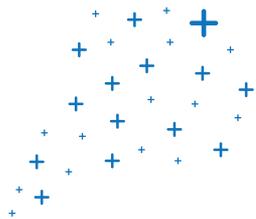


Commission de haut niveau
sur l'Emploi en Santé et
la Croissance économique



S'ENGAGER POUR LA SANTÉ ET LA CROISSANCE

Investir dans les personnels de santé



Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS

S'engager pour santé et la croissance : Investir dans le personnel de santé. Rapport de la Commission de haut niveau sur l'Emploi en Santé et la Croissance économique.

I. Commission de haut niveau sur l'Emploi en Santé et la Croissance économique.

ISBN 978 92 4 251130 7

Les vedettes-matières sont disponibles depuis le dépôt institutionnel de l'OMS

© Organisation mondiale de la Santé 2016

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé sont disponibles sur le site Internet de l'OMS (www.who.int) ou peuvent être achetées auprès des Éditions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; courriel : bookorders@who.int. Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Éditions de l'OMS via le site Internet de l'OMS à l'adresse http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html

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

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

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

La présente publication contient le rapport de la Commission de haut niveau sur l'Emploi en Santé et la Croissance économique et ne représente pas nécessairement les décisions ni les politiques de l'Organisation mondiale de la Santé.

Crédits photo

Images de couverture :

H. Rutherford/GHWA; S. Volkov/OMS; S. de Courcelles/OMS; A. Banta/GHWA; Banque Mondiale

Chapitre 1. S. de Courcelles/OMS

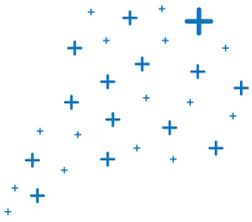
Chapitre 2. G. Gordon/Merlin

Chapitre 3. S. Volkov/OMS

Chapitre 4. J. Philipson/Flickr

Chapitre 5. H. Rutherford/GHWA

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

Remerciements

La Commission souhaite remercier les groupes et les personnes ayant contribué à ce rapport, et notamment : le Groupe d'experts pour le travail fourni en vue d'établir son rapport, qui a éclairé le travail de la Commission ; les auteurs des 17 documents d'orientation ; les auteurs des 149 propositions envoyées à la Commission ; les participants aux consultations publiques organisées par la Commission. La Commission souhaite également saluer la contribution financière des gouvernements allemand, irlandais et norvégien.

Elle remercie en outre les instances d'accueil des consultations organisées au Koweït (6 avril 2016), avec la Banque mondiale, la Banque islamique de développement et l'OMS lors du Séminaire sur les politiques de santé au Moyen-Orient et en Afrique du Nord du Centre d'études économiques et financières FMI-Moyen-Orient ; à Pretoria, en Afrique du Sud (8 avril 2016), avec le gouvernement sud-africain pour les parties prenantes du ministère de la Santé ; à Genève, en Suisse (11 avril 2016), pour les dirigeants des associations internationales des professions de santé ; à Genève, en Suisse (18 mai 2016), avec le Conseil international des infirmières pour les Associations nationales d'infirmiers ; à Genève, en Suisse (27 mai 2016), avec l'Organisation internationale du Travail pour toutes les parties prenantes ; et le gouvernement français pour le financement de la consultation de la Francophonie organisée à Abidjan, en Côte d'Ivoire (15-16 juin 2016), par l'intermédiaire de l'Initiative de Muskoka pour la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants.

Enfin, la Commission remercie le Secrétariat, composé des équipes de l'OIT, de l'OCDE et de l'OMS, pour le soutien efficace apporté aux procédures.

Table des matières

Remerciements	2
Avant-propos	4
Synthèse	8
Chapitre 1. Introduction	14
Chapitre 2. Le personnel de santé : un investissement judicieux	18
Chapitre 3. Transformation du personnel de santé	28
Chapitre 4. Favoriser le changement	44
Chapitre 5. Mise en œuvre : actions immédiates et mesures du succès	54
Annexes.....	66

GRAPHIQUES

Graphique 1. Approches de croissance économique	21
Graphique 2. Croissance de l'emploi par secteur entre 2000 et 2014 (ou dernière année disponible), moyenne OCDE	23
Graphique 3. Leviers de politiques publiques pour façonner les marchés de l'emploi en santé	30

Acronymes et abréviations

OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
ODD	Objectifs de développement durable
OIT	Organisation internationale du Travail
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
PIB	Produit intérieur brut
TIC	Technologies de l'information et de la communication
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture

AVANT-PROPOS

À travers cette Commission de haut niveau sur l'Emploi en Santé et la Croissance économique, nous sommes heureux d'exprimer notre engagement en faveur de la réalisation des objectifs de développement durable et du Programme 2030.

Il y a aujourd'hui une occasion unique à saisir. Malgré la crise économique, le marché mondial du travail dans le secteur sanitaire et social est en croissance régulière. Alors que la population mondiale augmente, elle souhaite accéder à des services de santé sûrs et de qualité, de même qu'à des emplois pérennes. Cette aspiration à une vie plus longue et en meilleure santé pour tous se renforce avec l'augmentation du niveau et de l'espérance de vie ainsi qu'avec les avancées technologiques. Le secteur sanitaire et social doit ainsi jouer un rôle plus important dans nos économies et pourra constituer un vivier important d'emplois à moyen terme.

Nous l'avons vu avec la récente épidémie d'Ebola en Afrique occidentale : le coût de l'inaction ou du sous-investissement chronique dans les ressources humaines en santé risque non seulement de compromettre la santé humaine, mais entraîne également de lourdes conséquences économiques et sociales. Dès lors, l'investissement dans les ressources humaines en santé doit s'inscrire dans le cadre plus large du renforcement des systèmes de santé et de la protection sociale, et constitue ainsi le premier rempart face aux crises sanitaires internationales. En complément des mécanismes de veille et de réponse aux crises, nous sommes convaincus que les personnels de santé sont la pierre angulaire d'un système de santé résilient. Nous avons besoin de ces « héros du quotidien » pour répondre aux attentes.

C'est tout l'objet du rapport de la Commission ; nous avons voulu présenter une nouvelle vision. Nous nous engageons pour l'emploi dans le secteur sanitaire et social, car nous sommes convaincus que c'est non seulement agir pour pallier les pénuries en personnels de santé, mais c'est aussi le seul moyen de mettre pleinement en œuvre la couverture universelle en santé. De plus, au-delà des bénéfices à attendre pour la santé publique, les secteurs sanitaire et social sont susceptibles de générer des emplois de qualité, durables et inclusifs, aux répercussions positives tant en matière de protection sociale, de sécurité, d'équité et de droits de l'homme, que d'autonomisation des

femmes et des jeunes. C'est un enjeu central de la cohésion sociale au sein de nos pays, et nous y sommes très attachés.

En tant que co-présidents de la Commission, nous nous engageons à convaincre nos collègues chefs d'État de la nécessité urgente d'une mobilisation forte en faveur des ressources humaines en santé et de l'emploi dans le secteur sanitaire afin de contribuer au renforcement des systèmes de santé, au Programme 2030, à la couverture universelle en santé et à une croissance économique inclusive.

Nous invitons toutes les parties prenantes à se joindre à nous pour mettre en œuvre les dix recommandations de la Commission, et à les inscrire au cœur des plans nationaux, régionaux et internationaux. Ce n'est que par l'articulation de nos efforts avec les autres initiatives internationales menées sur ces questions que nous pourrions atteindre les objectifs de développement durable.

Nous tenons à remercier chacun des commissaires pour leur contribution remarquable à ce travail.

Et nous vous remercions également, chers lecteurs. Vous faites désormais partie d'un mouvement mondial, et nous ne pouvons que nous réjouir de notre coopération future.



François Hollande
Président de la
République française



Jacob Zuma
Président de la
République d'Afrique du Sud

AVANT-PROPOS

En vue d'assurer une couverture universelle en santé, la Commission propose des solutions ambitieuses afin de garantir que la planète dispose du nombre adéquat de professionnels de santé, dotés de compétences adaptées et exerçant au bon endroit.

Ces solutions ne sont pas seulement essentielles à l'amélioration de la santé, elles offrent une opportunité unique d'amplifier les acquis du Programme de développement durable à l'horizon 2030 en matière de réduction de la pauvreté, d'éducation de qualité, de travail décent, de croissance économique inclusive et d'égalité des sexes. La réalisation de la couverture universelle en santé requiert un plus grand nombre de postes décents pour le personnel de santé, en vue de générer de nombreuses opportunités, notamment pour les femmes et les jeunes.

Nous devons changer les modes d'investissement visant l'équité et la prospérité pour tous. Nous ne pouvons maintenir les choses en l'état. Pour contrer le creusement des inadéquations et des inégalités des ressources humaines en santé, la Commission propose des investissements de très grande ampleur dans le secteur de la santé, une logique qui tient compte du caractère essentiel du secteur pour nos économies, nos sociétés et la communauté internationale.

Dans le contexte de chômage et de sous-emploi tenaces affectant de nombreux pays, et à l'aune des changements démographiques, technologiques et socioéconomiques majeurs à l'œuvre dans tous les pays, aucun organisme ou secteur ne saurait mettre en œuvre seul les changements nécessaires pour se doter d'un personnel de santé adapté. Pour atteindre cet objectif, une volonté politique, un véritable leadership, une action intersectorielle et des partenariats internationaux sont incontournables. Nous saluons à cet égard le leadership du Secrétaire général des Nations Unies et sa décision de mettre en place cette Commission. Un cadre propice à la discussion a ainsi été créé, encourageant la proposition d'actions qui dépassent les limites d'un programme de santé traditionnel pour parvenir à un programme intégré pour la santé, l'emploi et une croissance économique inclusive.

Le travail commun réalisé au sein de cette Commission a renforcé la collaboration entre l'Organisation internationale du Travail, l'Organisation de coopération et de développement économiques et l'Organisation mondiale de la Santé, et créé une plateforme permettant d'offrir des moyens de coopération encore plus efficaces dans l'optique d'intensifier le soutien aux investissements et aux réformes intersectorielles à l'échelle nationale, régionale et internationale. La Commission salue également le travail d'autres panels et commissions

de haut niveau mis en place par le Secrétaire général des Nations Unies, auprès desquels elle a sollicité des informations et dont elle a bénéficié des travaux.

Nous remercions tous ceux ayant contribué au processus intersectoriel et consultatif de la Commission, y compris le Groupe d'experts qui a résumé efficacement les données factuelles et proposé des options politiques, les auteurs des 17 documents d'orientation qui ont éclairé le travail du Groupe d'experts, les auteurs des 149 réponses à l'appel à contributions, les participants à la consultation et le personnel de nos organismes.

Nous nous engageons à faire notre maximum pour promouvoir la mise en œuvre et les recommandations formulées par la Commission, notamment en contribuant à l'élaboration du plan de mise en œuvre. Nous nous réjouissons par avance de travailler avec les organismes des Nations Unies, les institutions financières, les pouvoirs publics, les associations de professionnels de santé, les syndicats, la société civile, les universités, le secteur privé et les autres parties prenantes pour établir un changement audacieux de vision, de politique et d'action, qui reflète et saisisse le champ d'opportunités de transformation que propose cette Commission.



Mr Guy Ryder
Directeur général
Organisation internationale
du Travail



Mr Angel Gurría
Secrétaire général
Organisation de
Coopération et de
Développement Economiques



Dr Margaret Chan
Directeur général
Organisation mondiale
de la Santé

SYNTHÈSE

La Commission de haut niveau sur l'Emploi en Santé et la Croissance économique a été mise en place en mars 2016 par le Secrétaire général des Nations Unies Ban Ki-moon. Sa mission : formuler des recommandations pour stimuler et guider la création d'au moins 40 millions de nouveaux emplois dans le secteur sanitaire et social, et réduire la pénurie annoncée de 18 millions de professionnels de santé, principalement dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, d'ici à 2030.

La Commission compte sur cette opportunité majeure pour favoriser les engagements politiques et progresser sur plusieurs objectifs de développement durable (ODD), notamment l'ODD 1 (élimination de la pauvreté), l'ODD 3 (santé et bien-être), l'ODD 4 (éducation de qualité), l'ODD 5 (égalité entre les sexes) et l'ODD 8 (travail décent et croissance économique). La Commission souhaite encourager l'action en attirant l'attention de la communauté internationale sur les avantages économiques et sociaux d'un investissement dans le personnel de santé, à l'échelle locale et mondiale.



Six mois de travail intensif et de discussions productives, d'abord entre les membres du Groupe d'experts puis entre ceux de la Commission, organisés par l'OIT, l'OCDE et l'OMS, ont permis l'élaboration de ce rapport, qui présente notre plaidoyer pour des investissements plus nombreux et de meilleure qualité dans le personnel de santé.

Le personnel de santé : un investissement judicieux

Le secteur de la santé est un secteur économique clé, créateur d'emplois. L'envergure cumulée du secteur dans le monde s'élève à plus de 5 800 milliards de dollars US par an. Au sein des pays de l'OCDE, l'emploi dans le secteur sanitaire et social a augmenté de 48 % entre 2000 et 2014, tandis que l'emploi dans les secteurs de l'industrie et de l'agriculture a baissé. La demande en services de santé va continuer de croître et créer des millions d'emplois. Les évaluations disponibles suggèrent que chaque agent formé à un emploi en santé est aidé par un à deux autres employés.

La croissance économique et le développement dépendent d'une population en bonne santé. On estime qu'environ un quart de la croissance économique entre 2000 et 2011 dans les pays à revenu faible et intermédiaire provenait des améliorations enregistrées en matière de santé. Le retour sur investissement dans ce secteur est

estimé à 9 pour 1. Une année d'espérance de vie en plus augmente d'environ 4 % le PIB par habitant. Dans les pays qui enregistrent un taux de fertilité élevé, une probabilité réduite de mortalité infantile peut exercer une influence positive sur les décisions des familles en matière de planification familiale. Cette évolution contribue à une transition démographique plus rapide et aux avantages économiques associés, ce qu'on désigne souvent par l'appellation dividende démographique.

Les investissements dans le système de santé présentent également des effets multiplicateurs qui favorisent une croissance économique inclusive, notamment via la création d'emplois décents. Les investissements ciblés dans les systèmes de santé, notamment dans les ressources humaines en santé, soutiennent la croissance économique via d'autres biais : produit économique, protection et cohésion sociales, innovation et sécurité sanitaire.

Le monde se heurte toutefois à une pénurie mondiale de professionnels de santé. Le manque de main-d'œuvre qualifiée limite la création d'emploi dans ce secteur. En appliquant des politiques opportunes, investir dans l'éducation et la création d'emplois en santé contribuera à la promotion d'une croissance économique inclusive.

La Commission formule dix recommandations qui doivent être appréhendées dans le cadre des efforts destinés à renforcer les systèmes de protection sociale et sanitaire ainsi que des initiatives élargies visant à mettre en œuvre le Programme de développement durable à l'horizon 2030 et à atteindre les cibles des ODD. Toutes ces recommandations nécessitent le maintien des droits, une bonne gouvernance, une volonté politique et une coopération intersectorielle et multipartite.

Recommandations pour transformer le personnel de santé en vue des ODD

Six recommandations portent sur les changements nécessaires pour les emplois, l'éducation et les services de santé, dans l'optique d'optimiser les futurs retours sur investissement.

1 CRÉATION D'EMPLOIS



Stimuler les investissements dans la création d'emplois décents en santé, notamment pour les femmes et les jeunes, avec les bonnes compétences, en nombre suffisant et aux endroits opportuns.

La Commission préconise une action urgente pour développer des politiques de marché du travail destinées à favoriser la demande de main-d'œuvre en santé pérenne. Les gouvernements doivent instaurer des politiques pour remédier aux problèmes systémiques qui conduisent à des défaillances dans le domaine public et sur le marché du travail de la santé.

2 ÉGALITÉ HOMMES - FEMMES



Optimiser la participation économique des femmes et encourager leur autonomisation par une institutionnalisation de leur leadership, la lutte contre les préjugés sexistes et les inégalités entre les sexes dans l'éducation et sur le marché du travail de la santé, et par la résolution des questions de genre dans les processus de réforme sanitaire.

Étant donné que le secteur de la santé est porteur pour l'emploi des femmes, il peut grandement favoriser l'égalité entre les sexes. À l'heure actuelle, les femmes représentent les principaux prestataires de soins, y compris dans les crises humanitaires et les contextes de conflits. Et pourtant, les préjugés sexistes, les violences physiques et sexuelles et le harcèlement demeurent des problèmes importants pour les professionnels de santé.

3 ÉDUCATION, FORMATION ET COMPÉTENCES



Développer une éducation et une formation continue de grande qualité, qui favorise le changement, de sorte que tous les personnels de santé soient dotés de compétences répondant aux besoins sanitaires des populations et soient en mesure de déployer pleinement leur potentiel.

Tous les pays doivent agir pour prioriser les investissements dans l'éducation. Les modèles éducatifs doivent s'écarter des spécialisations étroites pour se concentrer sur la formation tout au long de la vie à des compétences pertinentes localement. De manière générale, il est nécessaire d'assouplir les barrières d'entrée superflues. Résoudre les inégalités géographiques constitue une priorité et les transitions démographiques sont l'opportunité de renforcer l'éducation des jeunes en vue de leur emploi dans le secteur de la santé. Les faits confirment l'efficacité des travailleurs de santé dans les communautés, qui intègre les professionnels de santé ainsi que les autres catégories.

4 PRESTATION ET ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ



Réformer les modèles de services, qui se fondent actuellement surtout sur les soins hospitaliers, pour mettre l'accent sur la prévention et des soins primaires et ambulatoires qui soient de grande qualité, abordables, intégrés et centrés sur les patients et les communautés, en accordant une attention particulière aux zones mal desservies.

Les systèmes de santé organisés autour des spécialités cliniques et des hôpitaux doivent évoluer pour se concentrer sur la prévention et les soins primaires. La Commission ne préconise aucune répartition idéale entre les systèmes de santé public et privé. Les pouvoirs publics doivent adopter des politiques qui couvrent la performance du secteur dans son entier. Des modèles d'économie sociale font leur apparition dans le secteur privé, et constituent une solution pour venir en aide aux personnes insuffisamment desservies. Les politiques publiques et les organes de régulation doivent assurer la protection du public et garantir que les intérêts professionnels ne prévalent pas.

5 TECHNOLOGIES



Exploiter le potentiel des technologies de l'information et de la communication pour améliorer l'éducation dans le domaine de la santé, les services de santé centrés sur les personnes, et les systèmes d'information sanitaire.

L'évolution rapide de la technologie change déjà la nature des services de santé. De nouvelles catégories de professionnels de santé émergent, favorisés par les technologies de l'information et de la communication. Les technologies numériques offrent également l'opportunité d'améliorer l'accès aux services de santé, la réactivité des systèmes sanitaires aux besoins des individus et des communautés, et la qualité d'un grand nombre de services proposés.

6 CRISES ET SITUATIONS HUMANITAIRES



Garantir les investissements dans les capacités fondamentales du Règlement sanitaire international, particulièrement en matière de développement des compétences des professionnels de santé nationaux et internationaux dans des contextes humanitaires et d'urgences de santé publique, aigus comme prolongés. Garantir la protection et la sécurité de tous les agents et établissements de santé dans tous les contextes.

Chaque pays doit renforcer les capacités de son personnel et de son système de santé pour déceler les risques et les urgences en matière de santé publique et y réagir. Dans les contextes fragiles et de conflits, les crises de santé publique exacerbent également les lacunes existantes dans la fourniture de soins sanitaires et sociaux de base à leurs citoyens. En outre, les personnels et équipements de santé deviennent des cibles délibérées dans les contextes de conflits.

Recommandations pour favoriser le changement

Notre deuxième groupe de recommandations se concentre sur les moyens de favoriser les changements nécessaires.

7 FINANCEMENT ET ENVIRONNEMENT FISCAL



Lever des fonds suffisants auprès des sources nationales et internationales, publiques et privées le cas échéant, et envisager une réforme ambitieuse du financement de la santé quand cela est nécessaire, pour investir dans les compétences adaptées, des conditions de travail décentes, et un nombre adéquat de personnels de santé.

La plupart des pays sont en mesure de sécuriser le financement pérenne de leur système de santé, qui suppose une croissance continue des revenus publics, en accordant la priorité nécessaire au personnel de santé. Le dialogue au sein de la société et l'engagement politique sont essentiels pour piloter des réformes macroéconomiques et des politiques de financement adaptées. Les politiques publiques peuvent également attirer les co-investissements du secteur privé. Néanmoins, la demande restera probablement insuffisante pour créer des emplois et atteindre les ODD dans les pays à faible revenu et fragiles. La Commission estime qu'en matière de financement, une action collective dans ces pays est souhaitable.

8 PARTENARIATS ET COOPÉRATION



Promouvoir la collaboration intersectorielle aux niveaux national, régional et international, mobiliser la société civile, les syndicats et autres associations de professionnels de la santé, et le secteur privé ; et aligner la coopération internationale pour soutenir les investissements dans les personnels de santé, dans le cadre des stratégies et des plans nationaux pour la santé et l'éducation.

Disposer d'une main-d'œuvre adaptée requiert des actions dans tous les secteurs du marché de l'emploi en santé. Ces processus intersectoriels doivent impliquer les secteurs public et privé, la société civile, les syndicats, les associations de professionnels de santé, les organisations non gouvernementales, les organes de régulation et les institutions de formation. La Commission estime que l'aide publique au développement peut aider à concrétiser les ODD et soutient les mécanismes de redevabilité nationaux et internationaux.

9 MIGRATIONS INTERNATIONALES



Améliorer la reconnaissance internationale des qualifications des personnels de santé pour promouvoir un meilleur usage des compétences ; accroître les bénéfices tout en luttant contre les effets négatifs des migrations des personnels de santé, tout en sauvegardant leurs droits.

Dans les années à venir, la demande dans les pays à revenu élevé et à revenu intermédiaire va probablement continuer à encourager la migration des professionnels de santé. La Commission reconnaît que la mobilité internationale du personnel de santé peut présenter de nombreux avantages pour les nations d'origine et de destination, ainsi que pour les professionnels de santé eux-mêmes. Il reste néanmoins nécessaire de limiter les effets négatifs de la migration. Un accord international étendu et mis à jour sur le personnel de santé doit prévoir des dispositions en vue d'optimiser la réciprocité des bénéfices de cette migration.

10 DONNÉES, INFORMATIONS ET REDEVABILITÉ



Entreprendre des recherches et des analyses approfondies sur les marchés de l'emploi dans le domaine de la santé, en utilisant des indicateurs et méthodologies harmonisés, pour étoffer les données disponibles, renforcer la redevabilité, et promouvoir l'action.

Une capacité institutionnelle d'analyse des données est nécessaire pour étudier le marché de l'emploi. La solidité de l'architecture de données dépend de l'engagement actif des communautés, des professionnels de santé, des employeurs, des institutions de formation et des organes professionnels et de régulation. L'OIT, l'OCDE et l'OMS ont un rôle clé à jouer pour établir un lot d'indicateurs harmonisés en vue de suivre de manière transparente les tendances du marché de l'emploi en santé.

ACTIONS IMMÉDIATES

Mettre en œuvre les dix recommandations de la Commission requiert une intervention radicale pour remettre en cause le *statu quo* et rectifier la trajectoire actuelle. Il n'y a pas de temps à perdre. Le travail de la Commission s'achève avec ce rapport mais ses membres feront tout ce qu'ils peuvent pour garantir une mise en œuvre sans délai. Dans cette optique, nous plaidons pour un lancement des actions suivantes entre octobre 2016 et mars 2018 :

Les **dirigeants politiques** portent ce rapport auprès des instances décisionnaires nationales, régionales et internationales, et prennent des engagements clairs en faveur d'une mise en œuvre de ces recommandations.

Le **Secrétaire général** des Nations Unies envisage la mise en place d'un cadre mondial adapté pour une redevabilité indépendante à l'égard des ODD, et garantit que celui-ci intègre nos recommandations.

Les gouvernements nationaux, sous l'égide de leurs ministères de la Santé, de l'Éducation, de l'Emploi et des Finances :

- ▶ élaborent des plans d'action intersectoriels pour une éducation transformatrice, des qualifications adaptées et la création d'emplois, et y consacrent des ressources budgétaires ;
- ▶ accélèrent la mise en œuvre progressive des Recensements nationaux des personnels de santé, et leur publication.

La **communauté internationale** soutient le développement massif de l'éducation et de la formation professionnelles et techniques nécessaires dans les pays à faible revenu et s'engage financièrement en ce sens.

L'OIT, l'OCDE et l'OMS ainsi que les partenaires pertinents :

- ▶ élaborent un programme quinquennal de mise en œuvre des dix recommandations ;
- ▶ encouragent le plaidoyer et les engagements nationaux, régionaux et internationaux ;
- ▶ établissent un échange global interorganisations de données sur le marché de l'emploi en santé, hébergé par l'Observatoire mondial de la santé ;
- ▶ développent une plateforme internationale sur la mobilité des professionnels de santé.

La Commission appelle à une main d'œuvre en santé élargie, transformée et pérenne en vue d'améliorer les résultats sanitaires, le bien-être, l'égalité et la cohésion sociale, et de favoriser une croissance économique inclusive. Relever les défis sanitaires du XXI^e siècle liés aux changements démographiques, épidémiologiques et technologiques requiert un personnel de santé armé pour la promotion de la santé, la prévention des maladies et la mise en place de services de santé communautaires à dimension humaine.

Les chefs d'État et de gouvernement doivent initier cette réforme du personnel de santé en agissant pour le bien de tous les citoyens et en invitant toutes les parties prenantes à participer à la couverture universelle en santé. Ce rapport a pour vocation de contribuer à cette réforme.

INTRODUCTION

Les objectifs de développement durable (ODD), nés dans une période de nouvelles menaces et instabilités planétaires, proposent un calendrier ambitieux pour redynamiser l'engagement politique en faveur du bien-être des générations futures et de la nôtre. Avec la promesse de ne laisser personne de côté et un engagement d'inclusion, le Programme de développement durable à l'horizon 2030 (Programme 2030) est conçu pour garantir que le développement est non seulement pérenne mais aussi équitable, qu'il autorise l'accès de tous à ses dividendes, y compris en matière de santé, d'éducation et d'emploi.

Les réflexions macroéconomiques récentes rejoignent les ambitions du Programme 2030. En réponse au climat économique actuel, les Nations Unies, le Fonds monétaire international, le G20, le G7 et nombre d'autres instances internationales enjoignent les pouvoirs publics à assouplir les mesures d'austérité en faveur de politiques d'expansion budgétaire, qui priorisent les investissements dans la création d'emploi comme un moyen de créer une croissance inclusive¹. Ce principe doit faire écho auprès des politiques : l'emploi constitue une priorité forte pour la plupart des électeurs, et la création d'emplois contribue de manière significative à la réduction de la pauvreté, à l'autonomisation économique, à l'égalité des sexes, à la justice sociale et à la sécurité de la population. Le secteur sanitaire et social constitue une source d'emplois massive et croissante.



L'emploi en santé représente par conséquent une approche clé non seulement pour une meilleure santé (ODD 3) mais aussi pour des emplois décents² et la croissance économique (ODD 8), ainsi qu'une opportunité pour progresser vers plusieurs autres ODD. Ce constat sert de point de départ à la Commission de haut niveau sur l'Emploi en Santé et la Croissance économique, mise en place en mars 2016 par le Secrétaire général des Nations Unies M. Ban Ki-moon. Sa mission est de stimuler et de guider d'ici à 2030 la création d'au moins 40 millions de nouveaux emplois dans le secteur sanitaire et social, et de réduire la pénurie annoncée de 18 millions de professionnels de santé, principalement dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (les termes de référence sont disponibles à l'Annexe 1).

Le personnel de santé est le pilier d'un système de santé solide et résilient. La couverture universelle en santé³ et la garantie d'une sécurité sanitaire mondiale ne sont possibles qu'avec des investissements adaptés dans le personnel de santé. Ainsi que l'a illustré l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest, une pénurie de personnel de santé augmente les inégalités d'accès aux services de santé, et entraîne des maladies, des handicaps et des décès pourtant évitables, tout en menaçant la santé publique, la croissance économique et le développement.

La crise mondiale du personnel de santé a été portée à l'attention du monde en 2004 par le rapport phare de Joint Learning Initiative⁴ et a fait l'objet du Rapport sur la santé dans le monde 2006⁵. En 2007, la Déclaration ministérielle et le programme d'action d'Oslo⁶ intégraient les ressources humaines en santé. Il s'agissait du premier rapport de l'initiative Santé mondiale et politique étrangère, qui a demandé au Secrétaire général des Nations

Unies de mettre en place cette Commission⁷. En dépit des progrès réalisés grâce à plus d'une décennie de travaux sur les ressources humaines en santé (Annexe 2), la demande mondiale en personnel de santé continue d'excéder de loin l'offre, et l'écart se creuse chaque année.

La Commission souhaite faire de l'emploi et de l'éducation dans le secteur sanitaire une priorité des dirigeants politiques à travers le monde et entend encourager l'action en définissant la santé comme une économie aussi bien qu'un système. Nous montrons qu'un marché de l'emploi en santé dynamique favorise l'éducation et l'emploi, notamment pour les femmes et les jeunes. Nous produisons de nouveaux éléments probants et mettons en avant les avantages politiques, sociaux et économiques potentiels de la création d'emplois décents dans le secteur sanitaire et social. Et nous adoptons une approche intersectorielle élargie des questions relatives à l'emploi en santé qui intègre les secteurs de la finance, de l'emploi, de l'éducation, de la santé et du social. Nos recommandations ajoutent par conséquent de la valeur aux efforts en cours, notamment la mise en œuvre de la stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030⁸. Elles complètent également celles des panels et commissions de haut niveau mis en place par le Secrétaire général des Nations Unies en vue d'étudier le financement de l'éducation, l'autonomisation économique des femmes et la contribution du secteur privé aux ODD, entre autres initiatives destinées à mettre en œuvre le Programme 2030.

En positionnant l'économie de la santé comme une force de croissance économique inclusive, la Commission espère relever deux défis majeurs. Le premier consiste à faire évoluer l'état d'esprit des dirigeants politiques, des décideurs et des économistes qui considèrent encore les emplois du secteur de la santé comme un fardeau pour l'économie : inefficace, résistant aux gains de productivité et une dépense nécessitant un contrôle rigoureux. L'emploi en santé est souvent considéré à tort comme une « consommation » plutôt qu'un « investissement », créant ainsi une dichotomie peu constructive. Le deuxième défi est de convaincre les pouvoirs publics et les parties prenantes pertinentes que la situation actuelle est inacceptable, et que des investissements plus conséquents doivent être menés d'urgence pour assouplir les contraintes pesant sur la demande et l'offre en personnel de santé et engager des réformes structurelles de l'emploi, de l'éducation et des soins de santé. Ces réformes passent notamment par une intervention gouvernementale pour remédier aux lacunes publiques et du marché, qui constituent des causes fondamentales de la pénurie de professionnels de santé. Ces lacunes expliquent également pourquoi, quand le personnel de santé existe, les qualifications requises pour satisfaire les besoins des personnes et des communautés lui font souvent défaut. Des postes instables, de mauvaises conditions de travail et une répartition géographique inégale des professionnels de santé participent de l'inefficacité des services et de l'insuffisance des résultats.

Six mois de travail intensif et de discussions productives, d'abord entre les membres du Groupe d'experts puis entre ceux de la Commission, organisés par l'Organisation internationale du Travail (OIT), l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ont permis l'élaboration de ce rapport. Le produit principal de ce travail est le rapport du Groupe d'experts⁹, qui résume les éléments probants, notamment ceux issus de 17 documents d'orientation et de 149 réponses à l'appel à contributions, ainsi que les options politiques proposées. Le Chapitre 2 plaide pour des investissements dans le personnel de santé. Le Chapitre 3 décrit les changements nécessaires pour l'emploi, l'éducation et les services de santé dans l'optique d'optimiser les futurs retours sur investissement, et en explique les raisons. Le Chapitre 4 se concentre sur les moyens de concrétiser ces changements. Le dernier chapitre définit les actions pour débiter la mise en œuvre des recommandations de la Commission.

LE PERSONNEL DE SANTÉ : UN INVESTISSEMENT PERTINENT

Le secteur de la santé est un secteur économique clé, créateur d'emplois et moteur d'une croissance économique inclusive. Un nombre croissant de faits et d'études suggère que des investissements adaptés dans le système de santé et son personnel peuvent générer des retours économiques élevés.

Les investissements qui augmentent la productivité globale du secteur et produisent de meilleurs résultats sanitaires sont essentiels à la construction de systèmes de santé solides et d'économies plus fortes. Ce chapitre s'articule autour de trois aspects. Premièrement, une population en bonne santé contribue à la croissance économique. Deuxièmement, il existe des approches complémentaires importantes permettant aux investissements dans le système de santé de produire des effets secondaires qui améliorent la croissance économique inclusive, y compris la création d'emploi. Troisièmement, de nouveaux éléments probants confirment que les dépenses de santé n'ont rien d'un fardeau inerte dépourvu d'intérêt pour l'économie mais qu'elles peuvent être associées à des gains de productivité dans d'autres secteurs.



Une population en bonne santé : une étape fondamentale vers la croissance économique et le développement

La croissance économique et le développement dépendent d'une population en bonne santé. La Commission du Lancet sur l'investissement dans la santé, dirigée par Lawrence Summers, ancien secrétaire d'État au Trésor des États-Unis et économiste en chef à la Banque mondiale, a indiqué que près d'un quart de la croissance économique enregistrée entre 2000 et 2011 dans les pays à revenu faible et intermédiaire provenait de la valeur créée par les années de vie gagnées grâce à l'amélioration de la santé. Le retour sur investissement dans ce secteur est estimé à 9 pour 1¹⁰.

Une mauvaise santé dans les premiers âges de la vie peut ralentir le développement cognitif et dégrader les résultats éducatifs. Les enfants souffrant de malnutrition et d'un retard de croissance ont tendance à enregistrer de moins bons résultats aux tests cognitifs, et présentent une motricité et un développement psychomoteur moindres. Les enfants et les adolescents en mauvaise santé présentent des résultats éducatifs inférieurs car ils sont plus souvent absents de l'école et sont plus soumis au décrochage scolaire. Des études estiment que la carence en fer chez les nourrissons a réduit de 2 % le PIB du Honduras et de 7,9 % celui du Bangladesh¹¹. Une perte de 1 % de la taille adulte due au retard de croissance d'un enfant est associée à une perte de productivité économique de 1,4 %¹² et les adultes ayant souffert d'un retard de croissance dans leur enfance gagnent 20 % de moins que les autres¹³.

Les adultes en mauvaise santé sont plus susceptibles d'être au chômage et sont moins productifs quand ils travaillent. Par exemple, au Royaume-Uni, les personnes malades ou

présentant un handicap sont deux fois plus susceptibles d'être sans emploi, souvent en raison d'une stigmatisation ou de l'absence de conditions de travail adaptées¹⁴. En outre, nombre d'employés sont moins productifs au travail qu'ils pourraient l'être (présentéisme) en raison d'une mauvaise santé. Le coût du présentéisme au travail est évalué aux États-Unis à 150 milliards de dollars US chaque année¹⁵. Dans le monde, la dépression et l'anxiété génèrent 15 milliards de journées de travail perdues chaque année, pour un coût annuel estimé à 1 150 milliards de dollars US¹⁶. Les individus en mauvaise santé gagnent un salaire moindre quel que soit leur âge, et l'écart de salaire se creuse au fur et à mesure des années. Dans 21 pays européens, l'écart de salaire horaire atteint près de 10 dollars US (à parité de pouvoir d'achat) pour les travailleurs plus âgés de sexe masculin¹⁷.

Une population en bonne santé présente des avantages qui vont au-delà de l'individu. Elle peut favoriser un volume plus élevé d'épargne des ménages et d'investissements étrangers, et peut améliorer la stabilité sociale. Dans les pays qui enregistrent un taux de fertilité élevé, une probabilité réduite de mortalité infantile peut exercer une influence positive sur les décisions des familles en matière de planification familiale. Il en résulte une transition démographique plus rapide accompagnée des avantages économiques qu'elle génère, ce que l'on désigne souvent par l'appellation dividende démographique¹⁸. Une population en meilleure santé peut ainsi avoir des conséquences considérables sur la croissance économique. Une étude a révélé qu'une année supplémentaire d'espérance de vie augmente le PIB constant par habitant d'environ 4 %¹⁹.

La contribution des systèmes et du personnel de santé à la croissance économique

Outre le rôle fondamental qu'ils jouent pour l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, des investissements ciblés dans les systèmes de santé, notamment dans le personnel, peuvent encourager la croissance économique par d'autres biais. Une étude produite pour la Commission a analysé six approches favorisant la croissance économique (Graphique 1) : santé, produit économique, protection sociale, cohésion sociale, innovation et diversification et sécurité sanitaire²⁰.

L'approche du produit économique confirme que le secteur de la santé crée de la valeur économique directe par son effet multiplicateur sur l'ensemble de l'économie : construction d'infrastructures et d'établissements, achat d'équipements, de fournitures (notamment pharmaceutiques) et de technologies, et renforcement des compétences grâce à l'éducation et à la formation. Cela se traduit par des produits issus directement du secteur manufacturier et des services et par la création d'emplois²⁰. Les estimations dans les économies développées suggèrent que chaque dollar dépensé dans le secteur de la santé génère une contribution supplémentaire de 0,77 dollar US à la croissance économique grâce aux effets indirects et induits²¹. La définition du secteur de la santé comme « l'économie de la santé » joue un rôle toujours plus important dans une croissance économique inclusive, et par conséquent dans le développement durable (Encadré 1).

L'approche de la protection sociale détaille en quoi l'investissement dans la création d'emplois décents dans le secteur de la santé participe à améliorer les systèmes de protection sociale^{24,21}. Cet aspect englobe par exemple la couverture maladie, l'assurance invalidité, les allocations chômage et retraite, la protection financière contre la perte de revenu, le tiers-payant et la prise en charge des dépenses de santé d'urgence, que

Graphique 1.

Approches de croissance économique



Remarque : à des fins de simplification, les boucles de retour d'information n'ont pas été incluses ; les approches ne sont ni linéaires ni unidirectionnelles.
Source : Lauer *et al.*²⁰

Encadré 1.

L'économie de la santé

Quelle est l'ampleur économique du secteur de la santé dans le monde ? La réponse à cette question constitue un point de départ important pour comprendre l'ampleur de l'économie de la santé. Calculé à partir des estimations de l'OCDE²² portant sur la part des dépenses de santé dans le PIB, ainsi que des estimations de la Banque mondiale relatives au produit économique²³, le volume cumulé du secteur de la santé dans le monde est considérable. Ainsi, avec plus de 5 800 milliards de dollars US par an, le secteur de la santé cumulé des 34 États membres de l'OCDE est plus grand, en termes de produit économique, que celui de n'importe quel autre pays dans le monde, à l'exception des États-Unis et de la Chine. Néanmoins, ces chiffres spécifiques par pays tiennent compte uniquement des biens et des services facturés dans le secteur de la santé et par conséquent n'incluent pas les biens et services liés aux secteurs de la nutrition, du sport et du fitness, les produits pharmaceutiques, les équipements et appareils médicaux destinés à l'exportation, les recettes de médicaments en vente libre, les dépenses pour les services de soins à domicile, et la demande induite dans les autres secteurs. Tous ces aspects représentent une part importante de l'économie de la santé au sens large. On estime par exemple qu'en Allemagne, l'économie élargie de la santé contribue à près de 11 % de la valeur ajoutée brute (une estimation comparable aux chiffres ci-dessus) et à 8 % supplémentaires en termes d'effets indirects et induits²¹.

cela se fasse par le biais des assurances sociales ou des systèmes financés publiquement. Concrètement, la protection sociale passe par des principes (d'équité) et des règles (la législation) qui garantissent l'accès aux services de santé, entre autres avantages. Ces bénéfices réduisent les facteurs clés d'appauvrissement et de vulnérabilité économique et favorisent la consommation et l'épargne. En conséquence, ils promeuvent à la fois la croissance économique et sa pérennité²⁵⁻²⁸.

L'approche de la cohésion sociale intègre l'idée que la réduction des inégalités dans la société contribue à une plus grande stabilité politique, condition essentielle à la croissance économique^{29,30}. La couverture sanitaire universelle constitue un élément vital pour garantir une plus grande équité au sein de la société, ainsi que des emplois décents pour les femmes, les jeunes et les populations les plus pauvres.

L'approche de l'innovation et de la diversification illustre comment plusieurs pays ont investi dans l'économie de la santé spécifiquement en vue de faire progresser la croissance économique. Le secteur de la santé stimule l'innovation technologique dans de nombreux domaines, notamment la génétique, la biochimie, l'ingénierie, et les technologies de l'information. L'exportation de produits pharmaceutiques, d'équipements et de services médicaux est également un facteur de croissance économique important dans de nombreux pays³¹.

Enfin, l'approche de sécurité sanitaire montre que les investissements dans le personnel de santé peuvent permettre de créer des systèmes de santé résilients, qui sont essentiels à la protection de l'économie d'un pays contre les menaces épidémiques et les instabilités dues aux conflits²⁰. L'augmentation du nombre de professionnels de santé et l'amélioration de leurs qualifications soutiennent les économies émergentes en les protégeant des chocs sociaux ou sanitaires, qui entraînent une interruption des échanges, du commerce et de la production alimentaire ainsi que des déplacements de population³²⁻³⁶. Le coût de l'inaction peut être compris en référence à chaque approche du Graphique 1 (Encadré 2).

Encadré 2.

Le coût de l'inaction

L'incapacité à investir dans l'offre mondiale de professionnels de santé qualifiés et à la réformer pour répondre aux besoins actuels et futurs entraînera une persistance des inefficacités en matière de soins médicaux, à l'instar du coût annuel évitable de 500 milliards de dollars US engendré par l'utilisation non responsable des médicaments³⁷. Les inégalités en matière de santé et d'accès aux soins demeureront également, affaiblissant la croissance économique. En outre, de larges pans de population seront privés des avantages de la protection sociale qui découlent de l'emploi, et réduisent l'appauvrissement et la vulnérabilité économique. Les inégalités vont croître, et la cohésion sociale sera touchée de manière négative, voire catastrophique. Par exemple, on estime que les paiements directs de santé entraînent 150 millions de personnes dans la pauvreté chaque année³⁸. En outre, les inégalités ont un effet négatif direct sur la croissance, et une réduction minimale des inégalités de revenus entraîne une augmentation de la croissance à long terme d'environ 0,1 % du PIB par an²⁷. Enfin, la sécurité sanitaire en pâtira. Par exemple, l'impact budgétaire global de l'épidémie d'Ebola est élevé et entraîne une baisse des revenus, l'augmentation des dépenses relatives à la maladie en particulier et à la santé en général, et l'exacerbation des déficits budgétaires. Ceux-ci sont estimés pour 2015 à 9,4 % du PIB en Guinée, 8,5 % au Libéria et 4,8 % au Sierra Leone.³⁹ Dans cette dystopie évitable, les coûts cumulés engendrés pour les sociétés, qu'ils soient économiques ou autres, seront considérables.

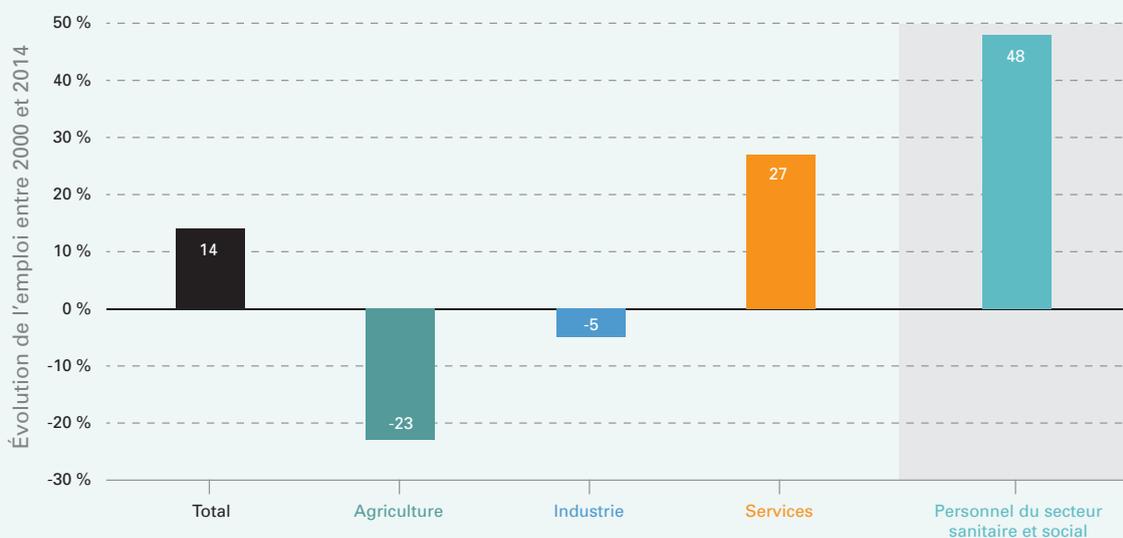
Le secteur de la santé : un secteur économique clé et une source majeure d'emplois décents

L'économie de la santé est une source majeure et croissante d'emploi. Dans le contexte de la crise économique de 2008 et du ralentissement économique mondial qui s'en est suivi, la rapide croissance de l'emploi dans le secteur sanitaire et social contraste fortement avec les tendances enregistrées dans les autres secteurs. Au sein des pays de l'OCDE, l'emploi dans le secteur sanitaire et social a augmenté en moyenne de 48 % entre 2000 et 2014 (Graphique 2). Sur la même période, la plupart des pays ont enregistré une baisse du nombre d'emplois dans l'agriculture et l'industrie.

En règle générale, l'emploi dans le secteur sanitaire et social est très développé et continue de croître. Les professionnels de ces secteurs représentaient environ 11 % de l'emploi total des pays de l'OCDE en 2014, contre environ 9 % en 2000⁴⁰. Statistics Norway estime que jusqu'à 38 % de la population active de Norvège pourrait travailler dans le secteur de la santé d'ici à 2060⁴¹. La Chine, en dépit d'un personnel de santé actuel chiffré à près de 10 millions de personnes, présente une pénurie et une croissance lente par rapport aux valeurs mondiales et à son groupe de revenu⁴². Un rapport de 2016 suggère que les soins médicaux généreront 7,5 millions d'opportunités directes d'emplois en Inde d'ici à 2022⁴³. Le personnel médical traditionnel et complémentaire pourrait constituer une part considérable du personnel de santé dans de nombreux pays. En Inde, par exemple, on recense plus de 736 000 praticiens Ayurveda, yoga, Unani, Siddha et homéopathie (AYUSH)⁴⁴. Les estimations disponibles suggèrent que, dans le monde, chaque employé formé à une profession de santé est accompagné d'un à deux autres employés (dans l'administration, l'assurance, la finance, les services de nettoyage et de restauration, les technologies de l'information et le transport, entre autres)⁴⁵.

Graphique 2.

Croissance de l'emploi par secteur entre 2000 et 2014 (ou dernière année disponible), moyenne OCDE



Source : James.⁴⁰

L'estimation des effectifs mondiaux de la santé varie selon les professions ou les agents comptabilisés (Encadré 3). Dans les pays de l'OCDE, on recensait 58,5 millions de personnes travaillant dans le secteur sanitaire et social en 2013⁴⁰. 43,5 millions étaient directement chargés de services de santé en 2013⁴⁶, et on estimait à plus de 200 millions de personnes dans le monde les personnels contribuant au secteur sanitaire et social (y compris les agents prodiguant des soins à la personne non rémunérés, les prestataires du secteur privé, le personnel d'entretien et de restauration)⁴⁷. Dans le présent rapport, les termes « emplois en santé » et « emplois dans le secteur de la santé » englobent les secteurs public, privé à but lucratif et privé caritatif.

La demande en personnel de santé devrait augmenter dans les prochaines années, avec environ 40 millions de nouveaux postes créés d'ici à 2030, notamment dans les pays à revenu élevé et intermédiaire⁴⁸. Cette évolution est le reflet de plusieurs facteurs. La population mondiale va continuer d'augmenter, alimentant le besoin en services de santé à destination des femmes et des enfants, avec une population africaine qui devrait doubler au cours des vingt prochaines années. Avec le temps, la hausse des revenus, des dépenses de santé et les nouvelles technologies vont accroître les attentes en matière de qualité et de périmètre des soins, entraînant un impact sur les exigences en recrutement du secteur. Les profils épidémiologiques sont susceptibles d'évoluer avec la hausse des maladies relatives aux modes de vie et des maladies non transmissibles, ainsi que l'émergence de nouvelles menaces et pathologies associées au climat et aux autres changements environnementaux.

Le vieillissement de la population va également modifier la demande en services sanitaires et sociaux, ce qui a plusieurs conséquences. Répondre à cette plus forte demande pour des services de soins à long terme, qui nécessitent une intervention humaine importante, va nécessiter l'optimisation des champs de compétences et

Encadré 3.

Définir l'emploi en santé

La classification des professions et des secteurs d'activité professionnelle est régie par des normes internationales. La Classification internationale type des professions (CITP) et la Classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité économique (CITI) permettent de mesurer l'emploi selon une approche par profession ou par secteur. Les enquêtes sur la population active limitent la définition de l'emploi aux personnes exerçant un travail contre « rémunération ou bénéfice ». Pour comprendre la portée du terme « emploi en santé », il convient de comptabiliser non seulement les personnes dotées de compétences spécifiques dans le domaine de la santé, mais également celles qui relèvent d'un groupe plus vaste de professionnels travaillant dans le secteur sanitaire et social ainsi que dans les industries qui soutiennent celui-ci.

L'OIT définit le personnel de santé de manière élargie et intègre les professionnels qui travaillent au sein et en dehors du secteur sanitaire et social, qu'ils soient rémunérés ou non. La définition et les données de l'OCDE englobent toutes les personnes qui occupent des métiers de santé spécifiques au sein du secteur sanitaire et social. Cette définition est plus restrictive que celle de l'OIT car elle exclut les travailleurs non rémunérés. L'OMS définit le personnel de santé comme l'ensemble des personnes dont l'activité a pour objet essentiel d'améliorer la santé.

de pratiques des types existants de personnels de santé, ainsi que l'étude de nouveaux types de personnels de santé, en vue de promouvoir un vieillissement en bonne santé et de gérer le nombre croissant de personnes atteintes de maladies chroniques. Ces deux dimensions sont susceptibles d'accroître les opportunités d'emploi.

Les postes dans le secteur sanitaire et social ont tendance à être plus inclusifs pour les femmes, et les transitions démographiques et épidémiologiques sont susceptibles d'augmenter encore la demande en faveur de leur contribution aux soins médicaux et sociaux. En travaillant dans l'économie de la santé, les femmes stimulent la création de richesse. Sur un échantillon de 123 pays, elles représentent 67 % des emplois du secteur sanitaire et social, contre 41 % de l'emploi total⁴⁹. Néanmoins, l'emploi des femmes, notamment les postes relatifs à la santé, n'est souvent pas mesuré et pas évalué comme il se doit.

Un investissement supplémentaire de 2 % du PIB dans l'éducation et les services sanitaires et sociaux pourrait mener à une augmentation du taux d'emploi total comprise entre 2,4 et 6,1 points de pourcentage⁵⁰. On estime que les femmes occuperont entre 59 % et 70 % des postes créés par ces investissements, ce qui augmenterait leur taux d'emploi d'une valeur comprise entre 3,3 et 8,2 points de pourcentage⁵⁰. Des investissements similaires dans d'autres secteurs, à l'instar de la construction, créeraient deux fois moins d'emplois et creuseraient probablement les inégalités entre les sexes plus qu'ils ne les réduiraient.

Les jeunes eux aussi peuvent bénéficier de la création de postes décents dans le secteur de la santé. L'Afrique subsaharienne enregistre la part la plus élevée de jeunes dans le monde : en 2012, plus de 70 % de sa population avait moins de 30 ans⁵¹. Le taux mondial de chômage des jeunes s'élevait à 13 % entre 2012 et 2014 ; deux jeunes actifs sur cinq sont sous-exploités ou travaillent mais vivent dans la pauvreté⁵². De fait, dans de nombreux pays, la pauvreté chez les jeunes augmente par rapport à celle des autres classes d'âge. La vulnérabilité et la marginalisation croissantes des jeunes n'affaiblissent pas seulement leur potentiel, mais peuvent également alimenter l'instabilité sociale. Améliorer l'accès des jeunes à des emplois décents et à la protection sociale est essentiel à la cohésion sociale.

Outre fournir des postes aux femmes et aux jeunes, les investissements dans le secteur de la santé présentent au moins deux autres avantages significatifs en matière d'emploi. Premièrement, les services sanitaires et sociaux sont des sources importantes de postes dans les régions rurales et reculées, contrairement à de nombreux autres secteurs où les opportunités d'emploi se concentrent dans les grandes villes et les centres commerciaux. Deuxièmement, les investissements dans le renforcement des systèmes de santé créent des emplois dans de nombreux autres secteurs et services publics. Par exemple, le secteur de la santé compte parmi les secteurs les plus tributaires de l'eau. Améliorer l'infrastructure d'approvisionnement en eau et d'assainissement dans les hôpitaux, les centres de soins et les établissements éducatifs, et satisfaire au droit fondamental à l'accès à l'eau et à l'assainissement sont des conditions préalables à la création d'emplois décents et à la garantie de la santé, de la sécurité et du bien-être au travail des professionnels de santé. Par défaut, les investissements dans les infrastructures et le fonctionnement des services liés à l'eau peuvent créer des emplois, directement ou indirectement, et ainsi offrir des retours supplémentaires pour la croissance économique⁵³. On peut citer comme autres exemples de secteurs le transport, l'électricité, la construction et les technologies de l'information et de la communication.

Optimisation du rendement économique des investissements dans le personnel de santé

Le rendement social des investissements dans les services sanitaires et sociaux est particulièrement significatif dans les contextes de sous-emploi. Le monde fait aujourd'hui face à une crise double : un taux de chômage élevé chez les jeunes et une pénurie globale de personnels de santé. La plupart des pays, y compris certains pays à revenu élevé, ne produisent pas à l'heure actuelle le nombre de professionnels de santé dont ils ont besoin. Avec une forte demande et une offre insuffisante, la migration des personnels de santé augmente. On observe des inadéquations et des inégalités dans la répartition des compétences : les populations des régions rurales et reculées sont en général insuffisamment desservies. Dans de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire, une part significative des services de santé est assurée par des professionnels de santé non qualifiés. En Inde, par exemple, la moitié des patients sont traités par des prestataires dépourvus des compétences cliniques adéquates⁵⁴.

Les investissements dans le secteur de la santé peuvent être productifs. Des travailleurs en meilleure santé seront plus efficaces, une amélioration de la santé présente donc des avantages pour l'économie du côté de l'offre. En l'absence de plein emploi, les dépenses publiques présentent un avantage du côté de la demande, avec un effet multiplicateur sur l'économie. Les avantages sociaux globaux issus d'une hausse des investissements dans le personnel de santé seront donc selon toute vraisemblance significatifs, bien plus que dans de nombreux autres domaines des dépenses publiques, car le retour social sur investissement dans le secteur de la santé est supérieur au retour sur investissement dans le secteur privé.

La forte intensité de main-d'œuvre que nécessite le secteur de la santé implique toutefois que la productivité peut rester à la traîne, car le travail ne peut être facilement remplacé par des apports en capitaux, c'est ce qu'on appelle l'effet Baumol, ou maladie des coûts (Encadré 4). En 2008 et 2011, des études sur un groupe de pays de l'OCDE ont fourni des éléments probants appuyant cet argument^{55,56}. Néanmoins, la force de cet effet varie selon les pays, et quelques éléments suggèrent qu'il pourrait être moins prononcé dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Ainsi, un rapport de la Banque mondiale de 2016⁵⁷ a identifié des éléments qui attestent que (1) les dépenses de santé ne sont pas fonction des hausses de salaire supérieures à la croissance de la productivité, une découverte qui va à l'encontre de l'hypothèse de Baumol et de la pensée traditionnelle, et (2) les gains de productivité dans les secteurs comme la fabrication, dérivés de l'augmentation de l'emploi dans le secteur de la santé, peuvent être significatifs (c'est-à-dire que le développement du secteur de la santé a un effet plus important sur le secteur manufacturier que le développement des services financiers)⁵⁸. Ces conclusions suggèrent la valeur élevée que peuvent revêtir les investissements dans le personnel de santé. En outre, l'investissement dans la recherche en matière de santé a un impact majeur car il améliore la productivité du secteur et celle de l'économie dans son ensemble.

Encadré 4.

La théorie de William Baumol sur la maladie des coûts

La croissance économique est essentiellement déterminée par l'accroissement de la quantité et de la qualité de la main-d'œuvre, du capital national et de la technologie. Ainsi, certaines industries (celles des secteurs dits progressifs) parviendront à accroître leur productivité et trouveront les ressources nécessaires pour augmenter la rémunération de leurs salariés. S'agissant des secteurs de l'économie où les gains de productivité sont difficiles à réaliser (par exemple dans les secteurs à forte intensité de main-d'œuvre qui nécessitent une intervention humaine importante, comme les soins de santé, ou parce que ces secteurs n'exploitent pas au mieux les ressources humaines ou les technologies), les salaires augmenteront non pas sous l'effet des gains de productivité mais afin de s'assurer que les travailleurs ne quittent pas des secteurs moins productifs pour des industries où la productivité et les salaires sont supérieurs. Pour l'économiste William Baumol, le coût des soins augmente en raison de cette incapacité à améliorer la productivité au même rythme que les autres segments de l'économie.

Néanmoins, la hausse des dépenses de santé, y compris pour le personnel, ne constitue un investissement productif que si elle mène efficacement à des progrès sociaux. À l'heure actuelle, les éléments probants restent insuffisants pour déterminer comment améliorer au mieux cette productivité. Ainsi, alors qu'une part plus élevée d'infirmiers dans le personnel de santé est associée à de meilleurs résultats dans ce secteur⁵⁹, les études manquent sur la relation entre l'éventail des qualifications, les champs de pratique et les résultats économiques qui en découlent.

Sur la base d'une analyse exhaustive des éléments probants disponibles, la Commission conclut que, dans la mesure où les ressources sont dépensées raisonnablement et que les politiques et vecteurs adaptés sont mis en place, les investissements dans l'éducation et la création d'emploi dans le secteur sanitaire et social contribueront de manière très positive à la croissance économique inclusive.

TRANSFORMATION DU PERSONNEL DE SANTÉ

La Commission appelle à une main d'œuvre en santé élargie, transformée et pérenne en vue d'améliorer les résultats sanitaires, le bien-être, l'égalité et la cohésion sociale, et de favoriser une croissance économique inclusive. Nos dix recommandations pour concrétiser cette vision sont présentées dans ce chapitre et dans le suivant. Elles doivent être appréhendées dans le cadre des efforts destinés à renforcer les systèmes de protection sociale et sanitaire ainsi que des initiatives élargies pour mettre en œuvre le Programme 2030 pour le développement durable et atteindre les objectifs établis dans les ODD. Toutes les recommandations nécessitent le maintien des droits, une régulation forte, une bonne gouvernance, une volonté politique et une coopération intersectorielle et multipartite.

Les données sur le personnel de santé, les analyses du marché du travail et un dialogue social impliquant toutes les parties prenantes sont essentiels pour guider les politiques publiques. Cela doit permettre de générer des réponses efficaces aux défis du XXI^e siècle, en proposant les postes adéquats au bon nombre de professionnels de santé, et dotés des qualifications adaptées⁶⁰. Les politiques publiques doivent tenir compte des changements démographiques de la population et du personnel de santé, des évolutions des maladies et des technologies, des inégalités d'accès aux services de



santé⁶¹ et des transitions socioéconomiques. Les professionnels de santé doivent être au fait des déterminants sociaux de la santé, de la promotion de la santé, de la prévention des maladies, des soins primaires et des services communautaires à dimension humaine.

Ce chapitre présente le programme de transformation de la Commission. Il a été pensé spécifiquement pour optimiser les résultats sanitaires, servir les personnes insuffisamment desservies en ne laissant personne pour compte, tout en améliorant les conditions de travail, en augmentant leur efficacité et en renforçant les conditions propices à une croissance économique inclusive.

Stimuler la demande du nombre adapté d'emplois décents

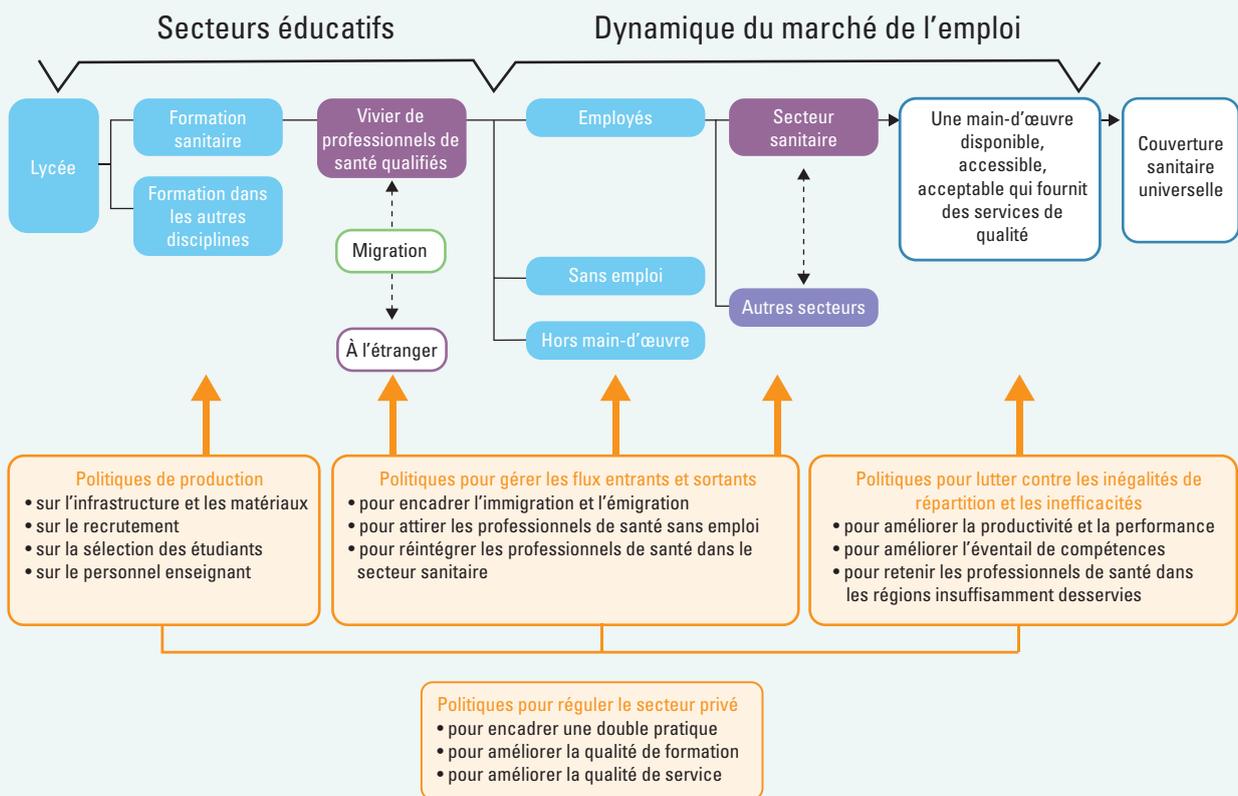
Une action publique cohérente est requise de toute urgence en vue de développer des politiques de marché du travail propices à stimuler la demande en personnel de santé de pérenne⁶². Dans de nombreux pays, le secteur de la santé est largement administré par la puissance publique. Même dans les cas où il ne l'est pas, le gouvernement joue un rôle essentiel. Des anomalies existent dans le secteur : discrimination sexuelle, dans les cas où le salaire est faible par rapport aux compétences, délaissement des populations pauvres, rurales et isolées, insuffisance de prestation de biens publics

(notamment en matière d'interventions à caractère promotionnel et préventif), monopole et prix élevés des médicaments innovants, et dysfonctionnement des marchés des assurances-maladie. Compte tenu de l'asymétrie informationnelle, les dépenses sont, dans une large mesure, portées par les professionnels de santé, et non par les individus eux-mêmes. Les gouvernements peuvent instaurer des politiques permettant de remédier aux anomalies qui conduisent à des défaillances significatives dans le domaine public et sur le marché de l'emploi en santé (Graphique 3).

Quand la demande pour des postes en santé est insuffisante — notamment dans les pays à revenu faible et intermédiaire et dans les contextes humanitaires —, des investissements domestiques et internationaux sur le marché de l'emploi en santé sont essentiels pour mettre à jour les postes existants, garantir des conditions d'emploi décentes, et stimuler la création de nouveaux emplois. Des stratégies ciblées, cohérentes avec le rapport du Secrétaire général des Nations unies sur le développement des ressources humaines⁶⁴, sont nécessaires pour encourager un plus grand nombre de jeunes originaires des communautés insuffisamment desservies à s'engager dans des carrières dans le secteur de la santé. Cela comprend des transferts

Graphique 3.

Leviers de politiques publiques pour façonner les marchés de l'emploi en santé



Source : Sousa *et al.*⁶³

ciblés, mais aussi des actions de promotion du secteur comme une source d'emplois bien rémunérés aux conditions de travail décentes.

De mauvaises conditions de travail et les risques professionnels (Encadré 5) nuisent à la qualité des services fournis et constituent un facteur répulsif majeur pour les professionnels de santé. Des conditions de travail décentes, la sécurité de l'emploi et la santé et la sécurité au travail doivent faire l'objet d'une attention appropriée. Cela requiert l'établissement et la mise en œuvre de normes réglementaires en matière d'environnements de travail sécurisés, des heures de travail, et de niveaux minimum de recrutement pour les prestataires de services publics et privés, ainsi que des niveaux de rémunération attractifs et décents. Le retour sur investissement d'une offre adaptée en matière de travail décent peut être considérable : des coûts réduits associés à une rotation des effectifs et de meilleurs résultats sanitaires.

Pour que les investissements du secteur de la santé activent des avantages intergénérationnels et des approches économiques de croissance inclusive, la mise en œuvre d'un éventail de politiques adaptées, de cadres réglementaires et de différents facteurs d'incitation est nécessaire. Ce programme d'interventions du marché de l'emploi doit être cohérent en matière d'éducation, de santé, de travail, de relations internationales, d'immigration et d'échanges en vue de créer les conditions pour des emplois en santé décents.

L'engagement à long terme peut également aider à prioriser les investissements dans le secteur de la santé et la création d'emploi dans les politiques et budgets gouvernementaux, conformément aux lois applicables. L'action politique mise en place à échelle suffisante doit résoudre les lacunes spécifiques dans le domaine public, à l'instar des barrières d'entrée artificielles et l'absence de régulation dans le secteur privé. Une autre priorité consiste à consolider la capacité de développer, de réguler ou de préserver, selon le contexte, le personnel de santé au sein des secteurs public et privé.

La santé et le bien-être dépendent fortement du travail informel ou non rémunéré,

Encadré 5.

Conditions de travail décentes : aspects clés

Pour promouvoir des conditions de travail décentes pour toutes les femmes et tous les hommes qui travaillent dans le secteur de la santé, plusieurs questions méritent une attention particulière⁶⁵, notamment l'insuffisance des rémunérations et des avantages, l'absence de protection sociale et l'insécurité des conditions de travail. Des salaires inadaptés peuvent contraindre les employés à occuper plusieurs postes, ce qui peut nuire à la fois aux services de santé et au bien-être des employés. Les opportunités de planification et d'évolution de carrière revêtent une importance particulière, sans oublier la lutte contre les inégalités entre les sexes. Garantir une qualité de vie décente requiert de se concentrer sur certaines questions, telles que l'hébergement, le transport, la disponibilité des équipements et traitements nécessaires, et le risque d'isolement personnel et professionnel, ou d'épuisement. Les primes à la ruralité ou autres peuvent être des facteurs de stimulation importants. Une caractéristique vitale d'un travail décent est le respect des droits des travailleurs, notamment leur capacité à influencer les conditions de travail par le biais du dialogue avec les organisations des professionnels de santé, et la prévention de toute forme de discrimination.

un fardeau qui incombe de manière disproportionnée aux femmes et aux filles. Par exemple, en Espagne, 88 % de l'emploi en santé est non rémunéré⁶⁶. Les investissements et l'action politique destinés à guider et stimuler la création d'emploi, quand ils sont nécessaires, doivent intégrer des stratégies pour convertir le travail informel et non rémunéré en emplois décents et empêcher la mutation de postes décents en emplois informels. Cette démarche représente des opportunités pour optimiser les contributions économiques des femmes et résoudre le taux de chômage disproportionné des jeunes.

Reconnaître et respecter les droits de tous les professionnels de santé est une priorité absolue. Les principes et les droits fondamentaux au travail de l'OIT incluent : liberté d'association et reconnaissance effective du droit à la négociation collective ; élimination de toutes les formes de travail forcé ou obligatoire ; élimination effective du travail des enfants, ainsi qu'élimination de la discrimination en matière d'emploi⁶⁷. D'autres normes de l'OIT sont particulièrement pertinentes pour les professionnels de santé, notamment celles portant sur les professionnels de santé migrants, les infirmiers, la sécurité des conditions de travail et la protection sociale. Ces droits ne sont pas seulement précieux, ils sont aussi indispensables pour garantir que les équipements, produits et services de santé sont universellement disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité. La Commission insiste par conséquent sur le rôle central joué par le dialogue social pour concrétiser la vision d'un travail décent pour tous les professionnels de l'économie de la santé.



Recommandation : Stimuler les investissements dans la création d'emplois décents en santé, notamment pour les femmes et les jeunes, avec les bonnes compétences, en nombre suffisant et aux endroits opportuns.

Égalité des sexes et droits associés

La proportion de femmes parmi l'ensemble du personnel de santé est en moyenne plus élevée que dans les autres secteurs. Les femmes représentent les principaux prestataires de soins, y compris dans les crises humanitaires et les contextes de conflits. Par conséquent, les opportunités socioéconomiques qui peuvent être saisies par des investissements dans les ressources humaines en santé dépendent de la volonté de faire de l'autonomisation des femmes et de l'égalité des sexes une priorité. Si les pays s'alignaient sur les progrès historiques réalisés en faveur de l'égalité des sexes dans tous les secteurs d'emploi par les pays les mieux placés dans ce domaine dans leur région, 1 200 milliards de dollars US pourraient être ajoutés au PIB mondial d'ici à 2025, soit une augmentation de 11 % du PIB par rapport aux trajectoires actuelles⁶⁸.

Les préjugés sexistes dans le secteur de la santé sont monnaie courante, et se caractérisent par des inégalités de salaires : à qualifications égales, les femmes gagnent moins que les hommes. Par rapport à leur part dans les emplois du secteur de la santé, les femmes sont sous-représentées aux postes de dirigeants et décisionnaires. En outre, les violences physiques et sexuelles, le harcèlement et les attaques de plus en plus ciblées posent des risques importants pour les professionnels de santé, auxquels les femmes restent particulièrement vulnérables.

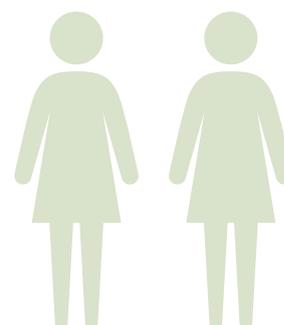
Les préjugés sexistes affaiblissent ainsi la croissance économique, le plein emploi, le travail décent et l'objectif d'égalité des sexes. Ils génèrent également des inefficacités des systèmes de santé en limitant la productivité, la distribution, la motivation et la rétention du personnel féminin, qui représentent la majorité de la main d'œuvre dans le secteur de la santé.

La Commission encourage le Groupe de haut niveau sur l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes du Secrétariat général de l'ONU à tenir compte spécifiquement du secteur sanitaire et social dans son travail et son suivi. La Commission reconnaît que l'emploi des femmes dans le secteur sanitaire et social pourrait contribuer plus largement au Programme 2030 :

- en abordant les préjugés sexistes persistants ;
- en garantissant un salaire égal à travail égal, en reconnaissant ;
- en estimant le travail non rémunéré des femmes, en garantissant des conditions de travail décentes ;
- en augmentant le nombre de femmes à des postes de direction.

Les politiques en matière d'éducation, de travail, de rémunération, de protection sociale et de droit du travail, notamment, doivent permettre de rectifier les inégalités entre les sexes persistantes dans les secteurs sanitaire et social.

Recommandation : *Optimiser la participation économique des femmes et encourager leur autonomisation par une institutionnalisation de leur leadership, la lutte contre les préjugés sexistes et les inégalités entre les sexes dans l'éducation et sur le marché du travail de la santé, et par la résolution des questions de genre dans les processus de réforme sanitaire.*



Remédier à la pénurie de l'offre : éducation, formation et qualifications

Former 58 millions de professionnels de santé pour les systèmes de santé du XXI^e siècle est un objectif ambitieux. Le moment est venu pour les systèmes de formation tout au long de la vie de moins se concentrer sur les spécialisations étroites et de privilégier les compétences pertinentes localement, afin de répondre aux besoins sanitaires et sociaux. Des réformes structurelles, portant sur la pertinence de la main d'œuvre, sont nécessaires de toute urgence afin d'accroître la capacité du personnel de santé à fournir des services à dimension humaine. Tous les pays doivent prioriser les investissements publics dans l'éducation afin d'améliorer le vivier de professionnels de santé qualifiés, ainsi que leur performance et leur productivité. Cet objectif peut être atteint en élargissant l'éducation professionnelle, technique et spécialisée, valorisante socialement. L'éducation valorisante socialement implique d'acquérir des connaissances sur le travail d'équipe interdisciplinaire, les pratiques éthiques, le respect des droits, une communication sensible aux questions culturelles et de genre et l'autonomisation des patients.

En outre, l'éducation et la formation doivent se concentrer sur la pratique et être personnalisées aux besoins du système de santé. Les pays qui disposent déjà d'un système de soins primaires solide ont tendance à recenser un plus grand nombre d'infirmiers par médecin, et à créer des postes et des capacités supplémentaires dans le système de santé. Les priorités pour la formation spécialisée incluent les maladies liées au mode de vie, la gériatrie et la santé mentale. Les données probantes indiquent que l'optimisation du champ de compétences disponibles au moyen de la réorganisation des périmètres de pratiques (souvent désignée sous le nom de « transfert des tâches », « partage des tâches », « délégation » ou « substitution ») peut permettre d'améliorer l'accès aux services et de réduire le temps d'attente, générant ainsi un taux élevé de satisfaction des patients. De 2007 à 2012, au moins un tiers des pays de l'OCDE ont élargi les périmètres de pratique des prestataires non-médecins, y compris des infirmiers qualifiés⁶⁹. En Afrique du Sud, la mise en place des traitements antirétroviraux initiés par le personnel infirmier de 2009 à 2014 a constitué l'un des facteurs contribuant au succès de l'élargissement de l'accès à ces traitements.

Répondre aux inégalités géographiques en matière de densité du personnel de santé constitue une priorité pour la plupart des pays. Favoriser et institutionnaliser une éducation valorisante sur le plan social constitue une stratégie avérée pour encourager un plus grand nombre de jeunes des régions insuffisamment desservies à s'engager dans une carrière dans le secteur de la santé⁷⁰. De la même manière, de plus en plus d'éléments probants confirment les avantages d'un accroissement de l'éducation et de la formation à la santé dans le cadre rural et communautaire. Dans de nombreux pays, cette approche peut permettre de promouvoir des emplois pour les jeunes (Encadré 6). Les retours potentiels sur investissement sont significatifs : dans le cadre d'une stratégie ciblée, un programme communautaire de diplôme de sage-femme au Bangladesh a établi un retour potentiel de 16 pour 1⁷¹.

Les éléments probants confirment l'importance et l'efficacité de prestataires de services communautaires, parmi lesquels figurent les médecins et les infirmiers communautaires, les professionnels de santé associés, et des agents de santé moins qualifiés⁷⁴. Un réseau de soutien de volontaires qui s'engagent, autonomisent et mobilisent la communauté, à l'instar du réseau « Female Community Health Volunteers » au Népal,

peut en outre permettre de renforcer l'efficacité des programmes. Dans certains pays, des prestataires de soins traditionnels et complémentaires jouent un rôle crucial dans la fourniture de services de santé, et leur contribution doit être reconnue et estimée. La Commission accueille favorablement le développement par l'OMS d'une nouvelle directive destinée à optimiser les programmes relatifs au personnel de santé dans les communautés. Celle-ci éclaire les stratégies de diversification des compétences et permet un investissement plus efficace dans l'éducation et la formation.

La production de professionnels de santé présente un déséquilibre. Les trois quarts de la capacité d'éducation actuelle se concentrent dans les pays à revenu élevé et intermédiaire de la tranche supérieure. L'Afrique subsaharienne regroupe 4 % du personnel de santé mondial mais subit 24 % du fardeau mondial des maladies, une situation qui demeure pratiquement inchangée depuis une décennie⁷⁵. De la même manière, les pays à faible revenu d'Asie du Sud-Est prévoient de souffrir d'un déficit de professionnels de santé d'ici à 2030⁴⁶. À l'ère des ODD, avec un engagement à ne laisser personne pour compte, cette situation n'est plus acceptable.

Encadré 6.

Opportunités pour l'engagement, l'éducation et l'emploi des jeunes en santé

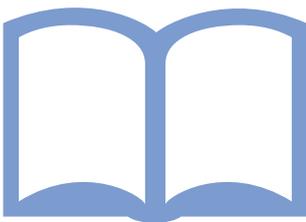
Les transitions démographiques présentent l'opportunité de renforcer l'engagement des jeunes, leur éducation et leur emploi en santé. Les efforts des pays pour promouvoir les différentes professions de la santé auprès des jeunes doivent être renforcés maintenant que la promotion de l'emploi des jeunes figure prioritairement à l'ordre du jour du Secrétariat général des Nations unies et de celui des différentes entités de l'ONU. La Commission invite les pays à s'engager auprès de l'Envoyé spécial à la jeunesse, du nouvel Envoyé spécial à l'emploi des jeunes et de l'Initiative mondiale des Nations unies sur l'emploi décent pour les jeunes. La Commission remarque également qu'investir dans la jeunesse et les compétences pour l'emploi des jeunes figure en bonne place dans l'édition 2016 du Rapport mondial des Nations unies sur la jeunesse⁷², la stratégie de formation du G20⁷³, la plateforme de partage des connaissances sur les compétences au service de l'emploi de l'OIT et la Stratégie pour l'enseignement et la formation techniques et professionnels 2016-2021 de l'UNESCO, entre autres.

Plusieurs pays utilisent depuis longtemps des stratégies ciblées pour inciter les jeunes des régions rurales et insuffisamment desservies à s'engager dans une carrière dans le secteur de la santé. Par exemple, aux Philippines en 1976, l'école de Manille des sciences sanitaires s'est associée aux communautés marginalisées et aux autorités médicales pour développer un programme « d'ascension » socialement valorisant destiné à éduquer les jeunes des communautés à se former au métier de sage-femme, avec un certificat communautaire, au métier d'infirmier avec une licence en soins infirmiers, et au rôle de médecin dans le cadre d'un cursus communautaire permanent. Ce programme innovant a non seulement produit des professionnels de santé plus susceptibles d'exercer dans les régions insuffisamment desservies — et ainsi d'accroître la densité de main d'œuvre dans ces régions —, mais a également ouvert une voie de carrière qui permet la progression au sein de ces métiers et d'un métier à l'autre. Un programme similaire existe en Afrique du Sud ; la Fondation Umthombo pour le développement de la jeunesse.

La capacité, le financement et l'économie des systèmes éducatifs pour répondre à cette demande requièrent une action coordonnée dans les pays où les besoins non satisfaits sont les plus élevés. Une coopération internationale renforcée dans la formation à l'étranger pourrait également permettre d'accroître la main d'œuvre pour la couverture sanitaire universelle. Par exemple, Cuba a formé plus de 33 000 professionnels de santé de 134 pays, dont 26 000 diplômés de l'École de médecine d'Amérique latine ; la coopération bilatérale de Cuba avec 68 pays a permis de soutenir le renforcement de l'éducation, de la formation et du système de santé⁷⁶.

Améliorer l'accès à l'éducation primaire et secondaire élargira également le futur vivier d'étudiants disponibles pour l'éducation et la formation dans le domaine de la santé. Les investissements dans les infrastructures d'éducation ainsi que l'accroissement de la faculté d'enseignement sont essentiels. La régulation⁷⁷ des établissements d'éducation et de formation publics et privés en vue de garantir les normes, la qualité et l'alignement sur les objectifs publics est une condition préalable. Dans certains pays, les coûts de formation des professionnels de santé sont dissuasifs pour certains étudiants potentiels, en particulier ceux provenant des régions mal desservies. Les frais d'éducation et de formation doivent rester abordables. En général, le besoin se fait sentir d'assouplir les barrières d'entrée superflues, par exemple l'établissement d'une limite légale du nombre d'étudiants qui peuvent s'inscrire dans une école de médecine ou passer de la première à la deuxième année (*numerus clausus*). Le développement professionnel continu, les modèles d'apprentissage tout au long de la vie et le développement du leadership au cours de la carrière des professionnels de santé sont également nécessaires.

Les investissements doivent consolider les qualifications des métiers du secteur, notamment des secteurs public et privé et des partenaires sociaux, pour qu'ils s'engagent dans l'analyse de la main d'œuvre, sa planification et son contrôle. Plusieurs pays ont mis en place des établissements dédiés qui incluent des représentants des lycées, de l'éducation et des écoles de formation professionnelle, technique et spécialisée, des universités et des secteurs public et privé, pour soutenir le développement de l'éducation, de la formation et des qualifications. Cette pratique doit être utilisée plus avant pour catalyser l'expansion de l'offre en professionnels de santé⁷⁸.



Recommandation : *Développer une éducation et une formation continue de grande qualité, qui favorise le changement, de sorte que tous les personnels de santé soient dotés de compétences répondant aux besoins sanitaires des populations et soient en mesure de déployer pleinement leur potentiel.*

Réformer l'offre et l'organisation des services de santé

Des réformes radicales sont également nécessaires dans l'offre des services. Partout dans le monde, les transitions démographiques et épidémiologiques soumettent les systèmes de santé à de lourdes contraintes financières. La demande s'accroît pour des services de santé intégrés, à dimension humaine et communautaires, ainsi que pour des soins à long terme personnalisés. Évoluer de systèmes de santé articulés autour des spécialités et traitements cliniques dans les hôpitaux vers des systèmes conçus pour la prévention et les soins primaires peut permettre de relever ces défis et de résoudre les inefficacités. Ce constat s'applique à tous les pays, qu'ils soient ou non en voie vers la couverture sanitaire universelle.

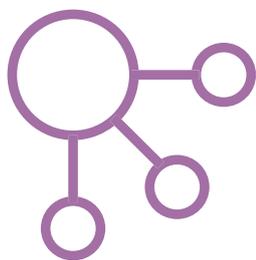
Cette mutation intègre quatre dimensions majeures : (1) prioriser les professionnels de santé dotés de compétences en matière de promotion et de prévention des maladies et les généralistes comme les infirmiers et les sages-femmes et les autres rôles de pratiques avancées, (2) optimiser le périmètre de pratique des professionnels de santé à tous les niveaux afin qu'ils puissent exploiter pleinement leurs compétences (et ne soient ni sous-qualifiés ni surqualifiés) et développer des équipes pluridisciplinaires et complémentaires de professionnels de santé, (3) renforcer les liens entre le secteur sanitaire et le secteur social afin de répondre aux besoins souvent complexes d'une population vieillissante et de personnes atteintes de maladies chroniques et de handicaps, et (4) engager les personnes et les communautés pour qu'elles jouent un plus grand rôle dans la conception des systèmes de santé et participent à leurs propres soins.

Dans de nombreux pays, un pourcentage considérable de prestataires de soins évolue dans le secteur privé. Quand ces prestataires privés proposent des services selon les mêmes normes et standards que ceux qui s'appliquent aux prestataires publics, ils contribuent à la couverture universelle en santé. Dans de nombreux pays de l'OCDE, les médecins et infirmiers de soins ambulatoires sont des travailleurs indépendants qui proposent des services dans le cadre des systèmes de soins universels et sont rémunérés par des fonds publics. Dans d'autres pays, des modèles d'économie sociale font leur apparition dans le secteur privé, et constituent une solution pour venir en aide aux personnes insuffisamment desservies (Encadré 7). La Commission ne préconise aucune répartition idéale entre les systèmes de santé public et privé. Les pouvoirs publics doivent adopter des politiques qui régissent l'élaboration de normes et de directives couvrant le fonctionnement du secteur dans son ensemble, pas ses composants individuels, à la fois pour l'éducation et la pratique des professionnels de santé.

Une réglementation efficace est indispensable pour garantir le respect des normes de santé, aussi bien par les prestataires du secteur public que ceux du secteur privé. Les politiques publiques et les organes de réglementation doivent veiller à la protection des intérêts du public et à ce que les intérêts professionnels ne dominent pas. Les gouvernements doivent identifier les mécanismes d'incitation financiers, juridiques et professionnels qui encourageront les prestataires de santé publics et privés à satisfaire

- 1 **priorité promotion et prévention**
- 2 **développer les équipes pluridisciplinaires**
- 3 **renforcer les liens entre secteur sanitaire et secteur social**
- 4 **engager les personnes et les communautés**

les objectifs publics, pour que l'équité, l'accès et la qualité constituent des facteurs de réussite essentiels. Il convient d'encourager les entreprises privées à s'impliquer au-delà des services les plus rentables, afin de contribuer à la fourniture d'une couverture universelle en santé. Parallèlement, les gouvernements et les autorités de réglementation devraient mettre en œuvre des modèles d'assurance qualité (prévoyant notamment la réglementation des professionnels de santé tout au long de leur carrière) dans le but d'optimiser la capacité des secteurs public et privé à assurer des services de santé de haute qualité, alignés sur les besoins des populations.



Recommandation : Réformer les modèles de services, actuellement concentrés sur les soins hospitaliers, et privilégier la prévention et la prestation efficace de soins primaires et ambulatoires de qualité, abordables, intégrés, communautaires et à dimension humaine, en accordant une attention particulière aux zones mal desservies.

Encadré 7.

Des modèles d'économie sociale pour la prestation de services de santé

Globalement, la prestation de services de santé dans un pays est assurée par trois acteurs à différents degrés de participation : le gouvernement, le secteur privé à but lucratif et les associations caritatives. Malgré leurs efforts, des milliards de personnes restent exclues de ces services. Par conséquent, je mets en avant une quatrième approche – l'entreprise sociale – car je pense que l'application de ce concept peut conduire à la réorganisation de l'ensemble du secteur de la santé.

Lacunes actuelles

Peu sont ceux qui contesteraient le fait que la manière dont les soins de santé sont actuellement fournis présente de sérieuses lacunes. Dans de nombreux pays, les programmes de santé gouvernementaux passent par des administrations en proie à des dysfonctionnements, à un manque d'innovation et d'initiative, à la corruption et au gaspillage. Compte tenu de ces problèmes, les personnes les plus défavorisées sont celles situées au bas de l'échelle de la société. Le secteur privé à but lucratif est soucieux du segment supérieur du marché, où il réalise ses bénéfices ; il ne privilégie pas la moitié de la population la moins bien lotie, celle-là même qui a le plus besoin de ses services. Et bien que les programmes de bienfaisance viennent effectivement en aide aux pauvres et aux plus pauvres, ils ne sont pas viables à long terme. Par conséquent, ils ne peuvent aider qu'un nombre restreint de personnes, et ce, pour une durée limitée seulement.

Qu'est-ce qu'une entreprise sociale

Le concept d'entreprise sociale se situe entre le secteur privé à but lucratif et l'association caritative. Elle poursuit le même objectif que cette dernière, mais est alimentée par le moteur de l'entreprise. À la fois durable et capable d'atteindre les plus pauvres, elle s'appuie sur les technologies pour rendre les services de santé universels, moins coûteux et accessibles. N'importe qui peut la gérer : une industrie, une entreprise, un gouvernement, une personne physique, une fondation ou une organisation non gouvernementale.

..!

Nous avons créé plusieurs exemples concrets d'entreprises sociales en appliquant ce concept au Bangladesh et dans d'autres pays. Convaincus que les soins de santé devraient s'appuyer sur les technologies et être orientés principalement vers la prévention, nous avons mis en place une chaîne d'hôpitaux, de cliniques, d'écoles d'infirmiers et de coentreprises spécialisés en soins oculaires, avec des multinationales qui fournissent l'essentiel en matière de santé (nutrition, eau, moustiquaires et denrées alimentaires).

L'expérience des cliniques Grameen prouve qu'un système médical « pour les pauvres » peut être presque entièrement autofinancé et devenir autonome. Par exemple, l'hôpital spécialisé dans les soins oculaires Grameen GC Eye Care Hospital, au Bangladesh, et l'hôpital Aravind, en Inde, peuvent assurer une opération de la cataracte pour 25 dollars US. Nous sommes en train de construire des hôpitaux et des écoles de médecine. Nous encourageons les sociétés de technologie à offrir tous leurs services de diagnostic par le biais de smartphones afin de les rendre quasiment gratuits. Nous mettons l'accent sur la prévention, dans le but de maintenir les populations en bonne santé et d'éviter les traitements curatifs coûteux. Nous tenons à souligner que l'objectif des soins de santé devrait être de protéger les populations contre les maladies, plutôt que d'attendre le moment où elles doivent se rendre chez le médecin ou à l'hôpital pour se faire soigner.

Nous considérons les soins de santé comme un domaine idéal pour l'entrepreneuriat, mettant en valeur la créativité des citoyens qui sont ainsi en mesure de proposer des solutions aux problèmes de santé par le biais d'entreprises sociales. Nous incitons les jeunes à devenir des entrepreneurs et des créateurs d'emplois (plutôt que des demandeurs d'emploi), afin de prendre en charge les soucis de santé des laissés-pour-compte.

Contribution du Professeur Muhammad Yunus, commissaire et lauréat du prix Nobel de la paix

L'exemple ci-après de franchise sociale met en évidence les efforts mis en œuvre aux Philippines pour encourager le secteur privé à participer à la construction d'établissements de soins de santé, et donner aux professionnels de santé un accès à l'emploi ou à des possibilités d'entrepreneuriat. En 2008, l'organisation Population Services Philippines, Incorporated, a lancé Blue Star Pilipinas, une « franchise gérée par des sages-femmes du secteur privé ayant pour but d'améliorer l'accès des femmes philippines aux services de planification familiale ». En sus de répondre au manque d'établissements de soins de santé dans le pays, Blue Star Pilipinas encourage également l'esprit d'entreprise chez les femmes et il cible les personnes démunies, qui ont le moins accès aux services médicaux dans le pays.

Blue Star Pilipinas compte avec 159 franchisées, qui sont des « sages-femmes en activité situées dans les zones urbaines, périurbaines et rurales ». Les franchisées paient une commission annuelle de 1 000 pesos philippins (22 dollars US). Pour mettre en place la clinique, les franchisées reçoivent une subvention de 50 000 pesos philippins (1 095 dollars US), pour couvrir le coût d'une table, d'une lampe, d'un lit de maternité, d'un spéculum et de forceps. Le montant total de la subvention peut être remboursé en versements de 300 pesos philippins (6,60 dollars US) par semaine sur trois ans. Pour être franchisée, une sage-femme doit satisfaire aux critères suivants : 1) être autorisée par la Commission de réglementation professionnelle à exercer dans le secteur privé ; 2) détenir une autorisation d'exercer délivrée par l'administration municipale ; 3) détenir une autorisation de rejet des déchets ; 4) posséder un reçu fiscal au titre de la taxe professionnelle ; 5) être disposée à promouvoir et proposer des méthodes modernes de planification familiale ; 6) n'être liée à aucun accord ou contrat en vigueur avec des organismes fournissant une aide semblable à celle offerte par Population Services Philippines, Incorporated ; 7) ne pas être employée par un établissement de soins privé ou public ; 8) ne pas envisager d'aller travailler à l'étranger ; 9) jouir d'une bonne réputation au sein de la communauté ; 10) être disposée à suivre toutes les formations requises ; et 11) être enregistrée auprès de l'Association intégrée des sages-femmes des Philippines (Integrated Midwives Association). Les avantages pour les franchisées sont l'accroissement des revenus, du nombre de clients (jusqu'à 70 %) et des connaissances en matière de planification familiale, les formations, la rénovation de cliniques, et l'amélioration de leurs compétences afin de soigner un plus grand nombre de clients⁷⁹.

Contribution de Mme Rosalinda Baldoz, commissaire, ministère du Travail et de l'Emploi, Philippines

Technologies de l'information

Les technologies en évolution rapide, notamment les innovations numériques, pourraient transformer les services de santé. Les études montrent qu'elles renforcent l'accès des populations aux services de santé, améliorent l'adéquation des systèmes de santé aux besoins des individus et des communautés, et augmentent la qualité et l'efficacité des services de santé. En outre, il a été montré que les technologies numériques augmentent le niveau de satisfaction professionnelle et la fidélisation des agents de santé (en particulier dans les zones reculées et rurales), accélèrent la transformation et la transposition à grande échelle de l'éducation et de la formation, et favorisent l'apprentissage continu.

La technologie joue un rôle important dans le passage des soins hospitaliers aux soins en établissements communautaires et elle permet d'exploiter pleinement les compétences des prestataires à tous les niveaux. Par exemple, avec l'appui de technologies de l'information et des communications (TIC), d'infrastructures appropriées et de protocoles clairs concernant la procédure à suivre lorsque les symptômes ne relèvent pas d'un domaine prédéfini, les cadres de santé moins compétents peuvent être formés pour veiller au bon suivi des traitements, ce qui permet aux professionnels plus qualifiés de traiter les cas les plus difficiles.

Les technologies peuvent induire des changements dès lors que l'on surmonte la fracture numérique et qu'elles sont dotées de ressources suffisantes, soumises à une réglementation et conformes à l'éthique, aux principes et aux valeurs d'un pays donné. Les possibilités sont notamment la télémédecine, l'apprentissage en ligne (Encadré 8), la santé en ligne (« e-health ») et la santé mobile (« m-health »), les médias sociaux,

Encadré 8.

Le potentiel de transformation de l'apprentissage en ligne

L'apprentissage en ligne a le potentiel de transformer l'éducation et la formation afin qu'elles soient plus axées sur l'apprenant, les résultats et la pratique ainsi que la collaboration entre organismes d'éducation et de formation, plus interprofessionnelles, équitables et accessibles sur les lieux de travail, et plus à même de s'adapter aux besoins sans perdre en efficacité. L'apprentissage en ligne peut accélérer le développement des bonnes compétences à l'échelle requise afin d'instaurer une couverture universelle en santé et de répondre aux risques de maladies émergentes.

Une analyse d'études sur l'apprentissage en ligne révèle que les méthodes d'apprentissage informatisées ou disponibles sur le Web sont aussi efficaces pour consolider les connaissances et compétences des agents de santé que les méthodes d'apprentissage traditionnelles⁸⁰. Un consortium mondial de plus de 50 chercheurs et experts réalise actuellement 12 revues systématiques. Les premières conclusions indiquent que l'apprentissage en ligne est à tout le moins aussi efficace que les formes traditionnelles d'éducation pour les professionnels de santé ; par exemple, les jeux sérieux ou interventions ludiques et les environnements de réalité virtuelle présentent d'énormes avantages potentiels par rapport aux méthodes traditionnelles, s'agissant de l'acquisition de connaissances et de compétences. Des études plus poussées s'appuyant sur des méthodologies plus fiables sont nécessaires pour déterminer l'impact de la formation en ligne sur les résultats d'apprentissage.

les cours en ligne ouverts à tous de grande ampleur, les webcasts, les podcasts, les simulations haute-fidélité, les outils d'aide à la décision, les dossiers médicaux électroniques, les systèmes électroniques dédiés à la surveillance des maladies, l'enregistrement à l'état civil et les statistiques de l'état civil, ainsi que les systèmes d'information des laboratoires et des pharmacies. Ces technologies peuvent élargir considérablement la portée des systèmes de santé, même dans les zones reculées et inaccessibles qui connaissent une pénurie de personnel de santé. Elles renforcent également le travail en équipe et la responsabilisation, et favorisent des approches centrées sur la personne en matière de soins.

Les obstacles compromettant le potentiel des technologies à combler les lacunes affectant le personnel de santé et à améliorer les services fournis sont notamment l'absence d'une évaluation adéquate de ce qui fonctionne ou pas (un obstacle au passage des projets pilotes à la mise en œuvre à grande échelle), l'absence d'accès Internet et d'infrastructures TIC, les coûts de connectivité, le manque d'électricité, l'insécurité des données et les cadres réglementaires restrictifs. On relève d'autres difficultés telles que l'insuffisance des connaissances en matière de TIC et de technologies numériques, et la réticence des éducateurs, agents de santé et gestionnaires de systèmes de santé face au changement. Pour tirer avantage des technologies en évolution rapide, il faudra investir dans les infrastructures Internet/TIC, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

Les technologies de la santé elles-mêmes pourraient créer de nouveaux emplois, grâce au recrutement de nouvelles catégories de personnels dans le secteur. Plus de 7 millions de personnes pourraient perdre leur emploi d'ici 2020 en raison des avancées technologiques, et même si cette tendance influera invariablement sur les compétences exigées du personnel de santé, les emplois dans le domaine seront moins susceptibles d'être remplacés durant la quatrième révolution industrielle^{81,82}. Une analyse et des évaluations plus poussées des technologies de la santé sont nécessaires pour déterminer l'utilité et les répercussions des technologies avancées sur la main-d'œuvre. Plus le rôle des TIC et de l'analyse des données prendra de l'ampleur avec l'utilisation de technologies numériques, et plus on aura besoin de professionnels spécialisés en bioinformatique au sein des équipes de soins.

Recommandation : *Exploiter le potentiel des technologies de l'information et de la communication pour améliorer l'éducation dans le domaine de la santé, les services de santé centrés sur les personnes, et les systèmes d'information sanitaire.*



Santé publique et situations d'urgence prolongées, et contextes humanitaires

Le nombre de conflits politiques a doublé au cours des dix dernières années. Le nombre de personnes déplacées en raison de conflits durant cette période a également augmenté (passant de 37 à 60 millions), principalement dans les pays à revenu faible et intermédiaire⁸³. De plus, entre 2008 et 2014, 184 millions de personnes ont été déplacées à la suite de catastrophes naturelles⁸⁴. Environ un milliard de personnes vivent aujourd'hui dans des conditions précaires et jamais autant de personnes n'ont été déplacées depuis la Seconde Guerre mondiale qu'à l'heure actuelle. Dans ces conditions, les pays manquent souvent de capacités, non seulement en matière de préparation et de réponse, mais aussi pour la fourniture de services médicaux et sociaux de base à leurs citoyens : près des deux tiers des décès maternels et plus de la moitié des décès d'enfants de moins de cinq ans ont lieu en situation de crise humanitaire⁸⁵.

Les corrélations entre la santé mondiale et les affaires internationales sont de plus en plus apparentes, comme en attestent les crises sanitaires internationales causées par le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), la maladie à virus Ébola, le syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS), les troubles liés au virus Zika et la fièvre jaune. Tous les pays sont exposés au risque d'épidémie. Face au nombre sans précédent de personnes voyageant à travers le monde, le risque d'une pandémie se propageant rapidement est bien réel. Chaque pays devrait renforcer la capacité de son personnel et de ses systèmes de santé à détecter, évaluer et signaler les événements, et à en rendre compte. Les pays doivent pouvoir répondre aux risques en matière de santé publique et aux situations d'urgence de portée nationale ou internationale, comme décrit dans le Règlement sanitaire international de 2005 (capacités de base prévues par le RSI). De nombreux pays en développement disposent de faibles capacités, mais les plus grosses lacunes se situent dans les zones connaissant des conflits persistants, une reconstruction post-confliktuelle et des catastrophes naturelles en cours ou récentes (inondations, famines et séismes, par exemple).

La sécurité sanitaire mondiale commence avec la sécurité sanitaire individuelle, qui elle-même dépend de la fourniture d'une couverture universelle en santé. Les systèmes de santé médiocres, insuffisamment dotés en personnel de santé, affichent de mauvais résultats en matière de surveillance, de prévention et de contrôle des épidémies de maladies infectieuses. Celles-ci peuvent menacer la vie de nombreuses personnes dans les pays touchés. De plus, elles peuvent nuire considérablement à leur économie en ayant un impact défavorable sur le produit économique, le commerce, le tourisme et l'investissement. Une couverture universelle en santé fondée sur les soins de santé primaires offre la meilleure protection contre les crises de santé publique, et renforce la stabilité dans les contextes fragiles.

Malgré un droit humanitaire international bien établi, pour la première fois depuis l'adoption de la première Convention de Genève en 1864, les agents de santé et les établissements de soins sont délibérément pris pour cibles durant les conflits. De janvier 2014 à décembre 2015, sur les 594 attaques contre les services de santé qui ont été signalées dans 19 pays en situation d'urgence, 380 (62 %) étaient intentionnelles⁸⁶. La République arabe syrienne est aujourd'hui le pays le plus dangereux au monde pour les agents de santé, qui font l'objet, avec les établissements de santé, d'un nombre croissant d'attaques. En mai 2016, le Conseil de sécurité de l'ONU a condamné ces

attaques perpétrées en période de conflit et exigé la protection des agents de santé⁸⁷. La Commission affirme que leur sécurité et leur protection doivent être garanties, comme le rappelle la résolution de l'Assemblée générale de l'ONU (A/69/132) en décembre 2014⁸⁸, ainsi que les résolutions 2175 et 22⁸⁶ du Conseil de sécurité, adoptées respectivement en août 2014⁸⁹ et en mai 2016⁸⁷.

De nombreux agents de santé et d'équipes d'aide d'urgence intervenant dans des situations d'urgence complexes n'ont été que peu, voire pas du tout, formés avant leur déploiement. Durant la flambée d'Ébola, l'insuffisance des ressources humaines, médicales et matérielles a entraîné des manquements graves aux protocoles médicaux. Les taux de mortalité chez les agents de santé étaient nettement plus élevés que pour la population en général dans les trois pays : 1,45 % en Guinée, 8,07 % au Libéria et 6,85 % au Sierra Leone⁹⁰.

S'agissant des agents de santé internationaux intervenant en situation d'urgence et de la capacité de la communauté internationale à répondre aux crises, la crise Ébola a mis en évidence les lacunes en matière de préparation, de déploiement et de mécanismes de soutien du personnel international. Les « bonnes pratiques » dans les pays ayant trouvé des solutions efficaces devraient être largement diffusées.

La Commission prend note des efforts mis en œuvre, au niveau mondial, pour renforcer la préparation et la capacité à répondre aux crises, et incite à investir davantage, notamment avec l'aide publique au développement et la coopération technique de la communauté internationale, afin de relever les défis auxquels est confronté le personnel de santé en cas de crise humanitaire ou de santé publique. Le rapport du Secrétaire général de l'ONU sur le renforcement de l'architecture mondiale de la santé répond aux recommandations du Groupe de haut niveau sur la riposte mondiale aux crises sanitaires ainsi qu'à celles du Comité d'examen du Règlement sanitaire international, qui décrivent comment les communautés, les pays et le système international peuvent mieux se préparer et répondre aux futures crises sanitaires. Il convient également de citer le nouveau Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire de l'OMS, le Règlement sanitaire international (2005) et les directives de l'Organisation internationale du Travail (OIT) sur le dialogue social des services publics d'urgence dans un environnement en mutation (en cours de révision). La recommandation n° 71 de l'OIT (en cours de révision) concernant l'organisation de l'emploi au cours de la transition de la guerre à la paix soulignera l'importance de l'emploi et du travail décent dans les contextes fragiles et de crise.

Recommandation : *Garantir les investissements dans les capacités fondamentales du Règlement sanitaire international, particulièrement en matière de développement des compétences des professionnels de santé nationaux et internationaux dans des contextes humanitaires et d'urgences de santé publique, aigus comme prolongés. Garantir la protection et la sécurité de tous les agents et établissements de santé dans tous les contextes.*



FAVORISER LE CHANGEMENT

Le potentiel social et économique de l'emploi dans le secteur de la santé ne sera réalisé que si les chefs d'État et les gouvernements dirigent la réforme et l'accroissement de leurs effectifs sanitaires, en prenant des décisions et mesures dans l'intérêt de tous les citoyens.

Seuls un engagement politique ferme et un puissant leadership au plus haut niveau du gouvernement peuvent permettre d'obtenir les investissements nécessaires ainsi qu'une bonne cohérence des politiques intersectorielle, et de favoriser les actions de transformation et la collaboration internationale requises pour créer les conditions propices à l'existence pérenne d'effectifs sanitaires suffisamment qualifiés et convenablement répartis. Un leadership politique est également nécessaire afin de garantir que tous les groupes de parties prenantes, notamment la société civile, participent activement à l'ensemble du processus de réorganisation des systèmes de santé et d'éducation ainsi que des marchés du travail de la santé en vue de réaliser l'objectif de couverture universelle en santé axée sur les personnes et les communautés.

Le présent chapitre met l'accent sur quatre points importants et nécessaires à la réalisation de la vision de la Commission. Le premier concerne la manière dont les pays peuvent instaurer les conditions requises pour financer le développement du capital humain et des compétences. Le deuxième point a trait à la manière dont la communauté internationale peut mieux aider les pays à revenu faible et intermédiaire à « accroître considérablement le financement de la santé ainsi que le recrutement, le développement, la formation et la fidélisation du personnel



de santé », une démarche que tous les États membres considèrent comme indispensable à la réalisation de l'ODD 3 (bonne santé et bien-être). Le troisième point porte sur les migrations internationales croissantes des agents de santé et le besoin de pratiques de recrutement plus responsables. Enfin, la Commission attire l'attention sur la nécessité de l'obtention de données opportunes et fiables sur les effectifs sanitaires à des fins de suivi, de planification et de responsabilisation ; malgré de fréquents appels à l'action sur ce plan, les progrès demeurent insuffisants.

Financement et marge de manœuvre budgétaire

La création d'effectifs sanitaires solides nécessite que les gouvernements investissent davantage dans l'amélioration de la formation des agents de santé, l'apprentissage continu et la création d'emplois décents.

Ces investissements peuvent être obtenus dans de nombreux contextes nationaux différents. La plupart des pays peuvent garantir le financement durable de la santé, principalement au niveau local⁹¹. Des réformes structurelles incluant des politiques progressives en matière budgétaire peuvent être nécessaires (Encadré 9). Par exemple, les réformes du financement de l'énergie pourraient libérer jusqu'à 5 300 milliards de dollars US dépensés en 2015 au titre de subventions énergétiques⁹². Les réformes en matière fiscale et de gouvernance pourraient permettre d'obtenir, chaque année, plus de 50 milliards de dollars US auprès de pays africains par le biais des sorties illégales de capitaux⁹². Le dialogue sociétal et l'engagement politique sont indispensables à l'instauration des conditions essentielles en matière de politiques.

Réformes structurelles touchant le personnel de santé au XXI^e siècle

Les réformes structurelles devraient s'atteler à réduire les anomalies liées au monopole, en particulier dans les entreprises pharmaceutiques et au niveau des marchés des assurances maladie, lesquelles contribuent à la faible productivité qui caractérise le secteur de la santé. Ces réformes pourraient permettre de libérer des ressources susceptibles d'être dépensées de manière plus productive, avec un effet multiplicateur plus important sur l'économie. Il est également nécessaire de remédier aux anomalies touchant le marché du travail, lequel est en proie à diverses formes de discrimination, notamment sexuelle. Ces modèles s'observent plus généralement dans d'autres secteurs de services, où les salaires sont faibles par rapport aux compétences. Enfin, ces réformes devraient alimenter le développement de systèmes de prestation de services plus efficaces, intégrant une meilleure redevabilité.

Contribution du Professeur Joseph Stiglitz, commissaire et prix Nobel d'économie

La combinaison exacte de sources de revenus locales (recettes fiscales, cotisations sociales, primes d'assurance privée et paiements directs des soins de santé) variera d'un pays à l'autre. L'essentiel est que ces fonds reposent principalement sur le paiement anticipé et soient mutualisés, plutôt que d'être excessivement tributaires des paiements directs des soins de santé⁹⁴. On pourrait éventuellement envisager des fonds de formation basés sur l'impôt, comme cela est actuellement le cas dans environ 70 pays⁹⁵ afin d'affecter des ressources au développement des compétences du personnel de santé⁹⁶.

D'une manière générale, les exigences financières et budgétaires pour le maintien d'effectifs sanitaires adéquats peuvent être surmontées⁹¹. S'appuyant sur une croissance continue des recettes publiques et le développement économique, en donnant la priorité nécessaire au secteur de la santé, ainsi qu'aux expériences passées, la marge de manœuvre financière (financement public et privé) de nombreux pays suffira à soutenir et maintenir leurs effectifs sanitaires. Les estimations 2016 de la Banque mondiale concernant les prévisions relatives au marché du travail d'ici 2030⁴⁸ soulignent l'évolution encourageante vers une disponibilité de fonds pour la formation des agents de santé et les investissements dans l'emploi du secteur dans les pays à revenu élevé et intermédiaire.

Plusieurs pays ont atteint un premier niveau de couverture universelle en santé – et disposaient, pour cela, des agents de santé nécessaires – lorsque leur revenu était considéré comme faible ou intermédiaire. Certains pays, comme la Chine et le Vietnam, sont parvenus à des niveaux élevés d'équité en matière de prestation de services et de protection financière alors qu'ils étaient des pays à faible revenu. Au Japon, le PIB par habitant représentait l'équivalent (mesuré en dollars US constants 2010) de 9 100 dollars US en 1961, lorsque le pays a obtenu l'affiliation universelle à son programme national d'assurance maladie ; la République de Corée a franchi cette étape en 1989, en affichant un PIB par habitant de 8 100 dollars US⁹⁷. La Thaïlande a obtenu l'affiliation universelle à l'un de ses trois programmes de couverture en 2002, avec un PIB par habitant équivalent à 3 700 dollars US⁹⁷.

Il n'empêche que, d'après les tendances actuelles, la demande du marché et la marge de manœuvre budgétaire ne suffiront probablement pas à créer des emplois permettant d'atteindre

les ODD dans les pays fragiles ou à revenu faible. C'est là que la Commission est convaincue qu'une action collective sur le financement peut faire la différence. Une analyse des estimations de la marge de manœuvre financière et budgétaire d'ici 2030⁹¹ suggère que, si les conditions nécessaires à un financement approprié de la santé sont instaurées, presque tous les pays pourraient alors supporter le coût récurrent du maintien de leurs effectifs de santé. Les investissements intérieurs dans le personnel de santé devraient être une priorité dans tous les pays. Cependant, le financement externe, notamment privé et philanthropique, peut jouer un rôle essentiel dans le soutien de la politique publique. La coopération technique et le financement international peuvent servir à favoriser les investissements à effet catalyseur dans le développement du capital humain et des compétences au profit de l'économie de la santé des pays les plus pauvres, qui, à son tour, peut aider à accroître la demande et l'activité économique⁹¹.

L'occasion se présente aujourd'hui de passer d'un paradigme négatif à un paradigme positif de la viabilité financière, en accompagnant tous les pays dans leur propre parcours vers la réalisation des ODD et en offrant un appui spécifique à ceux qui nécessitent une plus grande solidarité internationale jusqu'en 2030 et au-delà. À cette fin, l'investissement public doit être complété par des politiques, réformes et mesures incitatives harmonisées visant à attirer et accroître les co-investissements provenant des secteurs des entreprises sociales et des entreprises privées à but lucratif ou à but non lucratif. L'investissement étranger peut élargir les services et stimuler la création d'emplois ainsi que le transfert de technologie dans les domaines où la demande est croissante. On peut citer, par exemple, la mise en place d'une formation en gériatrie pour les infirmiers et la construction d'une maison de convalescence privée aux Philippines par une société allemande. Ce modèle – une collaboration étroite entre les secteurs publics et privés philippins et allemands – générera des emplois, favorisera le développement des compétences des agents de santé philippins en soins gériatriques, et apportera un soutien au personnel.

La Commission reconnaît les diverses options politiques décrites dans le rapport 2015 sur le plan d'action en faveur de l'investissement privé au service des ODD, établi dans le cadre de la Conférence de l'ONU sur le commerce et le développement⁹⁸, afin de surmonter les dilemmes politiques et de répondre aux défis et contraintes liés à la mobilisation et au transfert des fonds du secteur privé. Nous avons également hâte de lire le rapport de la Commission mondiale sur les activités économiques et le développement durable (Global Commission on Business and Sustainable Development) ainsi que ses recommandations concernant les domaines où les investissements dans les secteurs social et de la santé peuvent apporter une valeur ajoutée. Nous encourageons, par conséquent, les mesures visant à accroître les capacités d'absorption dans le secteur de la santé, à optimiser l'utilisation des ressources, à instaurer des normes et des cadres réglementaires efficaces, et à garantir une bonne gouvernance, des institutions solides et l'engagement des parties prenantes. Ces mesures constituent la base des conditions essentielles au succès, et permettront d'attirer des fonds provenant d'autres sources.



Recommandation : *Lever des fonds suffisants auprès des sources nationales et internationales, publiques et privées le cas échéant, et envisager une réforme ambitieuse du financement de la santé quand cela est nécessaire, pour investir dans les compétences adaptées, des conditions de travail décentes, et un nombre adéquat de personnels de santé.*

Partenariats et coopération

L'obtention d'effectifs sanitaires suffisamment qualifiés est un objectif intersectoriel, qui nécessite des interventions sur l'ensemble du marché du travail de la santé. Les mesures politiques cohérentes et efficaces sont plus facilement planifiées dans les organes gouvernementaux chargés de la finance, de l'éducation, de la santé, de la protection sociale, du travail et des affaires étrangères au moyen de structures interministérielles, de mécanismes de coordination et de dialogues politiques. Ces structures et processus intersectoriels doivent mobiliser les secteurs public et privé, la société civile, les syndicats, les associations de professionnels de santé, les organisations non gouvernementales, les organes de réglementation, et les établissements d'enseignement et de formation.

Des tels partenariats peuvent répondre aux défis politiques couramment rencontrés. Par exemple, la coordination des efforts visant à transposer à grande échelle l'éducation et la formation des agents de santé nécessite des investissements parallèles dans le relèvement des taux d'achèvement dans l'enseignement secondaire, en particulier chez les filles. De même, le respect du Code de pratique mondial 2010 de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé (le Code mondial de l'OMS) impose l'harmonisation entre les secteurs de la santé, des affaires étrangères et du travail. Les droits des agents de santé, notamment leurs droits à la liberté d'association et à la négociation collective, doivent être développés et alignés sur les normes du travail, les politiques et les mécanismes de protection sociale internationaux. Comme le montrent ces exemples, l'application réussie des recommandations de la Commission dépendra largement de la force de l'engagement intersectoriel et des mesures mises en œuvre par les parties prenantes (notamment la société civile et les organisations de professionnels de santé) aux niveaux national et mondial.

Comme souligné ci-dessus, la Commission est convaincue que le rôle de l'aide publique au développement pourrait fortement favoriser la réalisation des ODD et soutenir pleinement les actions en cours visant à améliorer la responsabilisation au niveau national, la solidité des institutions, les mécanismes fiduciaires et la coordination entre les donateurs, ainsi que l'alignement sur les priorités nationales (par exemple, la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement, le Programme d'action d'Accra, le Partenariat international pour la santé (IHP+), le Partenariat de Busan pour une coopération efficace au service du développement et le Partenariat mondial pour une coopération efficace au service du développement).

En outre, nous saluons l'annonce faite par le Comité d'aide au développement de l'OCDE concernant la création d'un groupe de haut niveau chargé d'élaborer des propositions et recommandations permettant au Comité de renforcer son inclusion et sa représentativité, ainsi que de maximiser sa légitimité et son impact pour mieux appuyer les efforts de développement durable déployés par l'ONU et ses États Membres. Partant de là, il y a lieu de sortir de la perspective étroite de l'« aide publique au développement pour la santé » et d'adopter plutôt une approche intégrée de l'éducation, de la création d'emplois, de la participation économique et du paradigme de l'égalité des sexes dans le secteur de la santé, qui sont le fondement même des travaux de cette Commission.

La Commission prend note et se réjouit des décisions prises à la 69^e Assemblée mondiale de la santé en vue de développer des mécanismes améliorés permettant aux partenaires bilatéraux, multilatéraux et de développement d'évaluer les répercussions de leurs programmes d'aide publique au développement sur le personnel de santé. Nous encourageons l'OMS et tous les partenaires de développement à poursuivre ces travaux urgemment et à inciter leurs homologues à s'engager à l'égard de l'éducation, de la finance, de l'égalité des sexes et du travail, entre autres, afin de générer de nouveaux investissements dans l'aide publique au développement coordonnée en faveur du développement du capital humain et de la création d'emplois dans le secteur de la santé.

Recommandation : *Promouvoir la collaboration intersectorielle aux niveaux national, régional et international, mobiliser la société civile, les syndicats et autres associations de professionnels de la santé, et le secteur privé ; et aligner la coopération internationale pour soutenir les investissements dans les personnels de santé, dans le cadre des stratégies et des plans nationaux pour la santé et l'éducation.*



Migration internationale du personnel de santé

Au cours des dix dernières années, le nombre de médecins et d'infirmiers migrants travaillant dans les pays de l'OCDE a augmenté de 60 % ; ce chiffre s'élève à 84 % dans le cas des médecins et infirmiers qui sont partis vers des pays connaissant de graves pénuries de professionnels de santé⁴⁷. Bien que de nombreux pays aient renforcé l'éducation et la formation des médecins et infirmiers depuis 2000, l'accroissement de la demande économique dans les pays à revenu élevé ou intermédiaire pourrait continuer à stimuler la migration des agents de santé dans les années à venir. La physionomie des migrations des professionnels de santé devient également plus complexe, en raison d'importants mouvements intrarégionaux. Il est essentiel d'obtenir de meilleures données et informations, en particulier auprès des pays d'origine et de transit, si l'on veut mieux comprendre et gérer les migrations internationales des agents de santé.

Comme elle le souligne dans plusieurs de ses recommandations, la Commission encourage les pays perdant leurs effectifs sanitaires à redoubler d'efforts pour les fidéliser, et les pays de destination à en faire davantage pour parvenir à une plus grande autonomie et durabilité en ce qui concerne leur offre intérieure. La Commission

reconnait toutefois que la mobilité internationale des agents de santé peut également présenter de nombreux avantages pour les pays d'origine ou de destination, ainsi que pour les agents de santé eux-mêmes, dès lors qu'elle s'appuie sur des normes éthiques. Les effets défavorables des migrations doivent être atténués. Il y a lieu de préserver les droits des agents de santé migrants et d'éliminer les barrières inutiles à la mobilité et à la pratique. La convergence des compétences et des normes de qualité au niveau international doit être améliorée, et il convient d'apporter un soutien ciblé aux pays d'origine et à leur système de santé. Il est tout à fait envisageable d'élaborer des « normes transnationales » pour certaines professions dans le secteur de la santé.

Les accords bilatéraux, multilatéraux, régionaux et internationaux sur le recrutement éthique international de personnels de santé deviennent de plus en plus importants pour garantir la réciprocité des avantages et atténuer les effets négatifs. Ces accords doivent renforcer la responsabilisation des pays d'origine et de destination, et envisager des mécanismes de coopération technique et d'investissement. L'encadré 10 présente deux pays à titre d'exemple.

Des accords intergouvernementaux devraient, le cas échéant, être instaurés afin de faciliter les collaborations en matière de renforcement des effectifs dans le domaine de la santé. Les pays connaissant une « suroffre » pourraient aider ceux présentant une offre limitée de professionnels de santé, tout en contribuant au développement du personnel de santé local dans les pays receveurs. Ces mouvements devraient être effectués de la manière la plus éthique possible, en respectant les droits des professionnels de santé. Le gouvernement de l'Afrique du Sud a mis en place des accords de ce type avec le gouvernement cubain et celui de la République islamique d'Iran.

Au niveau mondial, le Code mondial de l'OMS ainsi que les conventions et recommandations de l'OIT concernant les travailleurs migrants constituent des instruments clés pour la gouvernance mondiale des migrations des agents de santé. L'examen 2015 du Code montre qu'il ne cesse de se développer et de gagner en légitimité. En 2016, le nombre de pays présentant des rapports à l'OMS a considérablement augmenté. Il n'empêche que de nombreux pays connaissant de graves pénuries de professionnels de santé ont encore besoin d'aide pour mettre en œuvre le Code mondial de l'OMS et ses processus d'élaboration de rapports nationaux. Ces instruments pourraient devenir plus efficaces au moyen d'un accord international mis à jour et élargi sur les personnels de santé, prévoyant notamment des dispositions visant à maximiser la réciprocité des avantages issus des migrations d'agents de santé socialement responsables.

Des leçons peuvent être tirées de l'Accord de Paris sur le changement climatique. Ses principes concernant le « cadre de transparence amélioré » et les « contributions prévues déterminées au niveau national » pourraient servir de base à de nouveaux dialogues entre les États sur la question des investissements inhérents ou consécutifs à la mobilité internationale des professionnels de santé, notamment les transferts de ressources, les envois de fonds des migrants et d'autres investissements. Il est primordial de transférer des ressources et d'investir dans l'éducation et la formation des agents de santé afin de garantir la durabilité des systèmes de santé dans les pays d'origine. Dans le cadre du processus d'examen en cours du Code mondial

de l’OMS, l’OIT, l’OCDE et l’OMS devraient étudier et encourager les preuves de transferts de ressources inhérents aux migrations des personnels de santé. En outre, le renforcement du Code devrait s’aligner sur le discours élargi concernant la gouvernance mondiale des migrations, en particulier le pacte mondial pour une migration sûre, ordonnée et régulière, proposé par le Secrétaire général de l’ONU.

La Commission recommande donc d’étudier plus avant les modèles actuels de gestion des migrations des agents de santé, ainsi que les bonnes pratiques ou pratiques prometteuses des pays d’origine et de destination qui ont contribué ou pourraient contribuer à la mobilité internationale éthique des professionnels de santé.

Encadré 10.

Maximiser la réciprocité des avantages issus des migrations des agents de santé socialement responsables, exemples de pays

L’Allemagne et les Philippines ont conclu un accord bilatéral appelé le Programme « Triple Win » (« trois fois gagnant »). Toutes les parties en profitent : les agents de santé migrants ont la possibilité de travailler et d’améliorer leurs compétences ; aux Philippines, les pressions exercées sur le marché intérieur du travail sont atténuées ; et l’Allemagne, qui respecte rigoureusement le Code mondial de l’OMS et ne s’engage à négocier qu’avec les pays affichant un excédent de personnels qualifiés, bénéficie de l’arrivée d’agents de santé compétents.

Le Japon soutient l’Initiative en faveur de la santé et du bien-être humain en Asie. S’appuyant sur la notion de « réciprocité », le pays contribuera à la création d’une nouvelle communauté asiatique marquée par le vieillissement rapide touchant la région, et s’assurera, en retour, les ressources humaines et les vastes marchés dont il a besoin pour instaurer une meilleure société vieillissante. Les principes essentiels de l’Initiative sont le développement des ressources humaines, la création d’un environnement harmonieux propice aux activités des travailleurs dans la région asiatique et une politique de la « circulation » permettant aux travailleurs de se déplacer d’un pays à l’autre. Il est indispensable de donner aux agents de santé la possibilité de revenir dans leur pays d’origine, car la demande en services de soins gériatriques connaîtra, à terme, une augmentation dans les pays à revenu faible et intermédiaire.



Recommandation : Améliorer la reconnaissance internationale des qualifications des personnels de santé pour promouvoir un meilleur usage des compétences ; accroître les bénéfices tout en luttant contre les effets négatifs des migrations des personnels de santé, tout en sauvegardant leurs droits.

Données, informations et redevabilité

Les stratégies et interventions d'investissements dans le personnel de santé doivent être guidées par des analyses du marché du travail de la santé, de l'économie de la santé et des besoins de la population en matière de santé. L'analyse du marché du travail offre un diagnostic des points forts, des inefficacités et des risques du marché, et identifie les déterminants de la demande, de l'offre et des besoins sur le marché du travail. Ces preuves orientent la compréhension des implications des tendances actuelles et futures de l'offre de services d'éducation et du marché du travail dans son ensemble.

Des données fiables et à jour et la capacité institutionnelle de gérer et d'analyser les données sont nécessaires pour appuyer l'analyse du marché du travail et entreprendre des recherches visant à combler les lacunes dans la base de données probantes pour éclairer les politiques et les investissements. Les stratégies pour atteindre et maintenir une densité équitable des travailleurs de la santé à l'intérieur d'un pays doivent s'appuyer sur une compréhension des déséquilibres actuels. Une collecte de données ventilées par sexe et une analyse comparative entre les sexes sont nécessaires pour mieux informer les politiques visant à traiter les iniquités et les préjugés sexospécifiques structurels.

La portée de l'architecture des données et de la base de données dépend de la participation active des collectivités, des travailleurs de la santé, des employeurs, des établissements d'enseignement et de formation, des organismes professionnels et de réglementation, et de l'interopérabilité des données à travers les secteurs de l'éducation, de la santé et du travail. La multiplicité des définitions des données sur le marché du travail de la santé, les écarts entre les différentes sources de données, et les systèmes d'information parallèles et obligations de déclaration au sein même des pays et entre différents pays créent des obstacles à l'élaboration d'un ensemble minimal de données complètes, comparables et fiables.

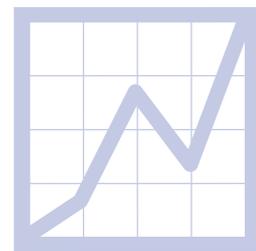
L'OIT, l'OCDE, l'OMS et d'autres organismes internationaux ont un rôle clé à jouer dans l'établissement d'un ensemble de mesures harmonisées, nécessaire pour surveiller l'évolution du marché du travail de la santé et pour renforcer la collaboration intersectorielle, la gouvernance et la redevabilité dans la mise en œuvre des interventions. Des données améliorées et ouvertement disponibles au niveau national, agrégées pour l'ensemble des pays, offriront la formidable opportunité d'approfondir les analyses et d'enrichir la base de données sur le marché mondial du travail de la santé. À cet égard, la Commission se félicite de la décision de la 69^e Assemblée mondiale de la Santé d'adopter et de mettre en œuvre progressivement les comptes nationaux des personnels de santé dans tous les pays.

Des processus de redevabilité nationaux liés à des données fiables qui permettent aux citoyens de demander des comptes à leurs gouvernements peuvent être un moyen puissant de galvaniser le soutien politique et l'action. L'OIT, l'OCDE, l'OMS et autres organismes internationaux peuvent appuyer les efforts nationaux par le biais de l'ouverture des données, de l'analyse, de l'assistance technique et d'activités

de plaider. Toutefois, le bon nombre et la bonne répartition des compétences et des travailleurs ne permettront de générer des résultats que si la main-d'œuvre est performante. La redevabilité est essentielle à tous les niveaux pour garantir que les investissements en capital humain sont conformes aux besoins du marché du travail, que les emplois créés sont décents et que les investissements dans le personnel de santé se traduisent par une productivité et des performances accrues et par une amélioration des résultats en matière de santé et de sécurité humaine.

Enfin, la Commission reconnaît que le succès des initiatives et des mouvements mondiaux dépend souvent de la force des mécanismes qui permettent de responsabiliser les principaux acteurs vis-à-vis de l'élaboration et de la mise en œuvre du processus. Il convient notamment de souligner le rôle important que les acteurs non étatiques, tels que, notamment, les syndicats, les organismes professionnels, la société civile et les universitaires, sont voués à jouer.

Recommandation : *Entreprendre des recherches et des analyses approfondies sur les marchés de l'emploi dans le domaine de la santé, en utilisant des indicateurs et méthodologies harmonisés, pour étoffer les données disponibles, renforcer la redevabilité, et promouvoir l'action.*



MISE EN ŒUVRE : ACTIONS IMMÉDIATES ET MESURES DU SUCCÈS

Mettre en œuvre les dix recommandations de la Commission requiert une intervention radicale pour remettre en cause le *statu quo* et rectifier la trajectoire actuelle. Il n’y a pas de temps à perdre. Dans ce chapitre, nous proposons cinq actions stratégiques à entreprendre entre octobre 2016 et mars 2018 pour commencer à mettre en œuvre les recommandations de la Commission.

Ces actions doivent être menées dans un esprit de collaboration avec tous les partenaires de différents secteurs, d’innovation dans la transformation des modèles actuels et d’intégration aux priorités nationales et régionales et aux programmes correspondants sur la santé, l’emploi et la croissance économique. Toutes ces actions devront renforcer la mise en œuvre de la stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l’horizon 2030. Nous proposons également un sous-ensemble de cibles et d’indicateurs des ODD pour suivre les progrès, assurer l’harmonisation avec la mise en œuvre du Programme 2030 et, à terme, mesurer le succès obtenu en 2030.



Actions immédiates, octobre 2016 – mars 2018

A OBTENIR DES ENGAGEMENTS, FAVORISER LA MOBILISATION INTERSECTORIELLE ET ÉLABORER UN PLAN DE MISE EN ŒUVRE

Nous demandons instamment aux dirigeants politiques de porter ce rapport auprès des instances décisionnaires nationales, régionales et internationales, et appelons l'ensemble des parties prenantes à prendre des engagements en faveur de la mise en œuvre des recommandations de la Commission. La Commission souligne ici l'importance du leadership politique et la nécessité d'un engagement clair de la part de l'ensemble des parties prenantes. Les responsables des secteurs de l'éducation, de la santé, des finances et de l'emploi doivent être mobilisés dès que possible par le biais des mécanismes de coopération et de gouvernance régionaux et internationaux existants.

Les vice-présidents de la Commission représentant l'OIT, l'OCDE et l'OMS convoqueront, d'ici fin 2016, l'ensemble des parties prenantes afin d'élaborer un plan quinquennal de mise en œuvre des dix recommandations. Le plan de mise en œuvre définira les stratégies, les activités, les responsabilités des organismes et des parties prenantes principales, les besoins en ressources et les indicateurs opérationnels pour la période 2017-2021. Le processus d'élaboration du plan et le plan lui-même devront être notamment conformes aux travaux des Groupes de haut niveau du Secrétaire général des Nations Unies sur l'autonomisation économique des femmes et sur le financement de l'action humanitaire, de la Commission internationale pour le financement de possibilités d'éducation dans le monde, de la Commission

mondiale sur les activités économiques et le développement durable (Global Commission on Business and Sustainable Development), de l'Initiative mondiale en faveur de la création d'emplois décents pour les jeunes, et de l'Envoyé spécial pour l'emploi des jeunes. Le plan devra inclure un mécanisme de coordination destiné à réunir l'expertise intersectorielle, à gérer et à suivre les progrès, et à étayer le cadre mondial de redevabilité (voir l'action 2).

B PROMOUVOIR LA REDEVABILITÉ, L'ENGAGEMENT ET LE PLAIDOYER

La Commission invite le Secrétaire général des Nations Unies à envisager la mise en place d'un cadre mondial adapté pour une redevabilité indépendante à l'égard des ODD et à garantir que celui-ci intègre nos recommandations.

Une redevabilité indépendante et efficace peut être un moyen efficace de stimuler le soutien politique en faveur des travaux de la Commission. Comme l'a montré la Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant, la redevabilité à tous les niveaux sera essentielle pour assurer le suivi des engagements et des progrès réalisés dans la mise en œuvre de nos recommandations. Des mécanismes mondiaux devront toutefois faire partie intégrante d'un cadre plus général entourant les ODD afin de réduire la charge liée à la communication de l'information pesant sur les pays. La redevabilité comporte trois activités : le suivi, fondé sur un ensemble d'indicateurs et étayé par des données fiables ; l'examen, impliquant l'ensemble des parties prenantes ; et l'action, en corrigeant les pratiques, les programmes et les politiques qui ne fonctionnent pas, et en mettant en application ceux qui donnent des résultats.

La Commission invite l'OIT, l'OCDE, l'OMS et les partenaires concernés à encourager le plaidoyer et les engagements nationaux, régionaux et internationaux.

Les trois forums mondiaux sur les ressources humaines pour la santé, qui se sont tenus en Ouganda, en Thaïlande et au Brésil, ont eu de bons résultats quant au maintien et au renforcement de l'engagement et du plaidoyer. Le troisième Forum mondial sur les ressources humaines pour la santé, organisé en 2013, a abouti à une série d'engagements pratiques et à l'adoption de la Déclaration politique de Recife, ultérieurement approuvée par l'Assemblée mondiale de la Santé. L'analyse de suivi des engagements de Recife montre des progrès encourageants dans l'ensemble des régions. Les préparatifs du quatrième Forum mondial, prévu en septembre 2017, doivent progresser, tout en mobilisant les partenaires concernés des secteurs de la santé, de l'éducation, de l'emploi et d'autres secteurs pertinents au sein d'une plateforme de plaidoyer cohérente.

C AMÉLIORER LES DONNÉES SUR LE MARCHÉ DU TRAVAIL DE LA SANTÉ, SON ANALYSE ET SON SUIVI DANS TOUS LES PAYS

La Commission exhorte les gouvernements nationaux, sous l'égide de leurs ministères de la Santé, de l'Éducation et de l'Emploi, à accélérer la mise en œuvre progressive des Recensements nationaux des personnels de santé, et leur publication.

Cette accélération devrait être facilitée par des investissements dans le développement des compétences et des capacités humaines et institutionnelles relatives à la gouvernance du personnel de santé, aux sciences et à la recherche. Le renforcement des capacités institutionnelles et individuelles à analyser rigoureusement la dynamique du marché de l'emploi en santé permettra d'assurer la disponibilité de données fiables et à jour requises pour quantifier et définir le personnel de santé actif dans les pays, y compris dans le domaine de la santé publique, les situations d'urgence prolongées et les contextes humanitaires. Des données infranationales fiables sont également nécessaires pour évaluer les avancées dans la mise en œuvre des recommandations de la Commission, y compris celles liées aux droits et à l'égalité des sexes et aux compétences du personnel de santé.

Nous demandons à l'OIT, l'OCDE, l'OMS et d'autres partenaires pertinents d'établir un échange global interorganisations de données sur le marché de l'emploi en santé, hébergé par l'Observatoire mondial de la santé. La première étape consiste à élaborer des définitions globales et harmonisées entre les organismes, et des méthodes de collecte et d'analyse d'indicateurs relatifs au marché de l'emploi en santé, dans le but d'en étudier et d'en visualiser les changements et l'évolution. L'OIT, l'OCDE et l'OMS devront également élaborer et promouvoir des méthodes et entreprendre des recherches visant à évaluer les retombées socioéconomiques des investissements dans le personnel de santé, en particulier sur les ODD 8 (travail décent et croissance économique), 1 (pas de pauvreté), 4 (éducation de qualité), 5 (égalité entre les sexes), 10 (inégalités réduites) et 17 (partenariats pour la réalisation des objectifs).

D ACCÉLÉRER LES INVESTISSEMENTS DANS L'ÉDUCATION TRANSFORMATRICE, LES COMPÉTENCES ET LA CRÉATION D'EMPLOIS

La Commission exhorte les gouvernements nationaux, sous l'égide de leurs ministères de la Santé, de l'Éducation et de l'Emploi, à élaborer des plans d'action intersectoriels identifiant et engageant des ressources budgétaires. La mise en place d'un personnel de santé pérenne nécessitera l'expansion à grande échelle des investissements consacrés à l'éducation transformatrice, au développement des compétences et à la création d'emplois. Les infrastructures, les capacités institutionnelles, les programmes et les accréditations figurent parmi les investissements prioritaires dans le domaine de l'éducation. Ils doivent être associés à des investissements dans la création d'emplois, surtout lorsque la demande économique est insuffisante pour employer les professionnels de santé nécessaires à la couverture universelle en santé. Il est également urgent d'investir dans l'enseignement secondaire, en particulier dans les pays à faible revenu, pour accélérer les taux d'achèvement et élargir le vivier d'étudiants admissibles aux programmes d'éducation des professionnels de santé.

La Commission demande instamment à la communauté internationale de soutenir le développement massif de l'éducation et de la formation professionnelles et techniques nécessaires dans les pays à faible revenu. Nous recommandons à la communauté internationale de définir les 15 à 20 pays prioritaires où la couverture universelle en santé et nos recommandations sont le moins susceptibles d'être mises en œuvre. Ce partenariat doit soutenir les capacités des institutions, des programmes et du corps professoral à dispenser un enseignement et des formations socialement responsables. Il exigera de nouveaux engagements financiers de la part des organismes multilatéraux, des initiatives mondiales en matière de santé et d'autres sources.

E METTRE EN PLACE UNE PLATEFORME INTERNATIONALE SUR LA MOBILITÉ DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

La Commission demande à l'OIT, l'OCDE et l'OMS de travailler avec tous les partenaires pertinents pour élaborer une plateforme internationale sur la mobilité des professionnels de santé. Nous pensons qu'une telle plateforme est nécessaire pour optimiser les avantages mutuels de la mobilité des professionnels de santé sans exacerber ou créer des vulnérabilités dans les pays en développement du fait des migrations internationales engendrées. Cette plateforme doit permettre de nouer le dialogue, de détailler les faits et chiffres, d'envisager de nouvelles options et solutions, et d'améliorer l'efficacité des instruments existants, tels que les Conventions et Recommandations de l'OIT et le Code de pratique mondial de l'OMS. Elle doit tenir compte de la tendance mondiale vers une augmentation de la mobilité, incluant notamment le pacte mondial pour des migrations sûres, régulières et ordonnées proposé par le Secrétaire général des Nations Unies, la préparation par l'UNESCO d'une convention mondiale sur la reconnaissance des qualifications dans l'enseignement supérieur, la mise en place du passeport de l'Union africaine, ainsi que les accords de reconnaissance mutuelle de l'ASEAN et d'autres accords régionaux, bilatéraux et multilatéraux sur la liberté de circulation.

Cibles et indicateurs harmonisés avec les objectifs de développement durable

ODD 3 : Bonne santé et bien-être

Cible 3.c : Accroître considérablement le budget de la santé et le recrutement, le perfectionnement, la formation et le maintien en poste du personnel de santé dans les pays en développement, notamment dans les pays les moins avancés et les petits États insulaires en développement

Indicateur 3.c.1 : Densité et répartition du personnel de santé

ODD 4 : Éducation de qualité

Cible 4.3 : D'ici à 2030, faire en sorte que toutes les femmes et tous les hommes aient accès dans des conditions d'égalité à un enseignement technique, professionnel ou tertiaire, y compris universitaire, de qualité et d'un coût abordable

Indicateur 4.3.1 : Pourcentage des jeunes et adultes ayant participé à un programme d'éducation et de formation scolaire ou non scolaire au cours des 12 derniers mois, par sexe (pour les programmes liés au secteur sanitaire et social)

Cible 4.b : D'ici à 2020, augmenter nettement à l'échelle mondiale le nombre de bourses d'études offertes à des étudiants des pays en développement, en particulier des pays les moins avancés, des petits États insulaires en développement et des pays d'Afrique, pour leur permettre de suivre des études supérieures, y compris une formation professionnelle, des cursus informatiques, techniques et scientifiques et des études d'ingénieur, dans des pays développés et d'autres pays en développement

Indicateur 4.b.1 : Volume de l'aide publique au développement consacrée aux bourses d'études, par secteurs et types de formation (pour le secteur sanitaire et social)

ODD 5 : Égalité entre les sexes

ODD cible 5.1 : Mettre fin, partout dans le monde, à toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et des filles

Indicateur 5.1.1 : Présence ou absence d'un cadre juridique visant à promouvoir, faire respecter et suivre l'application des principes d'égalité des sexes et de non-discrimination fondée sur le sexe

ODD cible 5.4 : Prendre en compte et valoriser les soins et travaux domestiques non rémunérés, par la mise en place de services publics, d'infrastructures et de politiques de protection sociale et par la promotion du partage des responsabilités dans le ménage et la famille, en fonction du contexte national

Indicateur 5.4.1 : Pourcentage de temps consacré à des soins et travaux domestiques non rémunérés, par sexe, groupes d'âge et lieu de résidence

ODD 8 : Travail décent et croissance économique

ODD cible 8.5 : D'ici à 2030, parvenir au plein emploi productif et garantir à toutes les femmes et à tous les hommes, y compris les jeunes et les personnes handicapées, un travail décent et un salaire égal pour un travail de valeur égale

Indicateur 8.5.1 : Rémunération horaire moyenne des salariés hommes et femmes, ventilée par profession, groupes d'âge et types de handicap (parmi les personnels de santé)

ODD cible 8.b : D'ici à 2020, élaborer et mettre en œuvre une stratégie mondiale en faveur de l'emploi des jeunes et appliquer le Pacte mondial pour l'emploi de l'Organisation internationale du Travail

Indicateur 8.b.1 : Dépenses publiques totales consacrées aux programmes de protection sociale et d'emploi (en pourcentage des budgets nationaux et du PIB)

Mesure du succès

Le succès des recommandations et des actions stratégiques de la Commission pourra être mesuré à la lumière des progrès accomplis dans les ODD 3, 4, 5 et 8. Une liste indicative des cibles et indicateurs des ODD les plus pertinents pour les recommandations de la Commission est fournie dans l'encadré 11. Leur mesure et la communication des données par rapport aux indicateurs applicables seront par conséquent harmonisées avec le travail du Groupe de haut niveau des Nations Unies pour le partenariat, la coordination et le renforcement des capacités dans le domaine des statistiques relatives au Programme de développement durable à l'horizon 2030. Le Forum mondial sur les données du développement durable, qui sera accueilli par le gouvernement sud-africain en janvier 2017, sera l'occasion de garantir cette harmonisation.

Le succès ne dépendra pas seulement de la réduction des disparités entre les pays, mais également de la lutte contre les inégalités dans l'accès aux professionnels de santé au niveau national (entre zones urbaines et rurales, et entre secteurs privé et public). Il est essentiel de mettre durablement l'accent sur l'égalité d'accès au sein des pays. Ceux-ci doivent par conséquent ventiler les données de manière à déterminer la densité et la répartition du personnel de santé, au titre de la cible 3c des ODD. La ventilation des données doit se faire conformément aux définitions standardisées et aux exigences de l'OMS relatives, d'une part, à la communication de l'information sur la densité des professionnels de santé pour 1 000 habitants à l'échelle infranationale (districts) et, d'autre part, à la répartition des professionnels de santé par établissement/institution. Le respect de ces consignes permettra une communication de l'information harmonisée au sein des pays et d'un pays à l'autre.

Conclusion

Le présent rapport conclut les travaux de la Commission, et nous nous engageons à garantir la mise en œuvre de ses recommandations et à en assurer le suivi. Nous avons aujourd'hui la possibilité de développer des emplois pérennes en santé dans tous les pays d'ici 2030, en façonnant les 40 millions de professionnels requis — volume à l'ampleur inédite — et en palliant la pénurie de 18 millions d'agents de santé. En optimisant les retombées socioéconomiques des investissements consacrés au personnel de santé, nous pourrions assurer travail décent, croissance économique inclusive, sécurité humaine et couverture universelle en santé.

La création de cette Commission ayant été demandée par l'Assemblée générale des Nations Unies en décembre 2015, nous avons hâte de voir cette dernière approuver le présent rapport et reconnaître ainsi que l'investissement dans de nouveaux emplois dans le secteur sanitaire et social est un levier essentiel pour la mise en œuvre du Programme 2030.

Dans aucun pays nous ne pouvons maintenir les choses en l'état. Relever les défis sanitaires du XXI^e siècle liés aux changements démographiques, épidémiologiques et technologiques requiert un personnel de santé armé pour la promotion de la santé, la prévention des maladies et la mise en place de services de santé communautaires à dimension humaine. Sans cela, même les pays les plus riches se trouveront confrontés à des difficultés susceptibles de nuire à leur cohésion sociale et à leur prospérité. L'occasion nous est donnée de redéfinir les réponses habituelles et de donner l'impulsion d'une nouvelle action collective. Les pays et les parties prenantes doivent agir avec audace, ensemble.

Commissaires

CO-PRÉSIDENTS



S.E. M. François Hollande
Président de la
République française



S.E. M. Jacob Zuma
Président de la République
d'Afrique du Sud

COMMISSAIRES



Mme Anu Aga
Membre de la Chambre
haute du Parlement indien



**S.A.R. la Princesse
Muna al-Hussein**
Princesse de Jordanie,
promotrice de la santé
mondiale pour les soins
infirmiers et obstétricaux



Dr Vytenis Andriukaitis
Commissaire à la Santé et
à la Sécurité alimentaire,
Commission européenne



Mme Rosalinda Baldoz
Département du Travail et
et de l'Emploi, Philippines



M. Bent Høie
Ministre de la Santé et des
Soins, Norvège



Dr Maris Jesse
Secrétaire générale adjointe
du ministère des Affaires
sociales, Estonie



Mme Susana Malcorra
Ministre des Affaires
étrangères et du Culte,
Argentine



Dr Alaa Murabit
Fondatrice de La voix
des femmes libyennes,
promotrice des objectifs de
développement durable



Prof. Keizo Takemi
Membre de la Chambre
des conseillers, Japon



M. George K Werner
Ministre de l'Éducation,
Libéria



Prof. Muhammad Yunus
Cofondateur et Président de
Yunus Social Business, prix
Nobel de la Paix

CO-VICE-PRÉSIDENTS



Dr Margaret Chan
Directeur général
Organisation mondiale
de la Santé



M. Guy Ryder
Directeur général
Organisation internationale
du Travail



M. Angel Gurría
Secrétaire Général Organisation
de Coopération et de
Développement Économiques



Dr Midalys Castilla
Cofondatrice de l'École
latino-américaine de
médecine, Cuba



**Dr Nkosazana
Dlamini-Zuma**
Présidente, Commission
de l'Union africaine



M. Moussa Dosso
Ministre de l'Emploi, des
Affaires sociales et de la
Formation professionnelle,
Côte d'Ivoire



M. Hermann Gröhe
Ministre fédéral de
la Santé, Allemagne



**Prof. Jane Naana
Opoku-Agyemang**
Ministre de l'Éducation,
Ghana



Mme Rosa Pavanelli
Secrétaire générale
de l'Internationale des
services publics



Dr Judith Shamian
Présidente du Conseil
international des infirmières



Prof. Joseph Stiglitz
Economiste, prix Nobel
d'Économie

Références et notes

1. Une croissance économique inclusive est une croissance économique qui crée des opportunités pour tous les segments de la population et qui distribue équitablement dans l'ensemble de la société les dividendes à la fois monétaires et non monétaires d'une prospérité accrue.
2. Un travail décent est un travail productif qui garantit un revenu équitable, la sécurité sur le lieu de travail, la protection sociale des familles, de meilleures perspectives de développement personnel et d'intégration sociale, la liberté pour les individus d'exprimer leurs préoccupations, de s'organiser et de participer aux décisions qui affectent leur vie, et l'égalité des chances et de traitement pour tous.
3. La couverture universelle en santé signifie que chaque individu et chaque communauté a accès aux services de promotion de la santé, de prévention, de traitement, de réadaptation et de soins palliatifs dont elle a besoin, que ces services sont d'une qualité suffisante pour être efficaces et que leur utilisation n'expose pas l'utilisateur à des difficultés financières.
4. Joint Learning Initiative. Human resources for health: overcoming the crisis, Cambridge : président et confrères du Harvard College ; 2004 (http://www.who.int/hrh/documents/JLi_hrh_report.pdf, consulté le 30 août 2016).
5. Rapport sur la santé dans le monde 2006 : Travailler ensemble pour la santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2006 (http://www.who.int/whr/2006/whr06_fr.pdf?ua=1, consulté le 20 août 2016).
6. Ministres des Affaires étrangères du Brésil, de la France, de l'Indonésie, de la Norvège, du Sénégal, de l'Afrique du Sud et de la Thaïlande. Déclaration ministérielle d'Oslo – La santé mondiale est aujourd'hui un problème de politique étrangère à traiter d'urgence. *Lancet*. 21 avril 2007 ; 369(9570):1373-1378. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60498-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60498-X) PMID:17448824
7. Résolution A/RES/70/183. Santé mondiale et politique étrangère : améliorer la gestion des crises sanitaires internationales. Dans : Soixante-dixième session de l'Assemblée générale des Nations Unies, New York, 17 décembre 2015. New York (NY) : Nations Unies ; 2015 (<http://research.un.org/fr/docs/ga/quick/regular/70>, consulté le 5 septembre 2016).
8. Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon 2030. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (http://www.who.int/hrh/resources/global_strategy2030fr.pdf).
9. Horton R (directeur), Araujo E, Bhorat H, Bruysten S, Jacinto CG, McPake B et al., Rapport final du groupe d'experts à la Commission de haut niveau sur l'Emploi en Santé et la Croissance économique, Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250040/1/9789241511285-eng.pdf>).
10. Jamison DT, Summers LH, Alleyne G, Arrow KJ, Berkley S, Binagwaho A, et al., Global health 2035: a world converging within a generation. *Lancet*. 7 décembre 2013 ; 382(9908):1898-1955. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62105-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62105-4) PMID:24309475
11. Horton S, Ross J. The economics of iron deficiency. *Food Policy*. 2003 ; 28(1):51–75. [http://dx.doi.org/10.1016/S0306-9192\(02\)00070-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0306-9192(02)00070-2)
12. Hunt JM. The potential impact of reducing global malnutrition on poverty reduction and economic development. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2005 ; 14(S):10–38.
13. Grantham-McGregor S, Cheung YB, Cueto S, Glewwe P, Richter L, Strupp B ; International Child Development Steering Group. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet*. 6 janvier 2007 ; 369(9555):60–70. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60032-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60032-4) PMID:17208643
14. Gouvernement du Royaume-Uni. Alcohol misuse: how much does it cost? Londres : Office for National Statistics ; 2012.
15. Hemp P. Presenteeism: at work—but out of it. *Harv Bus Rev*. Octobre 2004 ; 82(10):49–58, 155. PMID:15559575
16. Chisholm D, Sweeny K, Sheehan P, Rasmussen B, Smit F, Cuijpers P, et al., Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry*. Mai 2016 ; 3(5):415–24. [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30024-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30024-4) PMID:27083119
17. Boulhol H, Scarpetta S, et al., Generation next: how to prevent ageing unequally. OECD ELS/SA Committee Paper 2015/25. Paris : Organisation de coopération et de développement économiques ; 2015.
18. Le PNUD définit le dividende démographique comme étant le potentiel de croissance économique pouvant résulter de l'évolution de la pyramide des âges, surtout lorsque la part de la population en âge de travailler (de 15 à 64 ans) est plus importante que le reste de la population (personnes de 14 ans et moins et de 65 ans et plus).
19. Bloom DE, Canning D, Sevilla J. The Effect of Health on Economic Growth: A Production Function Approach. *World Dev*. 2004 ; 32(1):1-13. <http://dx.doi.org/10.1016/j.worlddev.2003.07.002>
20. Lauer J, Soucat A, Reinikka R, Araujo E, Weakliam D. Pathways: the health system, health employment, and economic growth. In : Buchan J, Dhillon I, Campbell J, dir., Health employment and economic growth: an evidence base. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 [à paraître].
21. Henke K-D. The economic and the health dividend of the health care system. Présentation au : Forum sur la santé, Vilnius, Lituanie, 19–20 novembre 2013.
22. Health expenditure. In : OCDE : Des politiques meilleures pour une vie meilleure [site Internet]. Paris : Organisation de coopération et de développement économiques ; 2016 (<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-expenditure.htm>, consulté le 30 août 2016).
23. GDP ranking. In : Banque Mondiale : Œuvrer pour un monde sans pauvreté [site Internet]. Washington (DC) : Groupe de la Banque mondiale ; 2016 (<http://data.worldbank.org/data-catalog/GDP-ranking-table>, consulté le 30 août 2016).
24. La cible 1.3 des ODD appelle à mettre en place des systèmes et mesures de protection sociale pour tous, adaptés au contexte national, y compris des socles de protection sociale.
25. Jain-Chandra S, Kinda T, Kochhar K, Piao S, Schauer J. Sharing the growth dividend: analysis of inequality in Asia. [Document de travail 16/48]. Washington (DC) : Fonds monétaire international ; 2016 (<https://www.imf.org/external/pubs/cat/longres.aspx?sk=43767.0>, consulté le 30 août 2016).
26. Dabla-Norris E, Kochhar K, Suphaphiphat N, Ricka F, Tsounta E. Causes and consequences of income inequality : a global perspective. [Notes de discussion du personnel n° 15/13]. Washington (DC) : Fonds monétaire international ; 2015 (<https://www.imf.org/external/pubs/cat/longres.aspx?sk=42986.0>, consulté le 30 août 2016).

27. Tous concernés : Pourquoi moins d'inégalité profite à tous. Paris : Organisation de coopération et de développement économiques ; 2015 (<http://www.oecd.org/fr/social/tous-concernes-pourquoi-moins-d-inegalite-profite-a-tous-9789264235519-fr.htm>, consulté le 30 août 2016).
28. Ostry JD, Berg A, Tsangarides CG. Redistribution, inequality and growth. [Notes de discussion du personnel n° 14/2]. Washington (DC) : Fonds monétaire international ; 2014 (<https://www.imf.org/external/pubs/cat/longres.aspx?sk=41291.0>, consulté le 30 août 2016).
29. Stiglitz JE. The price of inequality: how today's divided society endangers our future. New York : WW Norton & Company ; 2012.
30. Turner A, Hughes-Cromwick P, Miller G, Daly M. Health sector job growth flat for the first time in a decade: is long-anticipated slow down here? [Synthèse de travail 13-08]. Ann Arbor : Altarum Institute ; 2013.
31. Fiscal sustainability of health systems: bridging health and finance perspectives. Paris : Organisation de coopération et de développement économiques ; 2015. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233386-en>
32. Commission chargée de créer un cadre sur les risques sanitaires mondiaux pour l'avenir. National Academy of Medicine, secrétariat. The neglected dimension of global security: a framework to counter infectious disease crises. Washington (DC) : The National Academies Press ; 2016. <http://dx.doi.org/10.17226/21891>
33. Perspectives économiques régionales, Afrique subsaharienne : Faire face à un environnement qui se dégrade, octobre 2015 [Études économiques et financières]. Washington (DC) : Fonds monétaire international ; 2015 (<https://www.imf.org/external/french/pubs/ft/reo/2015/af/sreo1015f.pdf>, consulté le 30 août 2016).
34. Perspectives économiques régionales, Afrique subsaharienne : Faire face aux vents contraires, avril 15 [Études économiques et financières]. Washington (DC) : Fonds monétaire international ; 2015 (<https://www.imf.org/external/french/pubs/ft/reo/2015/af/pdf/sreo0415f.pdf>, consulté le 30 août 2016).
35. The economic impact of the 2014 Ebola epidemic: short and medium term estimates for West Africa. Washington (DC) : Banque mondiale ; 2014 (<http://documents.worldbank.org/curated/en/524521468141287875/The-economic-impact-of-the-2014-Ebola-epidemic-short-and-medium-term-estimates-for-West-Africa>, consulté le 30 août 2016).
36. La réponse du Groupe de la Banque mondiale face à la crise Ebola : Données clés, 6 avril 2016. In : La Banque mondiale : Œuvrer pour un monde sans pauvreté [site Internet]. Washington, D.C. : Banque mondiale ; 2016 (<http://www.banquemondiale.org/fr/topic/health/brief/world-bank-group-ebola-fact-sheet>, consulté le 30 août 2016).
37. Aitken M, Gorokhovich L. Advancing the responsible use of medicines: applying levers for change. Danbury : IMS Institute for Healthcare Informatics; septembre 2012. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2222541>.
38. Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar-Rivera AM, Musgrove P, Evans T. Protecting households from catastrophic health spending. Health Affairs (Millwood). Juillet-août 2007 ; 26(4):972–983. <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.26.4.972> PMID : 17630440
39. 2014-2015 West Africa Ebola crisis: impact update. Washington, D.C. : Banque mondiale ; 2016 (<http://www.worldbank.org/en/topic/macroeconomics/publication/2014-2015-west-africa-ebola-crisis-impact-update>, consulté le 5 septembre 2016).
40. James C. Health and inclusive growth: changing the dialogue. In : Buchan J, Dhillon I, Campbell J, dir., Health employment and economic growth: an evidence base. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 [à paraître].
41. Helse-og sosialpersonell, 2015, 4. kvartal. In : Statistics Norway [site Internet]. Oslo : Statistics Norway (SSB) ; 2016 (<http://ssb.no/hesospers>, consulté le 30 août 2016).
42. Zhang G, Chen H, Li X, Yan L, Jia Y. Study report of assessment of HRH management policies and practices in China. Beijing: National Health Development Research Center; 2015.
43. Human resource and skill requirements in the healthcare sector (2013-2017, 2017-2022), volume 14. New Delhi : National Skill Development Corporation ; 2015 (<http://www.nsdindia.org/sites/default/files/files/Healthcare.pdf>, consulté le 30 août 2016).
44. National health profile of India – 2015. New Delhi : Central Bureau of Health Intelligence-India ; 2015 (<http://www.cbhidghs.nic.in/E-Book%20HTML-2015/index.html>, consulté le 30 août 2016).
45. Scholz S, Greiner W. Regional disparities in outpatient physician supply in Germany. In : Buchan J, Dhillon I, Campbell J, dir., Health employment and economic growth: an evidence base. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 [à paraître].
46. Cometto G, Scheffler R, Liu J, Maeda A, Tomblin-Murphy G, Hunter D, *et al.* Health workforce needs, demand and shortages to 2030: an overview of forecasted trends in the global health labour market. In : Buchan J, Dhillon I, Campbell J, dir., Health employment and economic growth: an evidence base. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 [à paraître].
47. Scheil-Adlung X, Nove A. Global estimates of the size of the health workforce contributing to the health economy: the potential for creating decent work in achieving universal health coverage. In : Buchan J, Dhillon I, Campbell J, dir., Health employment and economic growth: an evidence base. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 [à paraître].
48. Liu J, Goryakin Y, Maeda A, Bruckner T, Scheffler R. Global health workforce labor market projections for 2030. [Document de travail de recherche sur les politiques 7790] Washington, D.C. : Banque mondiale ; 2016 (<http://documents.banquemondiale.org/curated/fr/546161470834083341/Global-health-workforce-labor-market-projections-for-2030>, consulté le 30 août 2016).
49. Magar, V., Gerecke, M., Dhillon, I., Campbell, J. Women's contributions to sustainable development through work in health: using a gender lens to advance a transformative 2030 agenda. In : Buchan J, Dhillon I, Campbell J, dir., Health employment and economic growth: an evidence base. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 [à paraître].
50. Investir dans l'économie des soins : Une analyse par sexe d'une stimulation de l'emploi dans sept pays de l'OCDE, mars 2016. Bruxelles : Confédération syndicale internationale ; 2016 (<http://www.ituc-csi.org/investir-dans-l-economie-des-soins?lang=fr>, consulté le 5 septembre 2016).
51. Boumphrey S. Special report: the world's youngest populations. [blog]. Londres : Euromonitor International ; 2012 (<http://blog.euromonitor.com/2012/02/special-report-the-worlds-youngest-populations.html>, consulté le 5 septembre 2016).

52. Tendances mondiales de l'emploi des jeunes 2015 : Accroître les investissements dans l'emploi décent pour les jeunes. Genève : Organisation internationale du Travail ; 2015 (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-dgreports/-dcomm/documents/publication/wcms_412019.pdf, consulté le 30 août 2016).
53. Programme mondial pour l'évaluation des ressources en eau (WWAP) des Nations Unies. Rapport mondial sur la mise en valeur des ressources en eau de 2016 : L'eau et l'emploi. Paris : Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture ; 2016 (<http://unesdoc.unesco.org/images/0024/002441/244163f.pdf>, consulté le 30 août 2016).
54. The health workforce in India [Human Resources for Health Observer, n° 16]. Genève : Organisation mondiale de la Santé (http://www.who.int/hrh/resources/hwindia_healthobs16/en/, consulté le 9 septembre 2016).
55. Hartwig J. What drives health care expenditure?—Baumol's model of 'unbalanced growth' revisited. *J Health Econ.* Mai 2008 ; 27(3):603–23. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhealeco.2007.05.006> PMID :18164773
56. Hartwig J. Can Baumol's model of unbalanced growth contribute to explaining the secular rise in health care expenditure? An alternative test. *Applied Economics.* 2011 ; 43(2):173-84. <http://dx.doi.org/10.1080/00036840802400470>
57. Arcand JL, Araujo, EC, Weber M. Health sector employment, health care expenditure and economic growth: what are the Links? Washington (DC) : Groupe de la Banque mondiale ; manuscrit.
58. Rajan RG, Zingales L. Financial dependence and growth. *American Economic Review.* 1998 ; 88(3):559–586.
59. Aiken LH. Economics of nursing. Policy, Politics, & Nursing Practice. Mai 2008 ; 9(2):73-9. <http://dx.doi.org/10.1177/1527154408318253> PMID :18480318
60. Les compétences sont les connaissances, les capacités et les comportements requis à l'exercice d'une profession.
61. Selon l'OIT, 52 % de la population rurale n'a pas accès aux services de santé en raison du manque de professionnels de santé qualifiés, contre 24 % de la population urbaine (77 % comparé à 50 % en Afrique subsaharienne) [Scheil-Adlung X, dir., Global evidence on inequities in rural health protection: new data on rural deficits in health coverage for 174 countries (ESS document n° 47). Genève : Organisation internationale du Travail ; 2015 (<http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourcePDF.action?ressource.ressourceId=51297>, consulté le 30 août 2016).
62. La pérennité de la main d'œuvre reflète un marché du travail de la santé dynamique dans lequel les effectifs répondent au mieux aux demandes et aux besoins en matière de santé, mais également dans lequel les besoins futurs sont anticipés, traités de façon adaptée et profitent de ressources viables sans que les performances des systèmes de santé des autres pays ne soient menacés.
63. Sousa A, Scheffler RM, Nyoni J, Boerma T. A comprehensive health labour market framework for universal health coverage. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé.* Novembre 2013 1;91(11):892–894. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.118927> PMID:24347720
64. Rapport du Secrétaire général sur le Développement des ressources humaines. Thème de travail : « Unlocking the human potential for the post-2015 development agenda » In : Soixante-dixième session de l'Assemblée générale des Nations Unies, New York, 17 décembre 2015. New York, N.Y. : Nations Unies ; 2015.
65. Une description reconnue de façon internationale de ce qu'est le « travail décent » est proposée dans la Déclaration de l'OIT sur la justice sociale pour une mondialisation équitable, adoptée par la Conférence internationale du Travail à sa quatre-vingt-dix-septième session, Genève, 10 juin 2008. Genève : Organisation internationale du Travail ; 2008 http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-dgreports/-cabinet/documents/genericdocument/wcms_371205.pdf, consulté le 30 août 2016).
66. Gender, women and primary health care renewal: a discussion paper. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2010 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44430/1/9789241564038_eng.pdf, consulté le 5 septembre 2016).
67. Déclaration de l'OIT relative aux principes et droits fondamentaux au travail et son suivi, adoptée par la Conférence internationale du Travail à sa quatre-vingt-sixième session, Genève, 18 juin 1998. Genève : Organisation internationale du Travail ; 1998 (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-ed_norm/-/declaration/documents/publication/wcms_467654.pdf, consulté le 30 août 2016).
68. McKinsey Global Institute. Delivering the power of parity: how advancing women's equality can add \$12 trillion to global growth. New York, N.Y. : McKinsey and Company, 2016 (<http://www.mckinsey.com/global-themes/employment-and-growth/how-advancing-womens-equality-can-add-12-trillion-to-global-growth>, consulté le 5 septembre 2016).
69. Moreira L, Lafortune G. Equipping health workers with the right skills, in the right mix and in the right number, in OECD countries. In : Buchan J, Dhillon I, Campbell J, dir., Health employment and economic growth: an evidence base. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 [à paraître].
70. Suhrcke M, Goryakin Y, Mirelman A. Evidence on the effectiveness and cost-effectiveness of nursing and midwifery: a rapid review. In : Buchan J, Dhillon I, Campbell J, dir., Health employment and economic growth: an evidence base. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 [à paraître].
71. Evans T, Chowdhury AH, Bhuiya I. Les sages-femmes : « meilleur investissement possible » pour les soins de santé primaires. [Encadré 12]. L'état de la pratique de sage-femme dans le monde 2014 – Sur la voie de l'universalité. Le droit de la femme à la santé. New York : Fonds des Nations Unies pour la population ; 2014 (http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/FRENCH_SOWMY2014_complete.pdf, consulté le 30 août 2016).
72. Youth civic engagement: world youth report. New York, N.Y. : Nations Unies ; 2016 (http://www.unworldyouthreport.org/images/docs/un_world_youth_report_youth_civic_engagement.pdf, consulté le 30 août 2016).
73. Une main-d'œuvre qualifiée pour une croissance forte, durable et équilibrée : Une stratégie de formation du G20. Genève : Organisation internationale du Travail ; 2011 (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-ed_emp/-ifp_skills/documents/publication/wcms_175889.pdf, consulté le 30 août 2016).
74. Comme défini par l'OIT : Les agents de santé communautaire assurent une éducation à la santé et sont les correspondants de référence pour une large gamme de services. Ils offrent également soutien et assistance aux communautés, familles et individus par le biais de mesures de santé préventive et en permettant l'accès aux services de soins curatifs et aux services sociaux appropriés. Ils sont le lien entre les prestataires de services sanitaires, sociaux et communautaires et les communautés susceptible d'avoir des difficultés à y accéder [Classification internationale type des professions (CITP) 08, anglais]

75. Health in 2015: from MDGs to SDGs. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/200009/1/9789241565110_eng.pdf?ua=1, consulté le 30 août 2016).
76. École Latino-Américaine de médecine, Cuba.
77. Les réglementations doivent s'efforcer d'être proportionnées aux risques encourus, cohérentes, ciblées, transparentes, justifiables et souples afin de s'adapter aux changements anticipés [*Right touch regulation*] In : Professional Standards Authority (site Internet). Londres : Professional Standards Authority ; 2016 (<http://www.professionalstandards.org.uk/what-we-do/improving-regulation/right-touch-regulation>, consulté le 30 août 2016).
78. Comme par exemple sous les noms de : conseils sectoriels pour les compétences (*sector skills councils*) en Inde et au Royaume-Uni ; conseils industriels pour les compétences (*industry skills councils*) en Australie et au Bangladesh ; *Workforce Development Board* aux États-Unis ; centres de connaissances (*knowledge centres*) aux Pays-Bas.
79. Herrera MEB, Roman FL, Alarilla MCI. Overview of health sector reform in the Philippines and possible opportunities for public-private partnerships [Working Paper Series 10-002]. Makati : Asian Institute of Management (AIM) ; 2010 (<http://goo.gl/3cdfrb>, consulté le 30 août 2016).
80. Al-Shorbaji N, Atun R, Car J, Majeed A, Wheeler J, dir., eLearning for undergraduate health professional education: a systematic review informing a radical transformation of health workforce development. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015 (http://www.who.int/hrh/documents/elearning_hwf, consulté le 30 août 2016).
81. The future of jobs: employment, skills and workforce strategy for the fourth industrial revolution, janvier 2016 [Global Challenge Insight Report]. Cologne/Genève : Forum économique mondial ; 2016 (http://www3.weforum.org/docs/WEF_Future_of_Jobs.pdf, consulté le 5 septembre 2016).
82. Higgins JM. The fourth singularity and the future of jobs. *World Future*, 2013 ; 5(1):11-23. <http://dx.doi.org/10.1177/1946756712473437>.
83. Global trends: forced displacement in 2015. Genève : Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés ; 2016 (<http://www.unhcr.org/576408cd7>, consulté le 5 septembre 2016).
84. Global estimates 2015: people displaced by disasters. Châtelaine/Genève : Internal Displacement Monitoring Centre ; 2015 (<http://www.internal-displacement.org/publications/2015/global-estimates-2015-people-displaced-by-disasters>, consulté le 5 septembre 2016).
85. La situation des mères dans le monde 2014: Sauver les mères et les enfants en situations de crise humanitaire. Westport, Connecticut : Save the Children ; 2014 (https://assets.savethechildren.ch/downloads/french_report_pdf.pdf, consulté le 5 septembre 2016).
86. Attacks on health care: prevent, protect, provide. Report on attacks on health care in emergencies, based on consolidated secondary data 2014 and 2015. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (<http://www.who.int/hac/tech-guidance/attacksreport.pdf?ua=1>, consulté le 30 août 2016).
87. Résolution S/RES/2286. Protection des civils en période de conflit armé. In : Conseil de sécurité des Nations Unies, New York, 3 mai 2016. New York, N.Y. : Nations Unies ; 2016 ([http://www.un.org/fr/documents/view_doc.asp?symbol=S/RES/2286\(2016\)](http://www.un.org/fr/documents/view_doc.asp?symbol=S/RES/2286(2016)), consulté le 5 septembre 2016).
88. Résolution A/RES/69/132. Santé mondiale et politique étrangère. In : Conseil de sécurité des Nations Unies, New York, 11 décembre 2014. New York, N.Y. : Nations Unies ; 2014 (<http://www.un.org/fr/ga/69/resolutions.shtml>, consulté le 9 septembre 2016).
89. Résolution S/RES/2175. Protection du personnel humanitaire et du personnel des Nations Unies et associé en période de conflit armé. In : Conseil de sécurité des Nations Unies, New York, 28 août 2014. New York, N.Y. : Nations Unies ; 2014 (<http://dag.un.org/handle/11176/89203>, consulté le 5 septembre 2016).
90. Evans DK, Goldstein MP, Popova A. The next wave of deaths from Ebola? the impact of health care worker mortality. [Document de travail de recherche sur les politiques]. Washington, D.C. : Banque mondiale ; 2015 (<http://documents.worldbank.org/curated/fr/408701468189853698/The-next-wave-of-deaths-from-Ebola-the-impact-of-health-care-worker-mortality>, consulté le 30 août 2016). <http://dx.doi.org/10.1596/1813-9450-7344>
91. Lauer J, Soucat A, Araujo E, Bertram M, Edejer T, Brindley C, et al. Paying for needed health workers for the SDGs: an analysis of financial and fiscal space. In : Buchan J, Dhillion I, Campbell J, dir., Health employment and economic growth: an evidence base. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 [à paraître].
92. Coady D, Parry I, Sears L, Shang B. How large are global energy subsidies? [Document de travail n° 15/105]. Washington, D.C. : Fonds monétaire international ; 18 mai 2015 (<https://www.imf.org/external/pubs/cat/longres.aspx?sk=42940.0>, consulté le 30 août 2016).
93. Flux financiers illicites : Rapport du Groupe de haut niveau sur les flux financiers illicites en provenance d'Afrique. Ad-dis-Abeba : Nations Unies, Commission économique pour l'Afrique (<http://www.uneca.org/fr/publications/flux-financiers-illicites>, consulté le 30 août 2016).
94. Rapport sur la santé dans le monde : Le financement des systèmes de santé: le chemin vers une couverture universelle. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2010 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44372/1/9789242564020_fre.pdf, consulté le 30 août 2016).
95. Financing skills for work in education 2030: the contribution of the private sector. Paris : Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture. À paraître.
96. Johanson R. A review of national training funds. [Document de travail (série numérotée) n° 15/0922]. Washington, D.C. : Banque mondiale ; 2009 (<http://documents.banquemonde.org/curated/fr/893311468178131914/pdf/521870NWP0Box345554B001PUBLIC100922.pdf>, consulté le 30 août 2016).
97. Compare countries using data from official sources [site Internet]. Washington, D.C. : Banque mondiale ; 2016 (<http://www.theglobaleconomy.com/compare-countries>, consulté le 5 septembre 2016).
98. UNCTAD: investing in Sustainable Development Goals – action plan for private investments in SDGs. Genève : Nations Unies ; 2015 (http://unctad.org/en/PublicationsLibrary/osg2015d3_en.pdf, consulté le 30 août 2016).
99. SDG indicators: metadata repository [site Internet]. New York, N.Y. ; Division de statistique de l'ONU : 2016 (<http://unstats.un.org/sdgs/metadata/>, consulté le 5 septembre 2016).

ANNEXE 1: Termes de référence

Contexte

1. Les Objectifs de Développement Durable (ODD), adoptés par les Etats membres des Nations Unies en septembre 2015, définissent un programme ambitieux, surtout s'agissant de permettre à tous de vivre en bonne santé, dans un contexte où la récente épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest a confirmé l'urgence de mettre en place des systèmes de santé résilients et de renforcer le système de sécurité sanitaire mondiale. Cela suppose d'appliquer de façon résolue le Règlement sanitaire international, et la feuille de route des Nations unies pour le renforcement des systèmes de santé et de la vie saine, impliquant un investissement dans les professionnels de santé.
2. Les besoins en professionnels de santé pour ce faire sont immenses. D'ici 2030, l'économie mondiale devrait engendrer la création d'environ 40 millions de nouveaux emplois dans le secteur de la santé, surtout dans les pays à revenu moyen et élevé. Cette demande devrait s'avérer inégale cependant, car en dépit de la croissance de l'emploi, les projections font état d'une pénurie prévue de 18 millions de professionnels de santé pour atteindre les Objectifs de Développement Durable dans les pays à revenu faible ou à revenu moyen inférieur. Ces constats pourront s'aggraver en raison de tendances à la hausse des migrations des professionnels de santé, en particulier en provenance de pays ayant des systèmes de santé fragiles.
3. Ce décalage menace l'équilibre des systèmes de santé et la sécurité sanitaire mondiale. Une stratégie mondiale, déclinée localement, est donc indispensable pour appuyer le développement déterminé et équitable de ces emplois, en ligne avec les objectifs généraux fixés par l'ONU, le G7 et le G20.
4. Développer l'emploi dans le secteur sanitaire et social n'est pas seulement un impératif de santé publique internationale. C'est aussi une opportunité économique et sociale majeure pour favoriser une croissance économique inclusive et la création d'emplois décents, en particulier pour les femmes et les jeunes. Malgré la crise financière mondiale, le taux de croissance dans le secteur sanitaire et social a dépassé celui de la plupart des autres domaines d'activité. Cet essor contribue à la croissance économique mondiale et représente actuellement 10,3 % de la richesse mondiale.
5. La promotion de l'investissement dans la formation en santé devrait reposer sur la conciliation de principes clairs :
 - ▶ La possibilité d'être formé dans son pays d'origine, ce qui suppose de développer les capacités d'enseignement dans les pays à faible revenu, au moyen notamment d'un renforcement des partenariats de recherche scientifique, de formation professionnelle, et universitaires ;
 - ▶ la nécessité d'investir dans des filières de professionnels de santé destinées plus particulièrement à servir dans les zones géographiques mal desservies et à étendre la couverture des soins à l'ensemble des populations ;

- ▶ le droit à la mobilité, dans un contexte où l'acquisition et le développement des compétences passent par l'échange et la circulation des savoirs, et donc par l'accueil d'étudiants étrangers ;
- ▶ la nécessité de mieux gérer l'offre et la demande sur les marchés du travail nationaux, régionaux et mondiaux et d'anticiper les flux migratoires afin de ne pas décourager les investissements en santé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et de rompre ainsi le cercle vicieux de pertes de compétences.

6. Investir dans la santé suppose que des financements soient assurés et garantissent un accès universel à des services de santé essentiels de qualité et abordables.

Du côté de l'offre, la création de grands fonds au cours des années 2000 (Fonds mondial de lutte contre le Sida, le paludisme et la tuberculose, Alliance GAVI, UNITAID) a permis de faire baisser le coût des traitements et des vaccins et de les rendre accessibles à des populations qui en étaient auparavant privées. Cette action doit se poursuivre, en particulier au niveau mondial, en ayant pour objectif le renforcement des systèmes de santé et l'intégration des services de santé centrés sur la personne.

En parallèle, la demande de soins dans les pays doit être solvabilisée, de manière à donner aux investissements en santé leur plein effet utile et leur rentabilité, notamment sociale. La valorisation économique des professionnels de santé, pourvoyeurs non seulement de bien-être aux populations, mais également acteurs économiques rentables et permettant de développer une force productive en bonne santé, est à ce titre un atout à afficher. Par ailleurs, à côté du rôle que peut jouer l'aide publique au développement et de l'investissement du secteur

- ▶ d'augmenter la part des ressources publiques affectées à la santé, à l'instar de l'engagement pris par les chefs d'Etats africains de consacrer 15 % des budgets de leur pays à ce secteur (déclaration d'Abuja, 2001) ; ou
- ▶ de dégager de nouvelles recettes publiques globales, comme par exemple les taxes sur l'alcool ou le tabac, les financements innovants passant par les nouvelles technologies – téléphone portable –, la taxation des transactions financières ou des industries extractives, etc.

7. En décembre 2015, par la résolution 70/183, l'Assemblée générale des Nations Unies a reconnu que l'investissement dans les « nouveaux emplois de la santé peut aussi ajouter une valeur socioéconomique à l'économie mondiale et aux économies nationales et contribuer à Commission sur l'Emploi en Santé et la Croissance économique 3 la mise en oeuvre du Programme de développement durable à l'horizon 2030 », et a demandé au Secrétaire général des Nations Unies d'envisager les mesures à prendre pour remédier à la pénurie de professionnels de la santé qualifiés. Cette initiative constitue une réponse à la demande des États membres.

Champ d'étude de la Commission

8. La Commission des Nations Unies sur l'Emploi en Santé et la Croissance économique (« la Commission ») a pour objectif de formuler des propositions d'actions sur la manière de soutenir la création de près de 40 millions d'emplois pérennes dans le secteur santé d'ici à 2030, en accordant une attention particulière pour remédier à la pénurie prévue de 18 millions de professionnels de santé d'ici 2030, principalement dans les pays à revenu faible ou à revenu moyen inférieur. Ces actions devront contribuer à stimuler à la fois une croissance économique mondiale inclusive, la création d'emplois décent et l'atteinte de la Couverture Universelle en Santé, ainsi qu'à atteindre les objectifs de développement fixés par la communauté internationale.

9. La Commission est une initiative stratégique politique conçue pour compléter les initiatives plus larges développées par d'autres agences internationales (OIM, PNUD, UNESCO, UNICEF, ONU Femmes, OMC, etc.) et des partenariats mondiaux en santé (Fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme, GAVI, ONUSIDA, UNITAID).

10. Plus spécifiquement, les tâches de la Commission sont les suivantes :

a. *déterminer (i) les conditions nécessaires pour que les investissements consacrés à l'emploi dans le secteur sanitaire et social induisent une croissance économique inclusive* (en particulier pour les femmes et les jeunes) en créant une source locale et durable de nouveaux emplois décent, (ii) en quoi ce secteur contribue plus largement à l'économie et à l'emploi dans les pays, et estimer les coûts socio-économiques de l'inaction (notamment en matière de sécurité sanitaire mondiale et de perte de croissance économique) ;

b. *identifier les freins au développement des capacités en ressources humaines en santé pour atteindre les Objectifs de Développement Durable (ODD) et progresser vers la Couverture Universelle en Santé (CUS)*, en tenant compte des évaluations et perspectives pour les 15 prochaines années en matière de demande et de production de professionnels (au niveau mondial, par région et grandes spécialités) ;

c. *analyser les risques de déséquilibres mondiaux et régionaux et les inégalités dans la répartition des ressources humaines en santé*, et, compte tenu des défis sanitaires spécifiques qui se posent selon les régions du monde, mesurer les problèmes éventuels d'inadéquation entre les besoins et les ressources humaines disponibles ;

d. *étudier les effets positifs et négatifs potentiels de la mobilité internationale* (transferts financiers, innovation, déplacement du personnel qualifié, frein au déploiement et fidélisation, discrimination et stéréotypes dans l'accès aux emplois) et proposer des alternatives innovantes et compensatrices ; Commission sur l'Emploi en Santé et la Croissance économique 4

e. *formuler des recommandations concernant la révision des modèles de formation théorique et pratique, et le développement des compétences dans le secteur sanitaire et social* afin de faciliter la production de professionnels de santé qualifiés - en particulier dans les zones géographiques défavorisées (médecins ruraux, infirmiers communautaires, etc.) - et de s'assurer que l'éventail des compétences soit en adéquation avec les services de santé prioritaires et les besoins en santé des populations ;

f. *identifier des sources de financements*, y compris innovants, nécessaires pour amorcer le changement, et déterminer comment maximiser les retours sur investissement à horizon 2030 ; g. formuler des recommandations concernant les réformes institutionnelles nécessaires – par exemple, lutte contre la corruption et mécanismes de gouvernance nationale et internationale – pour atteindre les objectifs ;

h. *formuler des recommandations pour une action multisectorielle qui impliquerait, au-delà du secteur de la santé, les secteurs économiques et sociaux*. Le développement des professionnels de santé, leur protection et leur sécurité dépendent de l'engagement de l'ensemble de l'appareil d'Etat et de ses partenaires ;

i. *déterminer les implications politiques pour les gouvernements et les partenaires clés*, et générer les engagements politiques nécessaires à l'appui de la mise en oeuvre des recommandations de la Commission.

Résultats

11. La Commission présentera son rapport au Secrétaire général de l'ONU en marge de la 71e session de l'Assemblée Générale des Nations Unies (13-26 septembre 2016). Les travaux techniques et analytiques réalisés seront mis à la disposition des décideurs et du grand public. Le rapport final (d'une vingtaine de pages) sera disponible dans les six langues officielles des Nations Unies.

Modus operandi

12. La Commission sera coprésidée par deux chefs d'Etat. Elle sera composée d'environ 25 hauts responsables gouvernementaux, représentants d'organismes internationaux, acteurs du développement, dirigeants d'organisations du secteur privé à but lucratif et non lucratif, universitaires et personnalités de la société civile.

13. Les commissaires se réuniront à deux reprises en 2016, et leurs collaborateurs désignés pourront interagir de façon continue via une plateforme de collaboration virtuelle (« groupe de contact »).

14. Un secrétariat ad hoc sera composé de membres de l'OMS, de l'OCDE et du BIT.

15. Le secrétariat de la Commission chargera un groupe d'experts indépendants (env. 12 membres) d'examiner les données factuelles et d'éclairer les débats de la Commission. /.

ANNEXE 2: Une décennie d'action

2006

Le Rapport sur la santé dans le monde 2006 met la crise du personnel de santé à l'ordre du jour du Programme d'action pour la sécurité sanitaire mondiale.

L'Alliance mondiale pour les personnels de santé (GHWA) est l'unique plateforme indépendante d'envergure mondiale qui dispose du mandat et de la capacité à rassembler toutes les parties prenantes.

2008

Le premier Forum mondial sur les ressources humaines pour la santé s'est déroulé à Kampala, en Ouganda, et avait pour but de motiver l'action collective et de catalyser l'échange de connaissances.

Adoption de la Déclaration de Kampala et du Programme pour une action mondiale afin de lutter contre la crise du personnel de santé.

2008 – 2009

Les pays du G8 reconnaissent que le personnel de santé est un élément fondamental du développement de systèmes de santé solides et notent l'importance de la Déclaration de Kampala et du Programme pour une action mondiale.

2010

Deuxième Forum mondial sur les ressources humaines pour la santé à Bangkok, en Thaïlande.

Adoption du *Code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé* de l'OMS lors de la 63^e Assemblée mondiale de la Santé.

2006

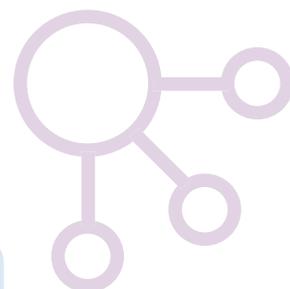
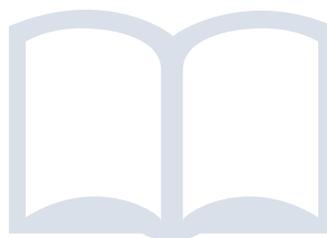
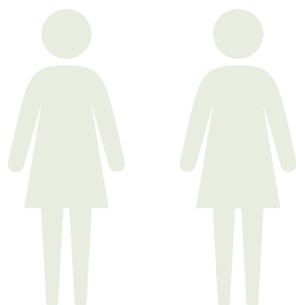
2007

2008

2009

2010

2011



2013

Troisième Forum mondial sur les ressources humaines pour la santé à Recife, au Brésil.

Cinquante-six pays se sont engagés à améliorer la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité du personnel de santé.

2014

Adoption de la *Déclaration politique de Recife* par la 67^e Assemblée mondiale de la Santé, qui reconnaît le rôle central du personnel de santé dans la progression vers la couverture sanitaire universelle.

2015

Adoption de la résolution A/RES/70/183 de l'Assemblée générale des Nations Unies demandant au Secrétaire général d'envisager des mesures destinées à pallier la pénurie mondiale de professionnels de santé qualifiés, y compris la possibilité d'établir une commission de haut niveau sur l'emploi en santé et la croissance économique futurs.

2016

Le Secrétariat général des Nations Unies lance la Commission de haut niveau sur l'Emploi en Santé et la Croissance économique à New York, aux États-Unis.

Première réunion de la Commission, à Lyon (France).

2016

Adoption de la résolution A69/38 de la 69^e Assemblée mondiale de la Santé sur la *Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030* après deux ans d'examen.

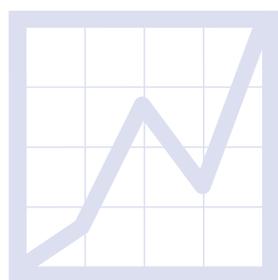
2012

2013

2014

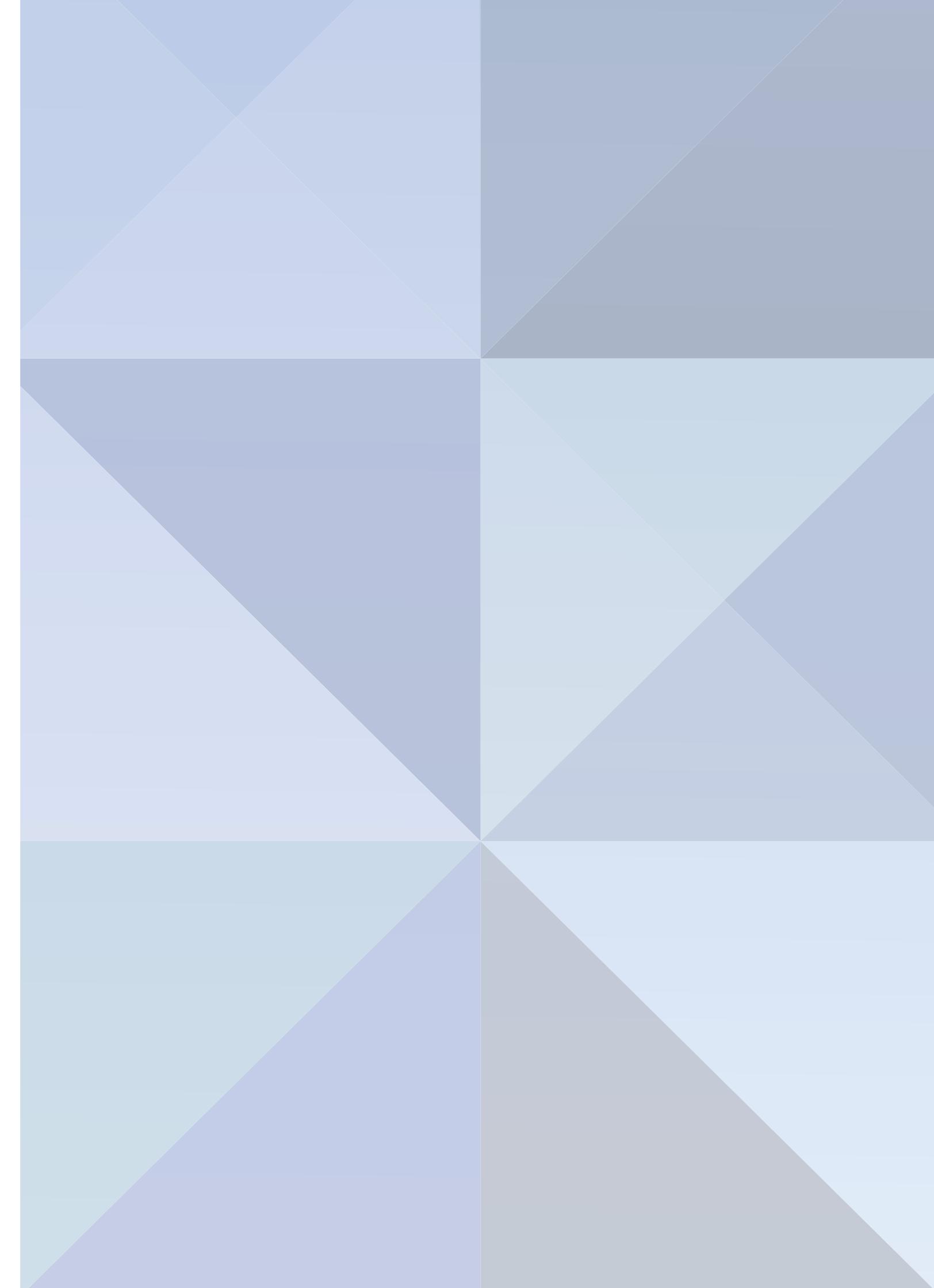
2015

2016



Septembre 2016

Deuxième réunion de la Commission/remise et lancement du rapport de la Commission, à New York (États-Unis).



Cette publication contient le rapport de la Commission de haut niveau sur l'Emploi en Santé et la Croissance économique, établie par le Secrétaire général des Nations Unies en mars 2016. Les investissements dans de nouveaux emplois dans le secteur sanitaire et social sont ainsi reconnus comme des moyens de générer de la croissance économique et de contribuer à la mise en œuvre du Programme de développement durable à l'horizon 2030. La Commission est chargée de formuler des propositions d'actions visant à stimuler la création de près de 40 millions d'emplois pérennes dans le secteur santé d'ici à 2030, en accordant une attention particulière pour remédier à la pénurie prévue de 18 millions de professionnels de santé d'ici 2030, principalement dans les pays à revenu faible ou à revenu moyen inférieur.

