the right mix, and in the right numbers in OECD countries. OECD et ILO. 2022
251. James C. Health and Inclusive Growth: Changing the Dialogue. OMS. 2016
252. Dumont JC, Lafortune G. International migration of doctors and nurses to OECD countries: recent trends and policy implications. 2016
253. Cambell J, Dare Lola et al. Gaps and recommendations on ‘Transformative Health Personnel Education. OMS. 2015.
254. Comité régional de l’Afrique 65. Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé : perspectives de la Région africaine : rapport du Secrétariat [Internet]. Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l’Afrique; 2015 [cited 2023 Jan 31]. Report No.: AFR/RC65/7. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/335763>
255. World Health Organization. SYNTHESIS PAPER OF THE THEMATIC WORKING GROUPS Health workforce 2030: towards a global strategy on human resources for health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 [cited 2022 Jan 13]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330092>
256. Maier CB, Kroezen M, Busse R, Wismar M, editors. Skill-mix Innovation, Effectiveness and Implementation: Improving Primary and Chronic Care [Internet]. Cambridge: European Observatory on Health Systems and Policies; 2023 [cited 2023 Mar 15]. 410 p. Available from: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/skill-mix-innovation-effectiveness-and-implementation-improving-primary-and-chronic-care>
257. Campbell J, Shojaei T. Ressources humaines en santé dans les pays d’Afrique francophone : dynamiques et défis. *Santé Publique*. 2018;S1(HS):5.
258. International Labour Office, Sectoral Policies Department. The future of work in the health sector. Geneva: ILO; 2019. (Sectoral Policies Department). Report No.: 325.
259. All-Party Parliamentary Group on Global Health. All-Party Parliamentary Group on Global Health: Probable Futures and Radical Possibilities - an exploration of the future roles of health workers globally [Internet]. London; 2022 Jul. Available from: [https:// globalhealth.inparliament.uk/](https://globalhealth.inparliament.uk/)

Annexes

Annexe n°1 : Glossaire

Parmi les institutions de santé mondiale qui travaillent sur la question des métiers de la santé, des professionnels de santé et de leur répartition nationale ou internationale, il y a peu d'acteurs francophones, de rapports, d'articles ou autres sources en français, au moment de l'écriture de ce rapport. La plupart des parties prenantes travaillent et échangent en anglais, ainsi, de nombreux concepts, acronymes et abréviations utilisés dans ce champ de la santé mondiale sont en anglais¹⁴⁹. Pour faciliter la lecture de ce rapport à destination d'un public francophone nous avons traduit la plupart des termes. Néanmoins, ce glossaire permet au lecteur d'avoir l'expression originale, afin de faciliter les échanges avec des acteurs anglophones et la lecture de sources du rapport – ou de tout autre document institutionnel ou scientifique sur le sujet.

¹⁴⁹ La notion de *health workforce (HWF)* par exemple, omniprésente dans un travail sur les métiers de la santé et les professionnels de santé, est difficilement traduisible littéralement. La notion de « force de travail en santé » est peu compréhensible et n'exprime pas du tout la même chose. Nous avons choisi de traduire par « professionnels de santé » la plupart du temps, même si ce terme n'inclut pas la notion de groupe et d'unité qu'il y a dans *health workforce*. Pour préciser, nous utilisons parfois l'expression « professionnels de santé en poste » qui permet de distinguer les personnes formées et en emploi des personnes en formation ou des personnes formées mais au chômage ou en reconversion professionnelle.

Expression en anglais	Expression en français
Caring for those who care	Prendre soin des soignants
Competency-Based Education	Éducation fondée sur la compétence
Continuing medical education and training	Formation médicale continue
Continuing professional development	Formation professionnelle continue
Dual practice	Double pratique (exercice de deux professions)
Emergency preparedness and response	La préparation et la réponse à l'urgence
Essential public health functions (EPHFs)	Les fonctions essentielles de santé publique (FESP)
Fiscal space	Assiette fiscale
Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel	Le Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé
Global health workforce (GHW)	Les personnels de santé dans le monde
Global health workforce alliance (GHWA)	Alliance mondiale pour les personnels de santé
Global health workforce network (GHWN)	Réseau mondial des personnel de santé
Health extension workers - HEW	Les agents de vulgarisation sanitaire
Health-workforce demand	La demande en personnel de santé (liée à la capacité de pays)
Health-workforce needs-based shortage	Pénurie de personnel de santé fondée sur les besoins
Health-workforce supply	L'offre de personnel de santé
M-health	Santé mobile (via les téléphones portables, tablettes, etc.)
Mid-level health worker	Les agents de santé de niveau intermédiaire
NHWA -National Health Workforce Accounts	Comptes nationaux des personnels de santé
Public health workforce	Professionnels de santé publique
Recruitment and retention of health workers	Recrutement et fidélisation du personnel de santé
Roadmap on the Public Health and Emergency Workforce	Feuille de route pour des professionnels de santé publique et urgences sanitaires
Skill atrophy	Atrophie / diminution des compétences
Skill-mix	Mélange de compétences nécessaires
Scope of practice	Les champs de pratique
Técnicos de cirugía	Technicien en chirurgie
The WHO Academy	Académie OMS
Working for health programme (W4H)	Plan d'action « Œuvrer pour la santé »

Annexe 2 – Méthodologie détaillée

Afin de répondre aux questions de recherche et atteindre nos objectifs, nous avons utilisé trois méthodes caractéristiques des études qualitatives en sciences sociales : l'analyse documentaire (littérature scientifique, littérature grise, articles de journaux et tout autre document ou support pertinent comme des vidéos – institutionnelles ou retransmission d'évènements scientifiques ou institutionnels –, site internet, etc) ; les entretiens semi-dirigés avec des acteurs clés; et des observations lors d'évènements politiques ou scientifiques liés au thème de l'étude.

Revue de littérature et analyse documentaire

Nous avons conduit, tout au long de l'étude, une revue de la littérature scientifique et de la littérature grise sur le thème principal des métiers de la santé de demain, ainsi que sur chacun des sous-thèmes abordés¹⁵⁰ (pénurie mondiale et répartition inégale des professionnels de santé, professionnalisation et conditions de travail des ASC, pénurie de RHS en Afrique francophone, éducation et formation à la santé de demain, accréditation des formations et reconnaissance des diplômes, analyses prospectives du marché du travail dans le secteur de la santé, attractivité et rétention en zones rurales et reculées, protocoles de coopération et évolutions des champs de pratiques, gouvernance et management des métiers de la santé, migration des professionnels de santé, professionnels de santé et santé digitale, nouveaux métiers de la santé de demain, etc) en français et en anglais. Nous avons utilisé principalement trois bases de données : Google Scholar, Pubmed et Cairn.

Nous avons analysé plus de 200 documents ; articles scientifiques, ouvrages ou chapitres d'ouvrages, articles de presse et rapports institutionnels.

Après avoir identifié les principaux acteurs institutionnels et associatifs sur les RHS en santé mondiale, nous avons effectué une veille des réseaux sociaux (Twitter et Linked In principalement) afin de suivre l'actualité des publications et des évènements organisés sur le sujet. Nous avons également conduit une revue de presse sur la pénurie de professionnels de santé (principalement centrée sur le cas français) comportant une cinquantaine d'articles de journaux et de reportages audios ou visuels.

La plupart des sources documentaires pertinentes sur les métiers de la santé de demain sont issues de la littérature sur les RHS à l'échelle internationale. Au sein de cette littérature, certaines ressources sont particulièrement précieuses et nous pensons qu'il est important de les mettre en avant :

- Le rapport de la Commission de haut-niveau sur l'emploi en santé et la croissance économique et la Stratégie mondiale pour les RHS à l'horizon 2030 (7,11), publiées en 2016 et 2017, restent les textes de référence pour la plupart des publications scientifiques et de la littérature grise sur les RHS en santé mondiale et les métiers de la santé de demain. Les travaux préliminaires de ces deux rapports sont également d'une grande utilité (250–255,9).
- La série de rapports de l'OMS intitulée « *Human Resources for Health Observer Series* » compte 26 rapports transversaux ou thématiques publiés depuis 2009, d'une grande pertinence pour cette étude et d'une grande utilité sur de nombreuses thématiques clés : la fidélisation en zones rurales et reculées (n°25 publié en 2020), les inégalités de genre parmi les professionnels de santé (n°24 publié en 2019), les ASC (n°19 publié en 2020), les dynamiques de marché du travail dans le secteur de la santé dans les pays de l'OCDE (n°20, publié en 2017) et dans les pays à ressources limitées (n°11 publié en 2012), etc.
- Le journal scientifique « *Human Resources for Health* » (de l'éditeur *BioMed Central*) présente un intérêt particulier pour cette étude avec une perspective de santé mondiale, de très nombreux articles présentant des cas d'étude pertinents et des travaux de recherche récents qui nous semblent majeurs pour penser les métiers de la santé de demain¹⁵¹.
- L'ensemble des documents produits à l'occasion du 5eme Forum Global sur les ressources humaines en santé, qui s'est tenu du 3 au 5 avril 2023¹⁵²

¹⁵⁰ Considérant le nombre de sous-thématiques abordées dans l'étude, nous ne prétendons pas à l'exhaustivité sur chacune, mais à fournir les références principales permettant une bonne compréhension du sujet. Chaque sous-thème spécifique ou étude de cas a ainsi fait l'objet d'une revue de littérature afin d'identifier les principales publications et les principaux acteurs.

¹⁵¹ De nombreuses publications importantes ont été publiées très récemment comme la collection spéciale intitulée : « *Global Strategy on Human Resources for Health : Workforce 2030 – A Five-Year Check-In* ».

¹⁵² Les trois policy brief issus de ce forum nous ont été particulièrement précieux. Ce forum, intitulé « *Protecting, safeguarding, and investing in the health and care workforce* » a été l'occasion de faire le bilan de la stratégie globale, cinq ans après son adoption, <https://www.who.int/teams/health-workforce/about/5thglobalforum-hrh/1>.

- Les plans d'action du programme de l'OMS, l'OIT et l'OCDE « Working for health » (13,19)¹⁵³ – et les vidéos de la chaîne Youtube « *Global Health Workforce Network* ».
- L'ouvrage publié par le *European Observatory on Health Systems and Policies* en 2023 intitulé « *Skill-mix Innovation, Effectiveness and Implementation: Improving Primary and Chronic Care* »¹⁵⁴ (256).

D'autres sources ont beaucoup servi de manière plus ponctuelle comme les publications sectorielles de l'OIT sur la santé avec des mises à jour régulières sur les RHS, leurs perspectives et leurs conditions de travail pendant l'épidémie de COVID-19 ; la publication dans le *Lancet* de nouvelles estimations mondiales sur les RHS disponibles dans le monde entre 1990 et 2019 (74)¹⁵⁵ ; ou encore pour la partie 2 sur l'Afrique subsaharienne francophone le hors-série de la revue *Santé Publique* de 2018, « Investir dans les ressources humaines pour la santé en Afrique subsaharienne francophone » (257). On peut noter également qu'un grand nombre de travaux publiés avant 2016 et issus de journaux scientifiques ou de la littérature grise sur les RHS sont répertoriés sur le site internet : « HRH Global Resource Center »¹⁵⁶.

Si les publications sur les RHS sont nombreuses, en particulier en langue anglophone, il y a relativement peu de documentation scientifique spécifique sur les métiers de la santé de demain. La notion même de « nouveau métier de la santé » est difficile à traduire en anglais et les recherches que nous avons menées avec différents mots-clés ont donné peu de résultats pertinents (voir Encadré 1).

¹⁵³ Voir en particulier l'annexe 3 du plan d'action 2022-2030 (pp. 41-42) qui propose des références bibliographiques clés en santé mondiale et par région (19).

¹⁵⁴ Cette publication de plus de 400 pages répertorie un grand nombre d'innovations récentes en termes d'organisation des différents métiers de la santé et de prise en charge de soins de santé primaire *et* de maladies chroniques. On y trouvera de nombreuses comparaisons internationales d'exemples nationaux de différentes régions ainsi que des analyses plus globales de ce qui est efficace ou non, dans quels contextes en prenant en compte les difficultés de mise en œuvre. Il s'agit d'une publication majeure afin de repenser et organiser les métiers de la santé de demain.

¹⁵⁵ Cette publication importante de l'IHME (<https://www.healthdata.org/>) fondée sur les chiffres du *Global Burden of Diseases* permet de nouvelles estimations de la pénurie mondiale de professionnels de santé avec des chiffres précis pour les différentes régions du monde et les différents pays.

¹⁵⁶ Ce site n'est plus mis à jour, de nombreux liens ne fonctionnent plus et beaucoup de documents répertoriés ne sont plus accessibles, mais cette initiative reste utile pour comprendre les thématiques principales et les acteurs principaux des RHS en santé mondiale jusqu'en 2016. Voir le lien suivant, consulté le 01/07/2022 : <https://www.hrresourcecenter.org/index.html>

Encadré XX « Métier de la santé » : un terme polysémique difficilement traduisible
Afin de présenter les résultats les plus complets possible en santé mondiale, nous avons effectué nos recherches sur les métiers de la santé de demain en français et en anglais.

La recherche sur « les métiers de la santé de demain » donnait peu de résultats pertinents en santé mondiale. Les résultats principaux proposaient des visions de la santé de demain très futuristes, peu pertinentes au regard des défis de santé actuels de la plupart des pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI) et très peu documentées. Les autres résultats proposaient des listes, souvent arbitraires, des métiers les plus pourvoyeurs d'emplois « dans le futur ».

La recherche sur les « nouveaux métiers de la santé » a donné quelques résultats pertinents, qui portaient soit sur des évolutions récentes ou en cours de certains métiers, soit sur l'émergence de nouvelles fonctions (ex : infirmier-coordonateur au sein de maisons de santé), ou plus rarement sur l'apparition de nouveaux métiers (ex : médiateur en santé). Nous les avons intégrés aux résultats présentés dans ce rapport.

La traduction anglaise du terme « métier » est délicate. En effet, en français, le métier peut désigner l'emploi occupé (« *job* ») ou la profession (« *occupation* »). Un métier de la santé peut contenir l'idée d'une évolution possible de carrière dans le temps ou au contraire être une sorte de statut qui limite les perspectives de carrière possibles sans formation complémentaire (ou reconversion professionnelle).

Afin de traduire ces différents aspects nous avons utilisé les termes suivants pour nos recherches sur les métiers de la santé : « *health profession* », « *health job* », « *health occupation* »

Pour la notion de nouveau métier nous avons utilisé : « *new health occupations* », « *new health professions* », « *new type/category of health worker* », « *new occupations* » in health. Toutes ces expressions ont donné peu de résultats récents en termes de littérature scientifique ou de littérature grise sur les métiers de la santé. (L'expression « *new health occupations* » a donné uniquement des publications scientifiques des années 1970 et 1980 par exemple).

L'expression « *emerging occupations in health* » a donné des résultats satisfaisants en termes de littérature grise, mélangeant les métiers pour lesquels la demande serait la plus forte dans les années à venir et les nouveaux métiers de la santé.

Cette explication sémantique illustre la complexité des recherches scientifiques autour de la notion de « métier de la santé » à une échelle mondiale et la nécessité de décliner ces recherches à une échelle nationale afin de développer les résultats. Ainsi, le cas de la France sera souvent donné à titre d'exemple dans le rapport afin de pouvoir développer certaines analyses.

On notera néanmoins la publication d'un rapport de l'OIT en 2019 intitulé *The future of work in the health sector* (258) et plus récemment, en 2022, le rapport du groupe parlementaire britannique sur la santé mondiale (*All-Party Parliamentary Group on Global Health*) intitulé « *Probable Futures and Radical Possibilities : an exploration of the future roles of health workers globally* » (259) besoins

Heal qui abordent de manière holistique la question des métiers de la santé de demain, dans une perspective proche de celle développée dans cette étude.

Entretiens avec des spécialistes du sujet

Nous avons réalisé une série d'entretiens semi-directifs (26) d'environ une heure avec des membres de gouvernements ou d'agences gouvernementales, des membres d'organisations internationales (OI), des membres d'organisations non gouvernementales internationales (ONGi), des professionnels de santé, des chercheurs et des consultants¹⁵⁷. Toutes les personnes interviewées étaient spécialistes des RHS en santé mondiale ou impliqués dans des projets innovants de formation ou d'organisation des professionnels de santé afin de répondre aux défis de la santé de demain. Considérant les différents aspects et nombreuses sous-thématiques du sujet et la définition large des métiers de la santé choisie pour cette étude, nous avons adapté notre grille d'entretien aux domaines de spécialité de chaque enquêté. Un tableau récapitulatif présenté ci-dessous illustre les différentes thématiques abordées par type d'acteurs.

Nous avons également conduit plusieurs discussions collectives (6 réunions entre 5 et 15 participants) à différents stades de l'enquête afin de confronter nos résultats intermédiaires aux avis de spécialistes. Tous les participants à l'étude (35 en comptant les entretiens et les discussions collectives) ont été anonymisés et désignés par un code (i+numéro) qu'on retrouvera dans les citations utilisées dans le rapport¹⁵⁸.

Les entretiens réalisés tout au long du déroulement de l'étude avaient pour objectif principal d'éclairer les aspects du sujet qui n'apparaissent pas dans les publications scientifiques et la littérature grise. Ils ont permis :

- D'effectuer une triangulation des données lors de l'analyse, en recoupant les données issues de la revue de la littérature, des entretiens, et des observations.
- De corriger le biais de publication qui encourage les auteurs à mettre en avant les innovations en termes de formation et d'organisation des métiers de la santé, qui ont eu un résultat positif. Les entretiens semi-dirigés ont donné l'occasion aux institutionnels, chercheurs et membres d'ONG ou du secteur privé en santé travaillant sur ces questions de faire part plus facilement de leurs doutes, des échecs et des obstacles qui rendent les innovations ou les évolutions liées aux professionnels de santé difficiles à implémenter ou à reproduire.
- De documenter des projets pilotes qui n'étaient pas ou peu documentés dans la littérature grise ou dans la littérature scientifique (soit parce qu'ils étaient mis en place par des ONG de manière temporaire et ponctuelle ou le résultat de politiques publiques locales qui ne donnent pas toujours lieu à des publications). Certains entretiens ont ainsi mis en lumière des innovations intéressantes qui n'étaient pas documentées par ailleurs.
- De partager des données sur des projets ou publication en cours de développement (comme l'Académie de l'OMS par exemple) qui font rarement l'objet de publications pendant le déroulement de l'implémentation initiale. Les entretiens ont donc permis d'avoir des informations immédiates sur des projets en cours de développement ou des initiatives dont les résultats ne sont pas encore publiés.
- Enfin, les entretiens ont été l'occasion d'utiliser la technique dite « boule de neige » (qui consiste à demander aux enquêtés en fin d'entretien s'ils ont en tête d'autres personnes à qui il serait pertinent de s'adresser sur le sujet de l'étude)

Suite aux premiers entretiens pilotes, il a été décidé que les entretiens ne seraient ni enregistrés, ni intégralement retranscrits. L'absence d'enregistreur permet un discours plus libre de la part des enquêtés et une prise de note systématique suffit à retenir les éléments principaux de l'entretien. Il ne s'agissait pas ici de faire une analyse thématique systématique mais de mettre en lumière des tendances, des pistes d'évolution pertinentes, des innovations ou des obstacles à prendre en compte dans la formation et l'organisation des professionnels de santé dans les deux décennies à venir.

Observations et participation à des événements scientifiques et institutionnels

Nous avons participé à plusieurs événements scientifiques et/ou institutionnels en rapport avec les métiers de la santé de demain, tout au long de la durée de l'étude. Nous avons également visionné un certain

¹⁵⁷ Pour la répartition, voir Annexe n°1.

¹⁵⁸ Le code correspondant à chaque enquêté lui a été communiqué avant publication afin qu'il ou elle puisse relire et approuver (ou corriger) ses propos dans les citations directes afin d'éviter tout contresens.

nombre d'enregistrements vidéo d'évènements hybrides (en présentiel et à distance) ou à distance auxquels nous n'avons pas pu assister en direct. Tous les évènements ont eu lieu entre avril 2022 et avril 2023. Une liste complète des évènements concernés est disponible en Annexe.

FIGURE 17 : TABLE DES EVENEMENTS INSTITUTIONNELS OU SCIENTIFIQUES UTILISES POUR L'ETUDE

Titre de l'évènement	Institution organisatrice	Date	Lieu
World Health Worker Week 2022: Investing in competency based education	Global Health Workforce Network, WHO	20/04/2022	Visio
La santé comme levier d'action face au changement climatique	Santé Publique France, IANPHI, Ministère des solidarités et de la santé	08/04/2022	Visio
Post-Séjour : Quelles solutions pour l'attractivité des métiers de la santé ?	Eurogroup Consulting	31/03/2022	Visio
1ère journée oncologie de MSF-OCP	MSF	05/04/2022	Visio
Vieillesse et solidarités : Cuba, Maroc, France.	GED, Campus Condorcet	21/04/2022	Paris, Campus Condorcet
Journée d'étude Santé et Territoires	Lisa Carayon	18/05/2022	Université Paris 1
Quels angles morts de la recherche sur le médico-social	IRESP	16/09/2022	Visio
Migrations de médecins étrangers : quelle place sur la marché du travail au Québec	EHESS Migrations et Santé	21/03/2022	Campus Condorcet
Partir pour étudier, étudier pour partir : les mobilités étudiantes depuis, vers et à travers l'Afrique	LPED	01/07/2022	REAF Toulouse

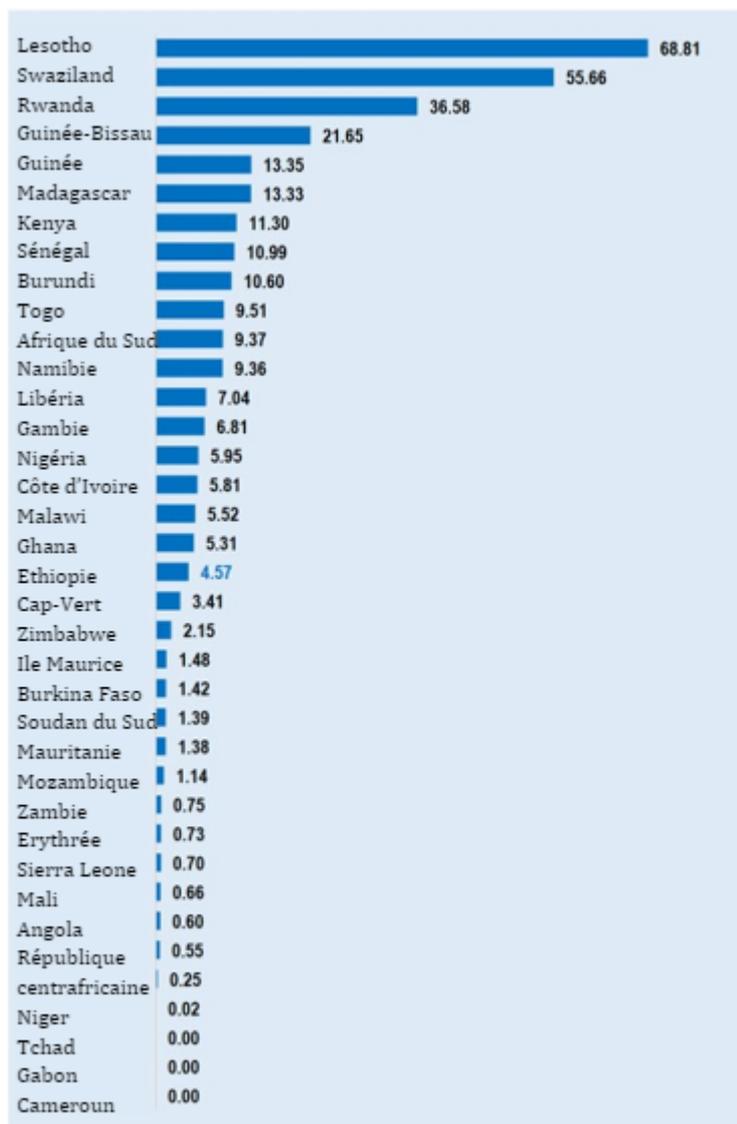
Annexe n°3 : Indicateurs pris en compte afin de mesurer le seuil minimal de densité de professionnels de santé nécessaire pour 2030

Indicateur	Classification
Soins prénataux	Santé maternelle et infantile
Traitement antirétroviral	Maladies infectieuses
Cataracte	Maladies non transmissibles
Diabète	Maladies non transmissibles
Vaccination DTP (diphtérie, tétanos, poliomyélite)	Maladies infectieuses
Planning familial	Santé maternelle et infantile
Hypertension	Maladies non transmissibles
Accès à l'eau potable	Maladies infectieuses
Hygiène	Maladies infectieuses
Accouchement assisté par un personnel qualifié	Santé maternelle et infantile
Tabac	Maladies non transmissibles
Tuberculose	Maladies infectieuses

Source : traduit de l'anglais depuis le rapport 2016 de l'OMS *Global strategy on human resources for health workforce 2030*

Voici les indicateurs utilisés pour estimer les besoins en santé. Chaque pays avait un score de 0 à 12 avec un point par indicateur pour lequel 80% de la population était couverte. Ex : 1 point si plus de 80% de la population du pays a accès à la chirurgie de la cataracte. 1 point si plus de 80% de la population ne fume pas, etc.

Annexe 4 – Densité des agents de santé communautaires pour 100 000 personnes en 2018 dans les pays de la région Afrique de l’OMS.



Source : traduction en français de la figure 8 du rapport The state of the health workforce in the WHO African region 2021

Sigles et acronymes utilisés :

AECID : Agence espagnole pour la Coopération internationale au développement (*Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo*)

AOC : Afrique de l'Ouest et du Centre

CCM : Instance de coordination nationale (*Country Coordinating Mechanism*)

CSU : Couverture sanitaire universelle

FCS : Fonds commun de santé

FM : Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme

UNFPA : Fonds des Nations unies pour la population

GAVI : Alliance Globale pour les Vaccins et l'Immunisation (*Global Alliance for Vaccines and Immunization*)

LFA : Agent local du Fonds mondial (*Local Fund Agent*)

NFM : Nouveau modèle de financement (New funding modèle)

OIG : Bureau de l'Inspecteur général (*Office of the Inspector General*)

OMS : Organisation mondiale de la santé

PTF : Partenaire technique et financier

RSS : Renforcement des systèmes de santé

RSSH : *Resilient & Sustainable Systems for Health*

SRPS : Systèmes Résistants et Pérennes pour la Santé

TB : Tuberculose

TERG : *Technical Evaluation Reference Group*

TRP : *Technical Review Panel*

UNICEF : Fonds des Nations unies pour l'enfance (*United Nations Children's Fund*)

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Contexte de l'étude

A l'origine, le Fonds mondial a été créé dans un contexte d'urgence, avec pour objectif d'obtenir des résultats rapides, efficaces afin de contenir les épidémies de VIH/sida, tuberculose et paludisme. Durant sa première décennie d'existence, la composante « renforcement des systèmes de santé » (RSS) ou « transversale » était présente, bien que peu définie et fluctuante au fil des années dans ses modalités. Cet aspect n'était pas considéré comme un élément stratégique central, mais davantage comme un effet secondaire de son mandat principal, avec des financements qui restaient marginaux et peu utilisés¹. À partir de la réforme du Fonds mondial en 2014 et de l'adoption de son nouveau modèle de financement (NFM), le RSS va prendre une place stratégique croissante. En 2015, le Fonds mondial définit sept approches principales pour aider les pays à mettre en place des « Systèmes résilients et pérennes pour la santé (SRPS) » (*Resilient & Sustainable Systems for Health*, - *RSSH* - en anglais), suivant sa propre terminologie (The Global Fund, 2015)². En 2016, le Fonds mondial formalise sa future stratégie 2017-2022 et inscrit la mise en place des SRPS comme l'un de ses quatre objectifs stratégiques, avec pour finalité d'améliorer les résultats dans la lutte contre les trois maladies et plus généralement dans le domaine de la santé, de renforcer la protection et l'équité financière, de contribuer à l'objectif de couverture sanitaire universelle (CSU) et de mieux prévenir les crises sanitaires éventuelles³. Bien que proposant des similitudes avec le cadre normatif de l'OMS et ses six piliers⁴, le Fonds Mondial propose ainsi son propre cadre conceptuel, avec une portée davantage opérationnelle, et comme spécificité l'ajout d'un 7^{ème} pilier portant sur le renforcement des réponses et des systèmes communautaires.

Le Fonds mondial estime consacrer actuellement 27% de ses investissements à la mise en place de systèmes résistants et pérennes pour la santé (SRPS)⁵, et environ 1,1 milliard de dollars dans la région Afrique de l'ouest et du centre (AOC)⁶ entre 2014 et 2019⁷. Les besoins en matière de RSS sont en effet particulièrement importants dans cette région, zone marquée par de fortes difficultés sur le plan sécuritaire, institutionnel, financier et humain.

Dans le cadre d'un partenariat avec l'Agence française de développement (AFD), le think tank [Santé mondiale 2030](#) a souhaité alimenter la réflexion sur l'évolution du Fonds mondial et de son positionnement sur l'enjeu du RSS. Il a donc été décidé de travailler avec une sociologue, Anne Bekelynck, pour mener une étude approfondie sur ce thème.

Objectifs de l'étude

L'étude a cherché à analyser l'appui du Fonds mondial en matière de renforcement des systèmes de santé, en Afrique de l'ouest et du centre, en particulier depuis 2014, date de mise en place du nouveau modèle de financement du Fonds mondial. Elle a été initiée en complémentarité des études/évaluations du Comité d'examen technique (TRP), du Comité technique de référence en évaluation (TERG) et du Bureau de l'inspecteur général (OIG)⁸ publiées sur le sujet.

Elle était structurée autour de 3 axes de recherche :

Les représentations du RSS du point de vue des acteurs de l'« écosystème » du Fonds mondial

- Quelles sont les définitions que les acteurs de l'écosystème du Fonds mondial ont du RSS (portée, priorisation des axes, fondements théoriques, etc.) et quelles différences et points communs avec celles des autres organisations internationales ?
- Comment l'approche RSS du Fonds mondial a été appropriée par les acteurs du Secrétariat, des pays bénéficiaires ou d'autres organisations internationales ?

Dépenses RSS du Fonds mondial : investissements, activités et indicateurs

- À quoi se rapportent exactement les dépenses étiquetées « RSS » en termes d'activités concrètes ?
- Comment se décident les investissements alloués au RSS ?

Systemes institutionnels de mise en œuvre du RSS

- Quels sont les obstacles et opportunités du RSS en termes de contraintes opérationnelles et organisationnelles du RSS, notamment **au niveau des pays bénéficiaires** ?

L'étude avait pour objectif de servir de fondement aux recommandations portées par le *think tank*, sur l'évolution générale du Fonds mondial, sur le positionnement des différents acteurs français, sur l'articulation entre le multilatéral et le bilatéral, ou encore sur les liens entre le Fonds mondial et les autres programmes (bilatéraux et multilatéraux) de renforcement des systèmes de santé.

Méthodologie

Cette étude a été initiée en février 2020 jusqu'en septembre 2020, d'une durée de 4 mois (équivalent temps plein). Elle a été menée depuis la Côte d'Ivoire (terrain de résidence de la chercheuse) et pour la plupart, à distance, en raison des contraintes liées à l'épidémie de Covid-19.

Cette recherche a porté sur 3 niveaux d'analyse interreliés : 1) Les acteurs de la santé mondiale (international), 2) les pays d'Afrique de l'Ouest et centrale (régional) et 3) des éclairages via l'analyse de certains enjeux nationaux (le processus d'élaboration de la note conceptuelle en Côte d'Ivoire, le fonds commun de santé au Niger, la subvention RSS « *stand alone* » au Bénin) (national).

Elle s'est fondée sur une méthodologie mixte, avec :

- Une revue de la littérature scientifique et de la littérature grise (documentation du Fonds mondial, bases de données, documentation au niveau des pays)
- Une enquête de terrain qualitative
- Des entretiens semi-directifs (46 au total) (cf tableau)

	International	Côte d'Ivoire	Autres pays	Total
Fonds mondial / CCM	10	1		11
Autres OI multilatérales	5	2	1	8
Acteurs français de la santé mondiale	10	2	1	13
Société civile	2	2		4
Amis du FM	1			1
Consultants	4	1		5
Acteurs publics nationaux		3	1	4
Total	32	11	3	46

*Entretiens réalisés dans le cadre de l'étude RSS et Fonds mondial, 2020

- L'observation participante d'un workshop à Cotonou sur le RSS et le Fonds Mondial organisé par Aidspace et l'*African Constituency Bureau* (5-7 février 2020) et de réunions sur l'élaboration de la note conceptuelle NFM3 en Côte d'Ivoire (n= 6).

Principaux constats

- L'opérationnalisation de l'objectif stratégique portant sur le RSS demeure un **défi majeur** pour le Fonds mondial, une organisation à la culture et à l'« ADN » profondément « **verticaux** »
- Par opposition aux subventions maladies, de nombreuses **zones de flottement** entourent la mise en œuvre du RSS. Si les pays au fort leadership ont les capacités d'exploiter ces opportunités, les pays à la gouvernance plus fragile - notamment en Afrique de l'ouest et centrale - sont davantage freinés dans leurs stratégies
- Les critiques à l'égard du Fonds mondial portent généralement sur le **décalage** entre les **discours et ambitions** affichées relatives au RSS et la portée effective et actuelle de ses actions qui s'apparente davantage à du soutien qu'à du renforcement

Principaux résultats

Le Fonds mondial a adopté une approche du RSS nécessairement limitée dans sa portée, en raison de son « ADN pandémies » et de ses contraintes extérieures

L'intégration du RSS comme véritable objectif stratégique au sein du Fonds mondial a pris place dans une institution qui, durant quinze ans, a été centrée sur la lutte contre les maladies et dont l'histoire, le fonctionnement, l'organisation interne, les compétences et la culture professionnelle sont caractérisées par l'approche verticale et par la recherche d'une efficacité rapide et démontrable. Sur de nombreux aspects, l'approche RSS telle que préconisée par l'OMS, c'est-à-dire répondant aux exigences de pérennité, de transversalité et de leadership laissé aux pays, s'oppose aux caractéristiques fondamentales du Fonds mondial en termes de temporalité, de redevabilité, de compétences requises, d'organisation interne, de positionnement vis-à-vis des pays bénéficiaires, de collaboration avec d'autres organisations internationales, et au final, de culture. Le Fonds mondial est également largement contraint par ses ressources financières qui, bien que conséquentes (4,7 milliards \$/an pour les trois prochaines années), ne sont pas suffisantes pour les besoins estimés pour lutter contre les trois maladies (environ 28 milliards de \$ /an estimés⁹) et a fortiori pour renforcer les systèmes de santé (environ 100 milliards \$ /an¹⁰). Ces ressources ne sont également pas assurées dans un horizon de plus de trois ans. La faible absorption des activités RSS¹¹ couplée au risque de dilution des financements et aux difficultés de démontrer un impact sur un cycle triennal pèsent comme une contrainte majeure sur l'équipe du Secrétariat, chargée de justifier régulièrement son efficacité pour garantir le maintien des contributions des donateurs, poursuivre sa contribution dans la lutte contre les trois maladies et assurer la survie de l'organisation.

La culture professionnelle des agents du Fonds mondial - caractérisée par l'approche verticale et la spécialisation technique des individus - a directement influencé la production des savoirs et la manière dont le Secrétariat a défini son approche en matière de RSS. Les acteurs de la santé mondiale interrogés (internes ou externes au Fonds mondial) caractérisent généralement son approche suivant deux aspects : 1) sa portée et sa finalité centrée sur les maladies, son objectif étant de lever les goulots d'étranglement qui font obstacle au passage à échelle de la lutte contre les trois pandémies dans les pays et non de renforcer les systèmes de santé pour eux-mêmes (le RSS relevant davantage d'un effet collatéral positif) ; 2) par son caractère fonctionnaliste, c'est-à-dire qu'elle est

définie par les différents piliers ou domaines techniques. Il n'existe ainsi pas de définition systémique et détaillée de l'approche RSS du Fonds mondial.

Pour autant, quatre niveaux de conflits de définitions ont pu être relevés, soulignant une absence de compréhension homogène de son approche RSS, par les acteurs de son écosystème. Premièrement, dans les documents internes produits par le Secrétariat, les documents stratégiques adoptent une portée élargie du RSS, où l'objectif ultime est de contribuer à l'atteinte de la couverture sanitaire universelle (CSU), tandis que les documents plus opérationnels ont une portée plus centrée sur les trois maladies. Deuxièmement, au sein même du Secrétariat, les sensibilités des acteurs sont différentes en fonction de leurs compétences professionnelles, de leur bagage culturel et de leurs caractéristiques individuelles, suivant qu'ils ont un profil financier, de santé publique ou qu'ils sont experts en suivi et évaluation, par exemple. Troisièmement, des injonctions contradictoires peuvent être transmises aux pays entre les équipes pays - qui orientent directement les acteurs nationaux dans l'élaboration des notes conceptuelles - et qui promeuvent davantage une approche RSS centrée sur les maladies, et le TRP (*Technical Review Panel*) qui est en charge de les évaluer, et qui adopte une conception plus élargie. Enfin, au niveau des acteurs nationaux des pays bénéficiaires, les individus intégrés au dispositif du Fonds mondial (les « acteurs maladies ») adoptent généralement l'approche centrée sur les maladies, et les acteurs jusque-là peu intégrés (Ministères de la santé, finances, Directions centrales, etc.) entendent le RSS dans sa conception élargie.

Dès lors, si l'absence de définition systématique du RSS donne des marges d'autonomie aux différents acteurs, cette absence de compréhension commune peut également générer des tensions opérationnelles et donner un fort pouvoir d'orientation normative des équipes pays du Secrétariat auprès des pays bénéficiaires.

Les obstacles à la mise en œuvre de l'objectif stratégique n°2 (« SRPS »)

De nombreux acteurs (internes ou externes au Fonds mondial) reconnaissent les efforts importants qui ont été faits ces dernières années pour aller vers davantage d'intégration entre les trois maladies, que ce soit dans le cadre des services de santé délivrés aux patients, du système de rapportage, des chaînes d'approvisionnement ou encore des supervisions. Pour autant, ces efforts restent limités du point de vue d'une approche RSS telle que préconisée par l'OMS, qui serait à la fois pérenne et systémique. Nous avons identifié trois grands types d'obstacles à sa mise en œuvre : organisationnels, techniques et relatifs aux acteurs extérieurs



Figure 1 : Les obstacles à la mise en œuvre de la SRPS au Fonds mondial

→ La lente évolution du dispositif organisationnel : entre lourdeur institutionnelle et volonté politique ?

Si la stratégie a représenté une avancée majeure dans la formalisation du RSS comme objectif stratégique, le Secrétariat reste bloqué par son cadre institutionnel, c'est-à-dire par son mandat qui demeure limité aux trois maladies. Par exemple, si le Fonds mondial autorise en principe un agent de santé communautaire à délivrer des services au-delà des trois maladies, s'il ne finance pas les intrants, ni ne le contraint à rapporter les données d'autres maladies, l'action demeure dans la pratique limitée. De plus, les transformations relatives aux compétences professionnelles et à l'organisation interne du Fonds mondial évoluent, mais lentement. Si une équipe d'appui SRPS de la Division de la stratégie, de l'investissement et de l'impact a été créée afin d'accompagner les équipes pays, d'aider à l'opérationnalisation de la stratégie et de développer les partenariats avec les partenaires, elle demeure isolée et en infériorité numérique (13 staffs fixes¹²) par rapport au reste du Secrétariat (700 personnes environ). Bien que les compétences RSS se développent au sein des autres départements du Secrétariat, la culture professionnelle de ses agents et l'organisation interne du Fonds mondial reste en majorité une culture de spécialistes des trois pandémies, au fonctionnement cloisonné. A la différence des subventions maladies, le RSS peut ainsi être perçu de la part de ses agents opérationnels comme un objet flou, difficile à appréhender, sans référentiel ni objectifs précis, et qui pourrait mettre à mal les résultats des subventions (risque de dilution sans impact, difficultés d'absorption) et donc de l'organisation.

→ Un dispositif technique encore limité et peu adapté aux spécificités du RSS

Le dispositif technique actuellement en place demeure insuffisant pour initier, voire contraindre de manière efficace les différents acteurs de la chaîne à initier des programmes de qualité. Deux types de conséquences sont observées : d'un côté, il freine, voire paralyse les initiatives RSS ; et d'un autre côté, il génère un éparpillement et une fragmentation des activités RSS.

Les insuffisances du cadre de redevabilité et des indicateurs de performance ou le manque d'évaluation des gestionnaires de portefeuille sur cette thématique sont pointées de manière générale comme le frein décisif à l'action, étant le principal incitatif d'une organisation qui fonctionne suivant le principe du financement basé sur les résultats. Aussi, les directives RSS au niveau des pays sont souvent en décalage avec celles relatives aux maladies : l'absence de montant souhaité ou attendu pour le RSS dans les lettres d'allocation constitue un obstacle majeur pour l'établissement de subventions substantielles et de qualité et les directives techniques spécifiques au RSS sont parfois inexistantes ou méconnues par les acteurs nationaux (exemple du paysage de financement RSS, modalités du cofinancement).

En termes de fragmentation et d'éparpillement, la complexité et la standardisation du cadre modulaire ou encore la préférence du Secrétariat pour la modalité d'allocation des interventions RSS de manière intégrée aux subventions maladies plutôt qu'en « *stand alone* »¹³ tendent à diminuer la cohérence des stratégies RSS proposées.

Ce dispositif technique « incomplet » – au regard du dispositif technique maladies – peut être justifié par les acteurs du Fonds mondial comme une nécessité, afin de créer des marges de manœuvre pour les pays et favoriser le principe d'appropriation – qui apparaît encore plus fondamental dans le cadre du RSS. C'est ainsi que des pays au *leadership* et aux compétences techniques importantes, tels que le Rwanda, l'Éthiopie ou le Bénin, ont pu initier des subventions RSS à part, exploitant les marges d'autonomie laissées par le Fonds mondial. Cependant, ces zones de flottement sont à resituer dans un contexte plus large, avec un Fonds mondial devenu très prescriptif dans ses orientations stratégiques et exigeant dans le respect de ses procédures complexes. Dans le contexte de la majorité des pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre, où le *leadership* pays en matière de santé est peu affirmé, ces incertitudes tendent davantage à paralyser – qu'à susciter – l'action, de peur de ne pas pouvoir bénéficier des financements.

Les changements internes nécessaires à la pleine opérationnalisation de l'axe stratégique SRPS se font de manière plus ou moins rapide suivant les dimensions concernées (cadre réglementaire, organisation interne, compétences, dispositif technique et gestionnaire, etc.), ce qui est

caractéristique des organisations internationales. Si l'intégration de l'objectif stratégique SRPS dans la stratégie 2017-2022 a représenté une avancée majeure, donnant un cadre formel nécessaire à l'action, d'autres dimensions évoluent plus lentement, voire pas du tout, et constituent aujourd'hui des freins majeurs : le maintien du mandat centré sur les trois maladies, les compétences et la culture professionnelles du Fonds mondial qui demeurent essentiellement verticales ou encore l'adoption encore limitée d'outils managériaux et de procédures techniques et financières adéquates et favorables à la mise en œuvre de programmes RSS. Si certains interlocuteurs soulignent les réelles difficultés techniques à développer un dispositif adapté et efficace au RSS et le fait qu'il s'agisse d'un enjeu relativement nouveau pour le Fonds mondial, d'autres questionnent la volonté politique interne au Secrétariat de faire de cet enjeu une priorité.

→ Une dépendance aux acteurs extérieurs : acteurs nationaux, partenaires techniques et financiers (PTF) et assistance technique

La thématique du RSS révèle et exacerbe des différents défis et difficultés que le Fonds mondial rencontre dans les pays en termes de collaboration et de positionnement avec les acteurs nationaux et les partenaires techniques et financiers (PTF).

Encore plus que pour la lutte contre les pandémies, la question du RSS nécessite de répondre aux besoins définis par **les pays**, d'être appropriée par les autorités sanitaires publiques, afin que les réponses soient justes et pérennes, suivant la logique de respect de la souveraineté nationale, dans une relation équilibrée de co-partenariat. Pour favoriser des investissements RSS, plusieurs conditions doivent être réunies au niveau des pays, regroupées en trois grandes catégories : le **leadership politique** du pays avec un engagement politique au plus haut niveau, une vision stratégique sur le RSS et des capacités de négociation et de coordination avec les différents partenaires techniques et financiers ; les **compétences techniques** adéquates afin de décliner et mettre en œuvre la vision stratégique et avoir la capacité de « rentrer dans la matrice » du Fonds mondial, afin d'en exploiter ses possibilités ; et le choix d'une **institution de mise en œuvre** adéquate, c'est-à-dire avec un positionnement hiérarchique élevé et des capacités financières et programmatiques.

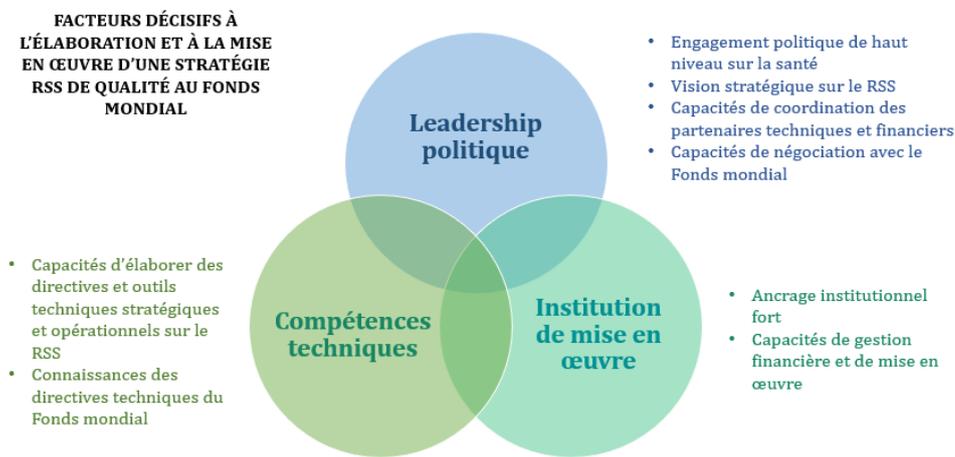


Figure 2 : Facteurs décisifs à l'élaboration et à la mise en œuvre d'une stratégie RSS de qualité au Fonds mondial

En retour, le Fonds mondial a également sa part de responsabilité afin d'accompagner et d'optimiser au mieux les forces nationales. Or, les autorités nationales - Ministères de la santé, des Finances, Primature, Directions centrales ou Programmes hors maladies - ont pu, dans un nombre important de pays, être jusque-là pas ou peu impliqués dans l'écosystème du Fonds mondial, que ce soit au sein des instances de gouvernance participatives (les CCM) ou en tant que bénéficiaire des subventions. Si les CCM avaient été créés à l'origine pour permettre une gouvernance collaborative – avec une large place faite à la société civile -, ils ont souvent, dans la pratique, « contourné » les Ministères de la santé, en raison notamment des craintes de détournements de fonds et de leur manque d'efficacité. Le recours fréquent aux unités de gestion est révélateur de la

difficulté persistante à recourir aux Ministères de la santé, pour des raisons d'efficacité, d'adaptation et de confiance. Aussi, la thématique du RSS vient remettre les autorités sanitaires nationales au cœur du processus. Elle révèle avec acuité la manière dont des rapports inégaux ont pu se tisser dans certains pays entre *insiders* (acteurs pandémie) et *outsiders* (autorités sanitaires non-pandémies) du dispositif du Fonds mondial. Par exemple, lorsqu'une Direction centrale du Ministère de la santé est sous-réceptive d'un Programme national maladies dans le cadre d'activités RSS, ou alors lorsque le Ministère de la santé n'occupe pas une place de leadership au sein des CCM, cela peut éroder leur légitimité et leurs capacités de coordination, ainsi que bloquer la mise en œuvre de certaines activités. Aussi, les acteurs santé non-pandémies se trouvent désavantagés dans la maîtrise du dispositif technique complexe du Fonds mondial, qui contient ses propres procédures, son propre langage et ses exigences spécifiques.

Le Fonds mondial est appelé à davantage interagir avec les autres **partenaires techniques et financiers (PTF)** impliqués dans le RSS (et qui, là aussi, ne sont pas toujours « rôlés » au fonctionnement du Fonds mondial), dans la mesure où le Fonds mondial peut être considéré comme un « petit joueur » dans le domaine du RSS et que ses agents ne considèrent pas leur organisation comme un leader, particulièrement dans des piliers tels que les ressources humaines, la gouvernance, le financement ou la chaîne d'approvisionnement. La coordination des PTF est un enjeu majeur de la réussite des stratégies RSS. Or, à l'heure actuelle, la coordination avec les autres PTF est davantage orientée sur le partage d'informations et sur l'évitement des doublons, que sur une véritable « synergie » des actions. L'OMS Afrique tend à être critiquée pour son absence de leadership dans le domaine, et il existe une difficulté partagée à la coordination des PTF, celle-ci étant aujourd'hui largement personne-dépendante au niveau des pays, mais également étroitement liée au leadership des pays et à leurs capacités à coordonner leurs partenaires. Le Fonds mondial n'est pas perçu comme un acteur moteur dans la coordination des PTF, dans la mesure où il accorde une attention première au respect de ses procédures complexes, à la gestion des risques financiers et aux exigences de redevabilité. Son absence d'ancrage dans les pays freine également le développement de partenariats et la collaboration avec d'autres PTF. L'exemple du fonds commun de santé (FCS) au Niger met en lumière la difficulté du Fonds mondial à s'adapter à des procédures communes pour favoriser une coordination nationale des PTF. Le fonds commun de santé est un fonds multi-bailleurs, regroupant l'Agence française de développement (AFD), la Banque mondiale, l'agence de coopération espagnole (AECID), l'UNICEF, l'Alliance GAVI et l'UNFPA, qui a pour objectif de mettre en place le Plan de Développement sanitaire du Niger en canalisant les ressources des partenaires et en stimulant l'alignement, l'harmonisation et la prévisibilité des actions, sous l'égide du Ministère de la santé. Dans le cadre de la subvention TB/RSS (2019), d'importantes discussions ont eu lieu entre l'équipe pays du Fonds mondial et les autorités nationales, l'équipe du FCS et les partenaires, afin de trouver un accord pour que le Fonds mondial intègre le fonds commun. Au final, il est apparu une incompatibilité entre les mesures de sauvegarde au niveau de la gestion financière demandées par le Fonds mondial et les procédures et compétences du FCS (le Fonds mondial exigeait par exemple que son agent local (le LFA) suive la gestion financière du FCS ou que le suivi programmatique soit bien plus détaillé que ne le prévoyait le FCS).

La complexité de ses procédures est ainsi un obstacle majeur à une collaboration avec les autorités nationales ainsi qu'avec les autres partenaires. Bien que le conseil d'administration ait affirmé sa nécessaire simplification, certains interlocuteurs ont relevé la relative contradiction des membres du Conseil d'administration, qui d'un côté souhaitent davantage de simplification (notamment pour le RSS) et de l'autre côté, souhaitent toujours plus d'indicateurs à rapporter.

Enfin, la difficulté de mobiliser une **assistance technique** de qualité sur le RSS au Fonds mondial, selon plusieurs des personnes interrogées, ne permet pas de combler ces gaps.

Un décalage entre le discours et les pratiques

Il existe un décalage entre les discours que le Fonds mondial produit à propos de son engagement sur le RSS et la portée concrète de ses actions, en termes de transversalité et de pérennité.

Le Fonds mondial a adopté un mode de calcul extensif de ses interventions RSS, que ses détracteurs peuvent qualifier de « peu exigeant », qui lui permet d'afficher le chiffre de 27% de son budget global qui lui aurait été alloué pour les cycles 2014-2019. Dans sa communication extérieure¹⁴, la distinction entre les investissements directs et les investissements contributifs (indirects) n'est pas toujours soulignée ni claire, bien que ces derniers représentent les deux tiers des financements. Ces investissements contributifs (indirects) sont calculés de manière rétrospective, suivant une méthodologie qui sélectionne les interventions et intrants financiers pouvant correspondre ou non au RSS, « le principal critère de sélection étant la pertinence de ces interventions pour les systèmes de santé »¹⁵. Ces critères sont donc à la fois relatifs (suivant « la pertinence »), sans prise en compte du critère de pérennité, et avec une définition extensive de la transversalité, dans la mesure où une dépense est considérée comme « transversale » à partir du moment où elle touche plus d'une maladie. Au final, il apparaît que la plupart des dépenses étiquetées sous le label « SRPS » du Fonds mondial relèvent davantage du soutien que du renforcement – tel que cela a déjà été montré par le TRP, qui estime que les dépenses de soutien représentent 75% des financements SRPS¹⁶.

Pour certains (qu'ils soient internes ou externes au Fonds mondial), l'intégration du RSS comme objectif stratégique du Fonds n'a au final pas marqué une réelle rupture, mais davantage une formalisation nécessaire pour des questions politiques. Ils soulignent que la proportion des financements alloués au RSS est restée relativement stable depuis la création du Fonds à environ 30% du budget global – bien que les modes de calculs aient varié, ce qui rend difficile une comparaison stricte – ou que les activités financées concrètement sont restées les mêmes, telles que les chaînes d'approvisionnement ou les ressources humaines, relevant de l'« évidence » pour la mise en œuvre des programmes. D'autres relèvent que l'« effet levier » souvent évoqué par le Fonds mondial - c'est-à-dire la manière dont des actions RSS orientées sur les maladies débouchent sur un renforcement plus global des systèmes de santé - est peu questionné ni bien défini.

Pour les interlocuteurs plus critiques, l'engagement du Fonds mondial sur le RSS est avant tout initié à des fins symboliques, instrumentales, voire qu'ils qualifient de « démagogiques », le RSS détenant une forte valeur rhétorique, permettant de faire taire les critiques sur l'impact négatif des initiatives de santé verticales sur les systèmes de santé, tout en recueillant le soutien (notamment financier) de donateurs sensibles à la cause du RSS. Le Fonds mondial (et son Secrétariat) serait ainsi dans un entre-deux qui le satisfait, sans nécessaire volonté politique d'aller au-delà. Enfin, certains critiquent le positionnement de la France, qui se positionne pour davantage de RSS au sein du conseil d'administration du Fonds mondial, sans proposition concrète sur les priorités à défendre.

Focus sur deux piliers

Les systèmes de santé communautaire : la force du Fonds mondial non exploitée ?

Le « 7^{ème} pilier », le renforcement des systèmes communautaires, représente la spécificité du Fonds mondial dans son approche RSS. Cette spécificité s'inscrit dans l'histoire même du Fonds mondial, créé sous la forme d'un partenariat public-privé et qui a été l'un des premiers bailleurs à intégrer la société civile dans ses instances décisionnelles, depuis Genève jusqu'aux CCM des pays bénéficiaires (imposant un minimum de 40% de représentation de la société civile), renforçant cette attention portée au volet communautaire via l'instauration de la règle du *dual track* ou « financement à deux voies » (en 2011) et l'implication systématique d'un acteur non gouvernemental (généralement de la société civile) comme corécepteur principal. A la différence de l'OMS, centrée sur le renforcement des capacités étatiques, le Fonds mondial accorde

ainsi une attention particulière aux communautés en tant qu'acteurs clés pour soutenir les interventions de RSS. Dans le contexte d'Afrique de l'Ouest et Centrale où les systèmes de santé sont profondément mixtes – public, communautaire et privé – et où la santé communautaire est généralement peu reconnue ni institutionnalisée par les autorités nationales publiques à la culture hospitalo-centrée, le Fonds mondial peut être perçu comme un « allié », notamment par les acteurs communautaires nationaux. Pour autant, il existe une confusion dans l'acception du terme « communautaire » ; les acteurs interrogés issus du monde du VIH le concevant naturellement sous l'angle des droits humains et des populations vulnérables, tandis que les acteurs liés à la santé communautaire formelle ou au paludisme le considérant davantage sous l'angle de la santé primaire (agents de santé communautaires, etc.), générant des tensions opérationnelles, notamment lors de l'écriture de la note conceptuelle.

Suivant les modes de calcul du Fonds mondial, le renforcement des systèmes communautaires représenterait seulement 2% des financements étiquetés comme RSS. Pour autant, ce mode de calcul sous-valorise les dépenses effectives, ventilées dans d'autres piliers tels que les ressources humaines, le système d'information sanitaire, ou la chaîne d'approvisionnement. Ce constat est révélateur de l'éparpillement des activités communautaires financées par le Fonds mondial – entre sous piliers du RSS, ou bien entre subventions/modules RSS et maladies - ce qui tend à fragiliser son impact possible. Le cadre modulaire - très fragmenté - constitue un obstacle pour élaborer des stratégies communautaires globales et cohérentes. L'analyse de ce pilier souligne ainsi les risques de fragmentation des stratégies RSS du Fonds mondial.

L'épineuse question des ressources humaines en santé

L'enjeu des ressources humaines en santé est l'un des plus grands défis des systèmes de santé, notamment dans les pays d'Afrique de l'Ouest et Centrale où les ressources humaines en santé sont par exemple trois fois inférieures en nombre à celles observées dans le reste de l'Afrique. Le positionnement du Fonds mondial sur ce pilier est révélateur de ses difficultés plus générales à s'impliquer sur le RSS. Il existe un malaise relatif du Fonds mondial (partagé avec d'autres organisations internationales) vis-à-vis de l'enjeu des ressources humaines en santé, qui accumule de manière exacerbée toutes les difficultés liées au RSS : importance des financements nécessaires pour résoudre les problèmes, difficulté à programmer des actions sur un temps long et de s'appuyer sur un leadership fort des États bénéficiaires, nécessité de se coordonner avec d'autres bailleurs mieux positionnés en termes de compétences et d'ancrage pays sur cet enjeu, crainte de se substituer aux États en finançant des salaires. C'est ainsi que les agents du Fonds mondial interrogés citent généralement comme domaines d'action prioritaires ou légitimes de leur organisation la chaîne d'approvisionnement ou les systèmes d'information sanitaire, et rarement les ressources humaines, alors qu'elles représentent 47% des dépenses allouées au RSS. Or, si les ressources humaines représentent le poste budgétaire le plus important des dépenses RSS du Fonds, il s'agit en réalité de dépenses courantes de fonctionnement à court termes, telles que les primes, ou ce que certains qualifient de « salaires déguisés » ; et très peu en dépenses structurantes et systémiques (formations initiales ou qualifiantes, développement de curricula, etc.), ce qui illustre de manière exacerbée les décalages entre les discours produits sur le RSS et les actions concrètes.

Conclusion et recommandations

Étant donné l'« ADN » profondément vertical du Fonds mondial, **son approche RSS demeure nécessairement limitée dans sa portée**, en étant essentiellement centrée sur l'impact final du RSS sur les trois pandémies. Le RSS focalisé sur la lutte contre les trois maladies est conçu comme une porte d'entrée pour améliorer les systèmes de santé dans leur ensemble, bien que cet « effet de levier » soit encore peu conceptualisé.

Il n'existe pas de compréhension commune de son approche, et particulièrement pour les acteurs de santé hors pandémies des pays bénéficiaires, qui ont tendance à concevoir le RSS de manière large, ce qui génère au final des tensions opérationnelles.

Le décalage important entre les discours entourant le RSS - le Fonds mondial affichant un montant de 27% de ses financements qui y seraient alloués - et ses pratiques concrètes, relevant davantage du soutien et de la mise en œuvre des subventions maladies, alimente les critiques et la polarisation du débat dans le monde de la santé mondiale entre les défenseurs et détracteurs des initiatives de santé verticales. Cette polarisation du débat empêche de valoriser et d'accompagner les efforts importants que le Fonds mondial effectue depuis quelques années, notamment en termes d'intégration des services entre les trois maladies.

Recommandations pour clarifier l'approche RSS du Fonds mondial

- **Penser concrètement** la manière de rendre effectif l'« effet de levier » pour que le « RSS pandémie » à court terme actuel puisse devenir un RSS plus large à moyen terme et à long terme
- **Mieux communiquer** auprès des acteurs sanitaires des pays bénéficiaires hors pandémies sur l'objectif et la portée réelle de l'approche RSS du Fonds mondial, sur ce qui est finançable ou non (par exemple pour les coinfections, les paquets de service des agents de santé communautaires, etc.)
- Ajuster **les discours** et objectifs affichés autour du RSS, en étant plus réalistes et pragmatiques, pour qu'ils soient davantage en adéquation avec les **capacités organisationnelles actuelles du Fonds mondial**.

Bien que des efforts importants aient été faits depuis sa formalisation comme objectif stratégique n°2 dans la Stratégie 2017-2022, **l'opérationnalisation du RSS reste un défi colossal**, qui demanderait une refonte majeure du Fonds mondial (mandat, compétences et culture, organisation interne, temporalité des cycles de financement) que l'organisation et ses donateurs ne sont pas encore prêts à effectuer. Les outils techniques nécessaires à sa mise en œuvre laissent de nombreuses zones de flou. En théorie, des zones de flottement sont nécessaires, afin de laisser **des marges d'autonomie aux pays**, pour que ce soit aux autorités nationales d'orienter, de coordonner, voire de mettre en œuvre ces stratégies en fonction de leurs propres orientations.

Pour autant, le RSS intervient dans un contexte où 1) le Fonds mondial est habituellement prescriptif, avec des procédures complexes et spécifiques, ce qui a tendance à déstabiliser les acteurs nationaux ; et 2) la gouvernance des États - particulièrement en Afrique de l'Ouest et centrale - est souvent fragile. Les conditions nécessaires pour parvenir à des programmes RSS de qualité, à savoir un leadership politique, des compétences techniques et le choix d'une structure de mise en œuvre adéquat, sont rarement réunies. Seules quelques exceptions parviennent à « entrer dans la matrice » du Fonds mondial, s'appropriant ses règles et procédures pour exploiter les opportunités offertes. Aussi, le fonctionnement du Fonds mondial, où la gestion des risques financiers et l'exigence de redevabilité auprès des donateurs tend à prévaloir sur le respect de la souveraineté nationale et la collaboration avec les autres organisations internationales, demeure une contrainte majeure pour développer des stratégies RSS qui soient coordonnées par les autorités nationales, et en partenariat avec les autres partenaires techniques et financiers.

Recommandations pour favoriser et encourager l'opérationnalisation du RSS via le Fonds mondial

- Identifier quels sont les domaines techniques où le Fonds mondial doit laisser des **zones de flottement** pour favoriser l'appropriation des pays et quels sont les domaines où il doit être plus directif et améliorer ses outils pour favoriser l'action

(Par exemple, concernant les orientations stratégiques, les indicateurs de performance et le cadre de redevabilité, le montant RSS défini dans les lettres d'allocation, le cadre modulaire, etc.)

- Mieux intégrer et accompagner les **autorités publiques nationales** pour qu'elles (re)prennent un rôle de leadership, notamment en contexte d'intervention difficile
(Par exemple avec le choix d'un récipiendaire principal relevant du Ministère de la santé (vs ONG internationales et agences onusiennes) avec un accompagnement en amont pour renforcer leurs capacités ; la levée effective des contraintes liées aux mesures de sauvegardes additionnelles ; la simplification des formulaires de demandes de subvention pour le RSS ; l'assouplissement et l'intégration aux procédures nationales pour le RSS ; la communication claire et simplifiée des règles et directives techniques, etc.)
- Mieux favoriser une collaboration opérationnelle et concrète entre **organisations internationales** et repenser le cadre de co-partenariat relatif au RSS.

Pistes de recherche

Cette étude – nécessairement limitée par sa durée, a soulevé d'autres pistes de réflexions qu'il serait intéressant d'explorer :

- La collaboration avec les autres organisations internationales sur le RSS (de l'international au national)
- Les défis de l'assistance technique RSS au Fonds mondial
- Des études de cas spécifiques sur certains piliers (notamment les ressources humaines de santé, les chaînes d'approvisionnement ou les systèmes communautaires) dans des pays, afin de mieux décrire et analyser le positionnement du Fonds mondial et les pistes de collaboration concrètes avec d'autres partenaires.
- Les relations du Fonds mondial avec le monde de la recherche

ANNEXE 1 : Présentation de Santé mondiale 2030

Santé mondiale 2030 est un groupe de réflexion indépendant qui réunit depuis 2016 des personnalités impliquées depuis longtemps sur les questions de santé mondiale. Il inscrit ses réflexions dans le cadre des Objectifs du développement durable.

NOTRE ENGAGEMENT

La France est l'un des plus gros pourvoyeurs de financements internationaux en santé mais son influence dans les instances internationales et les plateformes de partenariats en santé reste limité. Nous sommes convaincus que la France n'est audible et écoutée dans les arènes internationales de la santé mondiale que lorsque ses acteurs parviennent à porter un message fort et cohérent, structuré autour d'objectifs clairs et stables, porté par des valeurs qui sont attachées à l'histoire de la santé en France. **Notre objectif est de formuler des recommandations sur la politique de la France en matière de santé mondiale et de mobiliser tous les acteurs pour que les enjeux sanitaires s'imposent comme un axe stratégique de l'aide internationale française**

NOS PRECEDENTES NOTES

- 1 - [Livre blanc sur la santé mondiale](#)
- 2 - [Manifeste : Notre vision de la santé mondiale](#)
- 3 - [La santé est une priorité pour le Sahel](#)
- 4 - [Redonner du souffle à la lutte contre la tuberculose](#)
- 5 - [De l'importance du Commissariat européen à la Santé](#)
- 6 - [Contribution à la préparation de la prochaine conférence de reconstitution du Fonds mondial](#)
- 7 - [L'existence d'un commissariat européen à la santé est essentielle pour la santé des européens](#)
- 8 - [Le dispositif institutionnel français en matière de santé mondiale : réflexions et propositions](#)
- 9 - [ONUSIDA : quels enjeux, quel futur ?](#)
- 10 - [Représentations de l'influence française en santé mondiale dans les organisations internationales basées à Genève](#)
- 11 - [Structurer le champ académique de la santé mondiale en France](#)
- 12 - [Soutenir l'OMS dans son rôle de coordination de la gestion mondiale de l'épidémie Covid-19](#)
- 13 - [L'inclusion et la participation de toute la société à la réponse au Covid-19. Eléments de réflexion](#)
- 14 - [Anticiper l'évaluation de la réponse internationale à la première vague de Covid-19 : enjeux, attentes et points d'attention](#)
- 15 - [Faut-il sauver le soldat OMS ?](#)
- 16 - [Repenser l'implication du Fonds mondial en matière de renforcement des systèmes de santé](#)

NOS MEMBRES

Santé mondiale 2030 regroupe des personnalités impliquées depuis longtemps dans la santé mondiale, comme Françoise Barré-Sinoussi, Paul Benkimoun, Michel Cot, Sana de Courcelles, François Dabis, Annabel Desgrées du Lou, Jean-François Delfraissy, Éric Fleutelot, Frédéric Goyet, Mathieu Lamiaux, Michel Kazatchkine, Marie-Paule Kieny, Lélío Marmora, Benoît Miribel, Olivier Nay, Louis Pizarro, Anna-Laura Ross, Benoît Vallet. Stéphanie Tchiombiano en est la coordinatrice.

Notre vision de la Santé mondiale

La santé mondiale est un **droit fondamental** de la personne. Elle est aussi un **bien commun mondial**. **L'accès universel à la santé** et la construction de systèmes de santé pérennes sont des enjeux centraux de **développement humain**, de **l'économie** et de **la lutte contre la pauvreté**, ainsi que de la **sécurité**. Ils contribuent dès lors de façon décisive au **développement inclusif des sociétés** et à la **paix**.

Les enjeux sanitaires sont complexes et appellent à des **visions stratégiques de long terme** pour relever les défis posés par la mondialisation, l'intensification des échanges humains, les transitions démographiques ou le changement climatique.



¹ Russo, Camille (2019) “The prism of ‘health system strengthening’ for a better cooperation and coordination between AFD, the Global Fund and Expertise France: analysis and perspectives”, Master de Santé Publique, EHESP

² Les sept domaines de travail sont les suivants : (1) Renforcer les actions et les systèmes communautaires, (2) Apporter un soutien aux programmes de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente, et aux plateformes de prestation de services intégrés, (3) Renforcer les systèmes de gestion des achats et des stocks dans les pays et à l’échelle mondiale, (4) Favoriser des investissements essentiels dans les ressources humaines pour la santé, (5) Renforcer les systèmes de données sanitaires et la capacité des pays à analyser et exploiter ces données, (6) Renforcer et harmoniser les stratégies nationales de santé et les plans stratégiques nationaux de lutte contre chaque maladie et (7) Renforcer la gestion et la surveillance financières, The Global Fund. (2015). Supporting Countries to Build Resilient and Sustainable Systems for Health.

https://www.theglobalfund.org/media/1306/publication_countriesbuildresilientsustainablehealth_report_en.pdf?u=63724454782000000

³ GF/B35/DP04 : The Global Fund Strategy 2017-2022 : Investing to End Epidemics.

https://www.theglobalfund.org/media/2531/core_globalfundstrategy2017-2022_strategy_en.pdf. Les autres objectifs sont de maximiser l’impact sur les trois pandémies, de promouvoir les droits humains et l’égalité de genre et de mobiliser des ressources financières plus importantes.

⁴ Organisation mondiale de la santé (2007). L’affaire de tous – Renforcer les systèmes de santé pour de meilleurs résultats sanitaires. Cadre de travail de l’OMS pour l’action. Genève

⁵ Fonds mondial, rapport annuel 2020, page 50.

https://www.theglobalfund.org/media/10162/corporate_2020resultsreport_report_fr.pdf?u=637375661976700000

⁶ Nous considérons ici, à l’instar du rapport de l’OIG du Fonds mondial, 23 pays faisant partie de cette zone : Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Cap-Vert, Congo, RDC, Côte d’Ivoire, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Liberia, Mali, Mauritanie, Niger, République centrafricaine 19. Sao Tome-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Tchad, Togo.

⁷ Grant Implementation in Western and Central Africa, the Global Fund:

<https://www.theglobalfund.org/en/oig/updates/2019-05-31-grant-implementation-in-western-and-central-africa/>

⁸ Il s’agit de “*Report on RSSH investments in the 2017-2019 funding cycle*” (TRP, 2018) ; “*Thematic Review on Resilient and Sustainable Systems for Health (RSSH)*” (TERG, 2019) ; et « *Gestion des investissements pour des systèmes résistants et pérennes pour la santé (Rapport d’audit)* » (OIG, 2019)

⁹ Il s’agit d’une moyenne annuelle calculée à partir des besoins estimés à 83 milliards de dollars pour le cycle triennal 2020-2022, publiés dans l’argumentaire d’investissement pour la 6^{ème} reconstitution des ressources 2019 du Fonds mondial (« *Accélérons le mouvement* »).

¹⁰ Il s’agit d’estimations à partir de l’étude de Stenberg et al (2017) publiée dans le *Global Public Health* sur les investissements nécessaires dans 67 pays à revenus faibles ou intermédiaires, pour atteindre les cibles des objectifs de développement durable (ODD) relatives à la santé. Ces coûts représentent, au début (ceux-ci évolutifs), 134 milliards \$ par an, dont 75% qui devraient être investis dans les systèmes de santé avec les ressources humaines et les infrastructures comme principales dépenses (Stenberg 2017). Ainsi, les investissements nécessaires dans les systèmes de santé représenteraient, actuellement, environ 100 milliards de \$ par an pour ces 67 pays. (Stenberg et al, 2017, “Financing transformative health systems towards achievement of the health Sustainable Development Goals: a model for projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries”, *Global Public Health*, Vol5, n°5, E875-E887, DOI:[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30263-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30263-2))

¹¹ Suivant le rapport de l’OIG (2019), les activités SRPS intégrées dans les subventions consacrées aux maladies affichent des taux d’absorption de 67 %, contre 75 % pour les interventions exclusivement axées sur les maladies. Le taux moyen d’absorption pour les subventions SRPS autonomes s’établit à 56 %

¹² Au moment de l’enquête

¹³ Les subventions autonomes (ou “*stand alone*”) ne représentant que 2% des investissements du Fonds mondial au total et 7% de ses investissements SRPS

¹⁴ Cf. <https://www.theglobalfund.org/en/resilient-sustainable-systems-for-health/>

¹⁵ Cf. “*Tracking the Global Fund’s Investments in Resilient and Sustainable Systems for Health*” (Fonds Mondial, Juillet 2019)

¹⁶ En intégrant les coûts de gestion des programmes et des subventions ; sans les intégrer, la proportion est de 66%, dans « *Report on RSSH investments in the 2017-2019 funding cycle* » (TRP, 2019)