



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



45^e CONSEIL DIRECTEUR 56^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., E-U, 27 septembre-1^{er} octobre 2004

Point 5.4 de l'ordre du jour provisoire

CD45/9 (Fr.)
27 juillet 2004
ORIGINAL : ANGLAIS

OBSERVATOIRE DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ

Même si la situation des ressources humaines en santé varie entre les pays de la Région des Amériques, ils connaissent tous des déséquilibres profonds en ce qui concerne la disponibilité, la composition et la répartition du personnel de santé. Ces déséquilibres peuvent se présenter sous la forme de pénuries aiguës de personnel de santé, de problèmes chroniques et persistants dus à la répartition inappropriée des travailleurs sanitaires pour ce qui est des besoins ou des inégalités dans la composition des fournisseurs de soins par rapport à la population desservie. Ces situations, conjointement avec la détérioration des conditions de travail existantes, les mauvais systèmes d'incitation, et le manque de stratégies appropriées de maintien des compétences, ont souvent des incidences graves sur le fonctionnement efficace des systèmes de santé, et elles peuvent être liées à de sérieuses insuffisances au niveau de la performance des professionnels de la santé.

La conclusion d'accords internationaux majeurs, tels que les objectifs de développement pour le millénaire et l'initiative « trois millions d'ici 2005 », ainsi que les objectifs et politiques de la santé au plan national cherchant à obtenir un accès universel à des services de santé de qualité, exige que les gouvernements de la Région s'attaquent aux problèmes des ressources humaines en santé et que des mécanismes appropriés soient mis en place pour l'établissement de politiques et de plans nationaux efficaces de développement des ressources humaines. Dans un contexte de processus d'intégration régionale et de grande mobilité des fournisseurs de soins et des populations, il est également impératif de renforcer les échanges entre les États Membres sur des questions d'intérêt commun.

L'Observatoire des ressources humaines en santé a été lancé en 1999 à titre d'initiative majeure de l'Organisation pour accroître la sensibilisation à l'importance de l'intégration des ressources humaines au programme de la politique sanitaire et pour appuyer l'élaboration sur une base de participation, de politiques adéquates de ressources humaines. L'Observatoire réalise sa tâche en favorisant activement la création de réseaux et la collaboration entre les acteurs institutionnels concernées au niveau national pour discuter et analyser les données, suivre les tendances, hiérarchiser l'ordre de priorité des problèmes et dégager des consensus sur les initiatives de politique. Les activités de coopération technique de l'OPS cherchent à développer un ensemble de données essentielles permettant d'analyser les tendances et les comparaisons internationales, et de partager les expériences entre groupes nationaux de l'observatoire. L'Observatoire régional représente 21 pays.

Le présent document examine brièvement l'expérience de l'initiative de l'Observatoire des ressources humaines en santé, identifie quelques-unes des leçons apprises, propose de nouvelles orientations pour action et recherche un engagement accru des États Membres vis-à-vis de ses objectifs et de ses principales stratégies.

Le Comité exécutif a adopté la résolution CE134.R9 aux fins d'examen par le Conseil directeur.

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Introduction.....	3
Développement des ressources humaines en santé : les problèmes et les défis dans un environnement complexe et en mutation rapide	3
Réponse de l'OPS : l'Observatoire des ressources humaines en santé dans les Amériques	6
Réalisations de l'Observatoire des ressources humaines en santé dans les processus de politique et de réglementation dans les Amériques	7
Principales leçons tirées de la mise en œuvre de l'Observatoire des ressources humaines en santé.....	9
Perspectives d'avenir	10
Mesures à prendre par le Conseil directeur.....	13

Introduction

1. En réponse aux besoins des pays dans les années 1990, l'OPS a mis en route un programme d'action de grande envergure visant à renforcer le rôle de direction des autorités de la santé en matière de production et de dissémination de connaissances et d'instruments propres à déboucher sur l'établissement de meilleures politiques, de réglementations plus performantes, d'une gestion plus efficace et d'une meilleure éducation des ressources humaines pour la santé. La création de l'Observatoire des ressources humaines en santé, lancé en 1999, constitue une initiative clé de ce programme.

2. En 2001, le 43^e Conseil directeur de l'OPS a approuvé la résolution CD43.R6 exhortant les États Membres à « participer activement à l'initiative de l'Observatoire des ressources humaines, en facilitant la création de groupes intersectoriels et inter-institutionnels dans chaque pays pour analyser la situation, produire l'information essentielle, et formuler des propositions relative à la politique, à la réglementation et à la gestion des ressources humaines. »

3. Le présent document s'efforce de mettre à jour le Conseil directeur sur cette initiative et décrit les réalisations accomplies et les leçons tirées par les groupes de l'observatoire dans les pays, ainsi que la coopération de l'OPS en la matière. Dans le même temps, il cherche à attirer l'attention des Organes directeurs de l'Organisation sur le besoin de politiques judicieuses concernant les ressources humaines qui sont un moyen crucial de réaliser les objectifs de la Santé pour Tous et de relever les défis posés par les objectifs de développement pour le millénaire dans notre Région.

Développement des ressources humaines en santé : les problèmes et les défis dans un environnement complexe en mutation rapide

4. Le chevauchement de problèmes persistants accompagnés de situations émergentes pose un défi majeur pour la majorité des pays dans notre Région. Cette interface présente un tableau caractérisé par l'accumulation de problèmes imputables aux systèmes traditionnels qui demeurent encore sans solution, tandis que de nouveaux défis se posent suite aux réformes sectorielles. Ces éléments sont tous deux affectés par la dynamique d'un contexte mondial en évolution (Tableau 1).

5. Du point de vue historique, les programmes qui se chevauchent peuvent être identifiés dans le développement de politiques des ressources humaines dans les pays de la Région. Les « anciens » programmes correspondent à des questions découlant d'un modèle de relations de travail stables et protégées, fondé sur des carrières de toute une vie, et caractérisé par la persistance de pratiques bureaucratiques traditionnelles dans de nombreux ministères de la santé, avec un accent mis davantage sur le processus que sur les résultats.

6. Un programme ultérieur, correspondant à la période des réformes sectorielles et répondant à un modèle réglementaire nouveau, s'est caractérisé par la flexibilité des conditions du travail et de l'emploi. Les processus de réforme étaient souvent incorporés dans les programmes gouvernementaux qui avaient pour but d'améliorer l'efficacité, l'équité et la qualité des services publics en général. Dans de nombreux cas cependant, ces réformes ont en fait porté sur l'objectif macro-économique consistant à réduire les coûts publics d'exploitation et à diminuer les déficits budgétaires. De plus, la mise en œuvre de certains processus de réforme tels que la décentralisation ou l'introduction de nouveaux systèmes d'incitation, ont accaparé en majorité l'attention des responsables des ressources humaines et des décideurs, ce qui a réduit la possibilité de résoudre le problème des insuffisances antérieures, notamment le besoin de renforcer les systèmes d'information en santé.

Tableau 1 : Chevauchement des problèmes et des défis

Problèmes persistants	↓	Défis émergents
Déséquilibres dans la disponibilité, la composition et la répartition des travailleurs sanitaires	N O U	Changements dans la gestion – décentralisation, gestion publique et importance des processus administratifs
Gestion et évaluation insuffisantes de la performance des travailleurs sanitaires	V E L L E I	Flexibilité accrue des conditions de travail et accent mis sur l'approche d'équipe
Manque de systèmes d'incitations pour la qualité et la productivité	N	Préoccupations concernant les compétences, la productivité, la qualité et l'accréditation
Fragmentation des processus du travail	T	Amélioration des méthodes de recrutement et de rétention du personnel
Formation inadéquate, centralisée et dont l'impact est douteux	E	Complexité de la coexistence de divers régimes du travail pour des catégories professionnelles similaires
Faiblesse des motivations, absentéisme, et faible taux de participation des travailleurs sanitaires aux capacités de décision	R	Attention portée à la situation de la santé, aux droits et aux obligations des travailleurs sanitaires
Réglementations et normes rigides et régressives	F	Migrations internationales et plus grande mobilité des travailleurs
Inégalités persistantes entre hommes et femmes	A	Demandes sociales pour des conditions de travail plus équitables
Manque de coordination dans la planification entre les secteurs de la santé et de l'éducation	C E	Augmentations incontrôlées des offres d'éducation par le secteur privé

7. Plus récemment, des défis additionnels se sont présentés en conséquence de l'évolution du contexte mondial et des conditions de travail émergeant suite à des accords régionaux et des accords de libre-échange. Par conséquent, les défis actuels comportent des questions liées au recrutement et à la rétention des travailleurs sanitaires, des problèmes liés à la mobilité professionnelle, aux migrations et aux pénuries de personnel de santé, des préoccupations au niveau de la qualité, de la productivité et de l'accréditation, pour n'en citer que quelques-uns. Et ces nouveaux problèmes produisent des pressions supplémentaires qui souvent ne peuvent pas être résolues au seul niveau national.

8. De nombreux pays connaissent des pénuries de ressources humaines compétentes et qualifiées, qu'il s'agisse de catégories professionnelles telles que la profession d'infirmière, ou de domaines de compétences, tels que l'épidémiologie, l'économie de la santé, et la gérontologie. Ces situations peuvent être imputées à des pénuries absolues de personnel de santé, à une capacité limitée de recyclage des compétences du personnel de santé existant, ou aux incidences de l'augmentation du recrutement international et de la migration du personnel formé. Les pénuries actuelles et anticipées de personnel infirmier au Canada et aux États-Unis illustrent bien ce problème. Au Canada, il est prévu une pénurie de plus de 60.000 infirmières suite à l'absence de nouveaux recrutements et du vieillissement généralisé des présents effectifs du personnel infirmier. Dans l'hypothèse d'une mise à la retraite à l'âge de 55 ans, ce chiffre passe à 64.248. Un rapport de l'Association des infirmières canadiennes : *Planning for the Future: Nursing Human Resources Projections (2002)* (Planification pour l'avenir, projections des ressources humaines pour les infirmières) note « qu'il y aura une pénurie de 78.000 infirmières diplômées en 2011, et de 113.000 infirmières diplômées en 2016 ». Aux États-Unis, la pénurie actuelle est de plus de 100.000 infirmières, et cette tendance devrait s'accroître dans les années à venir.

9. Les faits observés dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes dénotent des déséquilibres persistants dans le déploiement et la composition du personnel de santé. Les disparités géographiques sont communes entre les centres urbains à densité élevée de population et les zones rurales ou à faible densité de population. En Argentine, le nombre de médecins par habitant est 10 fois plus élevé à Buenos Aires qu'à la Terre de Feu, alors qu'au Paraguay, le coefficient d'infirmières par habitant à Asunción est d'environ cinq fois plus élevé que dans le reste du pays. En Uruguay, Montevideo comprend 45% de la population, mais aussi 80% des médecins du pays. Les déséquilibres au niveau de l'éventail des compétences sont tout aussi largement répandus. Au Brésil, les médecins représentent 66% des professionnels de la santé; en République dominicaine, il y a huit médecins pour chaque infirmière; et en Uruguay, 66% des médecins sont spécialisés.

10. La contribution cruciale du secteur informel de la santé à la prestation des services de santé dans l'environnement communautaire est un domaine qui mérite d'être étudié plus à fond. Le rôle joué par les personnes elles-mêmes en fait de soins autonomes, et par les familles, les femmes en particulier, dans les soins au foyer est de plus en plus

reconnu, même si l'information à cet égard est plutôt rare. Il existe une information limitée sur l'importance des soins fournis par les sages-femmes et les guérisseurs traditionnels, pour ne mentionner que deux catégories de travailleurs de la santé traditionnelle. Il faut concevoir des moyens novateurs pour mettre à profit la disponibilité et la contribution de ces ressources humaines à la prestation des soins et cette information doit être incorporée dans la série des données essentielles de la force active de travail.

11. Les insuffisances de la collecte des données et les limitations des sources de données sapent les efforts entrepris pour résoudre ces problèmes. Les données proviennent généralement de sources existantes, telles que les registres du personnel des ministères de la santé et des institutions de sécurité sociale, des dossiers d'admission et de diplômes des universités, des recensements et des enquêtes en cours sur les ménages, des dossiers des associations professionnelles et des syndicats, ainsi que des statistiques des services hospitaliers et des services de santé. Dans trois pays (l'Argentine, l'Équateur et le Paraguay), les données générales sur le personnel de santé sont fournies par le bureau de la statistique ou par des enquêtes qui ciblent spécifiquement le personnel de santé. Les principales rubriques d'information qui apparaissent sont le nombre, le type et la répartition territoriale des professionnels de la santé, et les principales tendances concernant la formation des nouveaux professionnels (profession, spécialité, genre et répartition territoriale). Des efforts supplémentaires doivent être déployés pour organiser les séries de données et les maintenir à jour afin de pouvoir estimer les besoins présents et futurs, tant sur le plan quantitatif que qualitatif (éventail de qualifications), non seulement au niveau national mais aussi aux niveaux régional et local, ou pour des zones géographiques spécifiques.

Réponse de l'OPS : L'Observatoire des ressources humaines en santé dans les Amériques

12. L'Observatoire des ressources humaines en santé dans les Amériques est une initiative de coopération entre les pays des Amériques, destinée à produire l'information et le savoir dans le but d'améliorer les politiques concernant les ressources humaines et de contribuer au développement de ces ressources dans le secteur de la santé à travers le partage des expériences entre les pays. L'Observatoire a réussi à réaliser cet objectif en recourant à des moyens novateurs consistant en l'utilisation de l'information disponible sans tenter de remplacer les systèmes d'information existants ou d'en créer de nouveaux.

13. Le travail de l'Observatoire est accompli par le biais de groupes nationaux composés d'autorités sanitaires, de grandes universités et d'associations professionnelles qui se réunissent pour engager des discussions de politique à partir des données disponibles. Les fonctions principales des groupes nationaux de l'Observatoire sont de suivre les tendances qui ont un impact sur la définition des politiques des ressources humaines, à titre de programme partagé avec la société, afin d'ajuster les priorités et les valeurs du programme de réforme aux intérêts des protagonistes, en tenant compte des renseignements disponibles concernant les besoins des populations. L'expérience montre

comment la création d'une tribune de discussion de politique au sein de laquelle les différents protagonistes doivent examiner les priorités à la lumière de situations concrètes, peut s'avérer un instrument puissant permettant d'arrêter les programmes et d'accorder aux problèmes des ressources humaines l'importance qu'ils méritent afin de les intégrer dans les processus des politiques et de planification de la santé nationale.

14. Pour faciliter cette tâche, une base de données essentielles a été créée pour organiser les renseignements recueillis de diverses sources. Les différentes rubriques d'information qui composent cette série de données sont les suivants: (a) qualité de la main-d'œuvre et des régimes du travail; (b) éducation et formation professionnelles pour les travailleurs de la santé; (c) productivité et qualité des services; et (d) gouvernance et conflits du travail dans le secteur de la santé. Les données relatives à ces domaines sont recueillies, analysées et disséminées, et servent de point de départ au développement des politiques et au renforcement du rôle de direction des autorités sanitaires nationales. Le développement actuel des séries de données est encore insuffisant pour prédire l'adéquation entre l'offre projetée et les besoins sanitaires, en termes de quantité, de distribution et de compétences. Toutefois, dans quelques pays de la Région, notamment au Brésil, au Canada, au Mexique et aux États-Unis, des évaluations sur le long terme de la main-d'œuvre requise sont actuellement en cours.

15. Le rôle des groupes nationaux de l'Observatoire consiste à convoquer et mobiliser les protagonistes concernés, identifier les sources d'information, arrêter l'ordre de priorité des principaux problèmes et dégager un consensus sur les initiatives de politiques. Le rôle de l'OPS consiste à fournir une assistance pour la collecte des données essentielles sur les quatre domaines d'information mentionnés précédemment, à contribuer aux analyses et aux comparaisons des tendances entre les pays, ainsi qu'à assurer un appui institutionnel aux groupes de l'Observatoire et à faire des recommandations à partir des données présentées. L'Observatoire encourage et renforce également le rôle et la capacité du ministère de la santé ; la présence et le rôle de ce ministère contribuent substantiellement aux travaux des groupes nationaux de l'Observatoire.

Réalisations de l'Observatoire des ressources humaines en santé dans les processus de politique et de réglementation dans les Amériques

16. L'Observatoire a démarré avec un noyau de neuf pays en 1999. D'autres pays qui partageaient les mêmes préoccupations s'y sont ralliés au fur et à mesure que l'initiative se faisait connaître. Actuellement, l'Observatoire comporte 21 pays membres du réseau régional¹ qui se partagent leurs informations et leurs expériences.

¹ À compter de janvier 2004, Argentine, Belize, Bolivie, Brésil, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Équateur, El Salvador, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Ste-Lucie, Uruguay et Venezuela.

17. Depuis la mise en œuvre de l'Observatoire, trois manuels méthodologiques ont été produits au niveau régional pour améliorer l'analyse des ressources humaines et optimiser l'utilisation des sources existantes.^{2,3,4} De même, dans plusieurs pays de la Région, des études de données de base ont été produites, correspondant aux publications de l'Observatoire en 2001 (Argentine, Costa Rica et El Salvador) et en 2002 (Bolivie et El Salvador). Au Brésil, des documents de l'Observatoire ont été produits et ils sont maintenant disponibles sur l'Internet. En Jamaïque, le Ministère de la Santé a donné à l'Observatoire l'accès à sa base de données électronique. En République dominicaine et au Paraguay, des documents sont actuellement en cours d'élaboration. De plus, cinq réunions régionales ont été organisées, et un registre d'experts a été dressé avec la création d'une banque de données des experts identifiés. Des connections Web ont été établies dans tous les pays qui sont membres du réseau ainsi qu'avec l'Observatoire central.

18. Il existe dans la Région de nombreux exemples spécifiques d'expériences réussies liées au travail de l'Observatoire :

- Au Brésil, l'initiative a permis qu'un certain nombre d'études et de groupes universitaires soient incorporés dans l'Observatoire des ressources humaines en santé, en suivant la structure de volets spécialisés d'un réseau national. Cette approche a aidé à vulgariser l'information en plaçant ces études et leurs résultats sur l'Internet.
- Le Mexique a mis au point une méthodologie de planification nationale des ressources humaines en coopération avec ses états fédéraux, des associations professionnelles et des universités. Cette méthodologie se trouve maintenant à la phase de détection des écarts entre la transition épidémiologique et démographique et le profil, le nombre et la répartition de la formation des professionnels médicaux.
- Dans le cas d'El Salvador, l'initiative a stimulé l'action d'une organisation non gouvernementale (ONG), le Groupe inter-institutionnel sur le développement des ressources humaines (GIDRHUS), qui s'est jointe aux efforts du Ministère de la Santé publique et de l'Assistance sociale et des principales universités en vue d'une meilleure intégration de la formation et des services. Cette ONG a été

² Dal Poz M, Varella T. Guía de metodologías para análisis de sistemas de remuneración e incentivos dos recursos humanos do setor saúde. In: Relaciones Laborales en el Sector Salud. Serie Observatorio de Recursos Humanos, Quito, agosto 2000.

³ Galin P. Guía para optimizar la utilización de la información disponible sobre empleo en el sector salud. In: Relaciones Laborales en el Sector Salud. Serie Observatorio de Recursos Humanos, Quito, agosto 2000.

⁴ Novick M. Guía metodológica para el análisis de las relaciones colectivas de trabajo en el sector salud. In: Relaciones Laborales en el Sector Salud. Serie Observatorio de Recursos Humanos, Quito, agosto 2000.

transformée en un laboratoire d'idées sur la politique des ressources humaines et elle est maintenant le groupe désigné pour les questions de ressources humaines dans la Commission de réforme.

- Le groupe de l'Observatoire de l'Équateur a été nommé à titre d'organe consultatif officiel du Conseil national de la Santé, chargé de réunir des consensus sur les politiques de la santé. Le groupe de l'observatoire (CONARHUS : Comité national sur les ressources humaines en santé) a recueilli une vaste base de données sur la formation et l'emploi, actuellement accessible en ligne à la communauté universitaire et aux décideurs locaux.
- L'Argentine, le Brésil, Cuba et le Pérou ont inclus l'Observatoire à titre d'activité régulière de leurs unités de ressources humaines, donnant ainsi un statut officiel aux groupes nationaux.

19. L'Observatoire reçoit un appui financier et technique provenant de diverses sources. Les mécanismes de financement comprennent des modalités de partage des coûts entre le siège de l'OPS et les bureaux des PWR et des rentrées en nature telles que les publications, ainsi que l'appui direct des gouvernements des pays. En outre, l'Agence norvégienne pour le développement et la coopération (NORAD), a contribué par son appui financier, à l'échange d'expériences nationales réalisées par le réseau. En termes d'appui technique, l'initiative a bénéficié des liens étroits tissés avec l'OMS et l'Organisation internationale du travail.

Principales leçons tirées de la mise en œuvre de l'Observatoire des ressources humaines en santé

20. Bien que sous ses diverses manifestations— coopération technique directe, publications, coopération entre pays et tribunes internationales et nationales — l'initiative de l'Observatoire ait contribué à accroître la visibilité des questions des ressources humaines, on relève de fortes fluctuations d'un pays à l'autre et dans le temps quant à la mesure dans laquelle elle a effectivement atteint les résultats et l'impact recherchés au niveau de l'établissement des politiques et en termes de stratégies afférentes au secteur de la santé.

21. Les changements d'autorités sont souvent fréquents et rapides dans les sphères politiques des pays de la Région, ce qui provoque une instabilité institutionnelle. Cette situation peut être considérée comme un obstacle à la continuité du processus de réforme des ressources humaines en santé. D'autre part, il faut également reconnaître que le travail inter-institutionnel des groupes de l'Observatoire a aidé à maintenir la question des ressources humaines au programme politique d'une administration à l'autre, et à assurer la continuité dans les politiques et les interventions.

22. Il est encore difficile de faire ressortir le besoin d'information pour l'élaboration de politiques concernant des questions aussi délicates que la réglementation des professions ou le redéploiement des travailleurs de la santé. Dans de nombreux cas, les droits acquis des sociétés professionnelles ou les calendriers d'exécution du processus de réforme ne créent pas les conditions voulues appropriées pour la tenue de discussions fondées sur les faits présentés.

23. Néanmoins, grâce au recours à des stratégies de participation visant à faciliter le dialogue social et à réunir un consensus, de nombreux progrès ont été enregistrés en matière d'élaboration de documents de politique par de nombreux pays de la Région (Bolivie, Costa Rica, Équateur, El Salvador, Nicaragua, Pérou et Ste-Lucie), et de formulation de normes et réglementations afférents aux domaines de la formation et de l'emploi (Argentine, Brésil, Mexique, Paraguay et République dominicaine).

24. L'expérience relevée dans les pays témoigne du besoin d'intégrer les protagonistes concernés, tels que les universités et les associations professionnelles, et de collaborer avec les ministères de l'éducation de manière plus active et permanente en vue d'accroître la durabilité de la politique mise en place par l'Observatoire des ressources humaines en santé.

Perspectives d'avenir

25. L'expérience acquise par l'Observatoire des ressources humaines en santé dans la Région des Amériques s'est révélée un moyen efficace de mettre en relief l'importance des questions de ressources humaines. Les ressources humaines en santé devraient jouer un rôle de plus en plus important dans les années à venir, et cette approche proactive du développement des ressources humaines devrait être accompagnée de changements dans les formulations des politiques afférentes au secteur de la santé.

26. L'Observatoire a apporté une importante contribution au maintien de la pertinence des ressources humaines dans le programme politique général, et il est idéalement situé pour mobiliser la coopération intersectorielle afin d'obtenir une main-d'œuvre bien qualifiée et motivée aussi bien que saine et durable—équilibrée dans la composition des professionnels de la santé, équitablement répartie et bien équipée pour répondre aux besoins sanitaires de la population et relever les défis du système de santé.

27. Une fonction vitale de l'Observatoire a trait à la production et la diffusion de l'information nationale, ainsi qu'à la consolidation et à l'échange de l'information et des expériences entre pays, par le biais d'une méthodologie commune. Ce processus peut être renforcé en focalisant les efforts sur une collecte, distribution et utilisation plus efficaces des données, au moyen de l'élaboration d'une série de données essentielles valables et fiables, qui peuvent être utilisées à des fins d'analyse comparative, d'études des tendances et de prévisions.

28. L'impact potentiel de l'Observatoire repose dans une large mesure sur le leadership effectif des ministères de la santé pour établir un programme en vue du développement des ressources humaines dans le contexte plus vaste des politiques du système de la santé, et pour encourager l'intervention active des protagonistes concernés dans toutes les phases du processus d'élaboration des politiques. L'OPS peut jouer un rôle important à l'appui de ce leadership, à travers son engagement de renforcer le rôle de direction des ministères de la santé, la capacité des unités de ressources humaines, ainsi qu'une plus grande institutionnalisation des différentes fonctions de l'Observatoire.

29. Au nombre des stratégies d'importance majeure de l'Observatoire, figurent la mise en place d'une structure complète pour la planification des ressources humaines basée sur les constatations les plus probantes disponibles; la formulation de programmes nationaux et régionaux flexibles et adaptés aux conditions d'élaboration des politiques; et le rassemblement des divers protagonistes institutionnels dans les États Membres pour la tenue de dialogues de politique sur des questions qui sont importantes pour le développement des ressources humaines.

30. Les questions prioritaires soumises aux discussions au sein de l'Observatoire sont identifiées par des groupes basés dans les pays qui constituent l'axe principal de l'initiative. Ce mécanisme constitue un élément prometteur pour la mise à jour constante du programme transnational de thèmes pertinents et intéressants tels que les inégalités dans la répartition du personnel de santé, la migration internationale des travailleurs sanitaires, l'évolution de la flexibilité de la main-d'œuvre dans le personnel de santé, et le renforcement de la capacité institutionnelle pour les politiques des ressources humaines.

31. Même s'il n'y a pas de jeu commun et défini de résultats souhaitables à réaliser par les politiques des ressources humaines des pays, il existe certainement un intérêt régional en faveur du développement d'une approche systématique d'évaluation de l'impact de l'Observatoire dans les pays. Quatre catégories d'indicateurs devraient être développées en tant que représentantes du degré d'intégration des problèmes des ressources humaines dans les plans et les politiques de santé nationale. Ces quatre catégories sont les suivantes : i) l'existence et la mise à jour périodique d'un jeu de données essentielles des ressources humaines nationales; ii) la réunion régulière d'un groupe national de protagonistes clés pour analyser l'information relative aux ressources humaines et élaborer des plans; iii) la formulation d'un nouveau cadre réglementaire pour les travailleurs sanitaires; et iv) l'intégration des activités de l'Observatoire au mandat du Ministère de la Santé.

32. L'organisation de tribunes régulières de politique de la santé à niveau régional ou sous-régional constitue une perspective prometteuse pour les années à venir. Ces tribunes peuvent aider à encourager des partenariats de collaboration et un sens de responsabilité sociale collective entre les ministères, les associations professionnelles, les institutions pédagogiques et les organisations internationales entrant dans le cadre des ressources humaines en santé. Un programme de recherche devrait être élaboré entre les parties

prenantes sur les problèmes prioritaires des ressources humaines pour appuyer les prises de décision. L'équité dans le déploiement des professionnels de la santé en ce qui concerne les besoins, semble être l'un de ces problèmes, et une large collaboration est en voie de développement avec l'Organisation internationale du travail (OIT) et l'Organisation mondiale de la Santé dans cinq pays de la Région en vue de renforcer les rapports entre les groupes de recherche et les décideurs.

33. L'expérience a démontré que la collaboration avec le secteur de l'éducation, notamment les ministères de l'éducation, est à la fois nécessaire et souhaitable. Ceci est particulièrement important pour résoudre les questions telles que les compétences et les profils des ressources humaines en santé, notamment la formation, la recherche et le recyclage continu de différents professionnels de la santé, ainsi que les questions de qualité, d'homologation et d'accréditation.

34. Il y a des signaux croissants indiquant que la portée des activités de l'Observatoire peut être élargie pour répondre aux défis émergents en matière de ressources humaines. Ces derniers comprennent des facteurs critiques de main-d'œuvre pour la stratégie de soins de santé primaires, la prestation des services essentiels de santé publique, et la réponse aux épidémies émergentes telles que le VIH/SIDA. Une autre série de préoccupations relève du domaine de la protection des travailleurs et des conditions d'emploi. Les implications du mouvement international des travailleurs sanitaires en termes d'éventuelles pénuries, d'octroi de licences internationales et de moyens de gérer les déséquilibres prévisibles qui peuvent se produire, constituent un domaine supplémentaire d'intérêt.

35. Depuis la mise en œuvre de l'Observatoire, il s'est produit une intensification du processus de formulation des politiques entre les États Membres ainsi qu'une amélioration de leur capacité institutionnelle à participer à ce processus. Ceci peut être vérifié par de nouveaux cas de capacité institutionnelle renforcée, une augmentation du nombre des pays participant au réseau ou entreprenant des activités de formulation de politiques, et des pays dotés d'une base de données de ressources humaines en santé sur le site Web de l'Observatoire. Des définitions plus précises des stratégies d'évaluation peuvent être préparées pour mettre en évidence les progrès à l'avenir.

36. Il est prévu d'intensifier et d'étendre les activités de l'Observatoire dans l'ensemble de la Région. Cette approche pourrait signifier l'incorporation de nouveaux membres, en particulier des pays où la formulation de plans nationaux des ressources humaines fait défaut; la formation de partenariats avec d'autres communautés définies telles que le Secrétariat de la Communauté des Caraïbes (CARICOM) en vue d'initiatives de coopération en matière de questions de ressources humaines; et la canalisation des efforts en vue de la mise en œuvre de l'Observatoire dans tous les pays prioritaires de l'OPS.

Mesures à prendre par le Conseil directeur

37. Il est demandé au Conseil directeur est prié d'approuver les efforts pour maintenir la question des ressources humaines dans le programme des politiques de santé et d'appuyer le développement des processus, programmes et unités de ressources humaines dans les pays, notamment l'expansion de l'Observatoire des ressources humaines en santé dans la Région, ainsi qu'un engagement plus marqué envers les orientations proposées pour l'avenir.

38. En outre, le Conseil directeur est invité à prendre en considération la résolution CE134.R9 (voir annexe) recommandée par le Comité exécutif.

Annexe



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



134^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., EUA, 21-25 juin 2004

CD45/9 (Fr.)

Annexe

RÉSOLUTION

CE134.R9

OBSERVATOIRE DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ

LA 134^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le document SPP38/5 sur l'Observatoire des ressources humaines en santé;

Tenant compte de la résolution CE128.R3 sur le développement et le renforcement de la gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé (2001); et

Reconnaissant le rôle clé des ressources humaines dans la mise en place de systèmes et de politiques sanitaires équitables et reconnaissant l'importance de mécanismes de participation, fondés sur des données probantes, pour la formulation de plans et politiques efficaces et durables des ressources humaines,

DÉCIDE :

De recommander au Conseil directeur d'adopter une résolution qui serait rédigée dans les termes suivants :

LE 45^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le document CD45/_ sur l'Observatoire des ressources humaines en santé ainsi que la résolution CE138.R3 sur le Développement et le renforcement de la gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé (2001) ;

Reconnaissant l'importance de la formulation de politiques et plans efficaces pour les ressources humaines en vue d'obtenir un accès universel à des services de santé de qualité et de satisfaire les besoins prioritaires de nos populations en matière de santé,

DÉCIDE :

1. De demander aux États Membres :
 - a) de traiter les problèmes persistants ou nouveaux se rapportant à la disponibilité, la composition, la répartition et la performance des ressources humaines en santé, qui posent des obstacles de taille à la réalisation de l'objectif de l'accès universel à des services de santé de qualité et à l'équité sur le plan de la santé;
 - b) de faire preuve de leadership efficace dans l'élaboration d'un plan national de développement des ressources humaines et rechercher la participation active des parties pertinentes à toutes les étapes du processus de formulation des politiques;
 - c) de investir dans le développement des ressources humaines pour étayer la stratégie des soins de santé primaires et de fourniture de services essentiels de santé publique à titre d'appui déterminant à la réalisation des objectifs de la Déclaration du Millénaire;
 - d) de renforcer leur participation à l'Observatoire des ressources humaines en santé en tant que stratégie adéquate de définition des priorités et de formulation de politiques durables.
2. De demander au Directeur de :
 - a) d'intensifier la coopération technique avec les pays pour la formulation et la mise en œuvre de politiques et plans efficaces de ressources humaines
 - b) d'élargir la portée de l'initiative de l'Observatoire des ressources humaines pour relever les nouveaux défis se présentant au niveau du développement des ressources humaines;
 - c) de contribuer à l'élaboration d'une stratégie régionale pour traiter les problèmes prioritaires découlant du mouvement des ressources humaines entre les pays;
 - d) d'évaluer l'Initiative pendant l'exercice biennal 2006-2007 consistant à définir les futurs profils de la coopération technique de l'OPS dans ce domaine.