



global health workforce alliance
Because they save lives

Ressources humaines et santé en Afrique : expériences, défis et réalités

Conférence GHWA – Global Health Workforce Alliance de Douala
6 au 8 juin 2007

Synthèse des débats

Gwenaël Dhaene - GIP SPSI

Sommaire

Sigles et abréviations	3
Executive summary	5
Introduction – éléments de problématique	9
Mercredi 06 juin- Jour 1	15
Daily Highlights– Points importants	15
Intervention de cadrage, Mme Hélène MAMBU-MA-DISU, OMS Cameroun	16
Témoignage de M. Georges SERRE, Ambassadeur de France au Cameroun	16
Key speech of Dr Francis OMASWA, Executive Director - GHWA	17
Discours de M. Urbain AWONO, Ministre de la Santé, Cameroun	20
Exposé de M. Jean-Marc BRAICHET, Organisation Mondiale de la Santé	20
Présentation de la Plateforme africaine	23
Présentation de l’OOAS	23
Expériences pays	23
Jeudi 07 juin – Jour 2	25
Daily Highlights– Points importants	25
Résolution de Gaborone, Union Africaine	26
Précisions de M. Urbain AWONO, Ministre de la Santé, Cameroun	26
Présentation de l’observatoire africain des personnels de santé, WHO Afro	27
La stratégie des partenaires français, Mme Marie-Odile WATY, Directrice Santé, AFD	28
Diagnostic	28
Stratégies	29
Éléments de résolution de crise, Mme Brigitte Arthur, DAEI, Ministère de la santé	30
Les partenariats hospitaliers, M. Eric DE ROODENBECKE, Fédération Hospitalière	30
Présentation du GIP ESTHER, M. Robert SIMON, Secrétaire Général	31
Recommandations des groupes de travail	31
Groupe de travail n°1 : Comment optimiser les ressources existantes ?	32
Groupe de travail n°2 : Quelles compétences pour quelles tâches ?	32
Groupe de travail n°3 : Education et formation	33
Conclusion of the GHWA Executive Director	33
Vendredi 8 juin 2007 – Jour 3	34
Daily Highlights – Points importants	34
Table ronde "travailler ensemble au niveau regional et international »	35
M. Antonio ORTIZ, MAE	35
M. Gilbert Galibaka, BAD	35
Dr Alimata DIARRA-NAMA, OMS Afro	35
Prof. Abdoulaye Diallo, OOAS	36
Mme Marie Odile WATY, AFD	36
Plan d’action de Douala	37
Annexes	39
Annexe 1 : programme	39
Annexe 2 : éléments de bibliographie	43
Annexe 3 : Liste des participants	44
Annexe 4 : éléments de cartographie	53

SIGLES ET ABBREVIATIONS

- **AFD** Agence Française de Développement
- **AMPS** Alliance Mondiale pour les Personnels de Santé
- **BAD** Banque Africaine de Développement
- **C2D** Contrat de Désendettement et de Développement
- **CEDEAO** Communauté Economique Des Etats d’Afrique de l’Ouest
- **CEMAC** Communauté Economique et Monétaire d’Afrique Centrale
- **CSR** Cadre Stratégique de Réduction de la Pauvreté
- **DAEI** Délégation aux Affaires Européennes et Internationales (Ministère de la Santé)
- **DPDEV** Direction des Politiques de Développement (Ministère des Affaires Etrangères)
- **DRH** Directeur des Ressources Humaines
- **FAC** Fonds d’Action Culturel
- **FED** Fonds Européen de Développement
- **FHF** Fédération Hospitalière de France
- **FMI** Fonds Monétaire International
- **FSP** Fonds de Solidarité Prioritaire
- **GAVI** Global Alliance for Vaccines and Immunisation
- **GDP** Gross Domestic Product
- **GHWA** Global Health Workforce Alliance
- **ESTHER** Ensemble pour des Soins et Thérapeutiques En Réseau
- **GIP SPSI** Groupement d’Intérêt Public Santé Protection Sociale Internationale
- **HR** Human Resources
- **JLI** Joint Learning Initiative
- **MAE** Ministère des Affaires Etrangères
- **MDG** Millenium Development Goal
- **OOAS** Organisation Ouest Africaine de la Santé
- **OMD** Objectifs du Millénaire pour le Développement

- **OMS** Organisation Mondiale de la Santé
- **ONUSIDA** Organisme des Nations Unies pour la lutte contre le VIH/SIDA
- **PAS** Programme d’Ajustement Structurel
- **PDRH** Plan de Développement des Ressources Humaines
- **PHC** Primary Health Care
- **PIB** Produit Intérieur Brut
- **PNDS** Plan National de Développement Sanitaire
- **PRSP** Poverty Reduction Strategy Paper
- **PVD** Pays en Voie de Développement
- **RH** Ressources Humaines
- **RHS** Ressources Humaines en Santé
- **SCAC** Service de Coopération et d’Action Culturelle
- **SSS** Stratégie Sectorielle Santé
- **SWAp** Sector Wide Approach
- **UE** Union Européenne
- **UEMOA** Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
- **USAID** US Agency for International Development
- **WHO** World Health Organisation

EXECUTIVE SUMMARY

La crise multifactorielle des ressources humaines en santé justifie son inscription à l'ordre du jour des priorités partagées par l'ensemble des partenaires du développement international. Élément essentiel et central d'un système de santé, les ressources humaines présentent un déficit évalué à 4 millions de soignants à travers le monde, dont 1 million pour la seule Afrique subsaharienne.

L'amélioration de l'état de santé des populations constitue un facteur endogène de croissance économique et de développement. Il semble par conséquent nécessaire de travailler à l'accroissement des synergies entre les stratégies nationales et les interventions des partenaires extérieurs pour juguler la pénurie des ressources humaines ; parallèlement, un travail important demeure à fournir pour assurer une fourniture de soins accessibles, équitables et de qualité, dans le cadre de systèmes de soins pérennes et performants.

L'attrition des ressources humaines dans le secteur de la santé procède de causes identifiées ; le diagnostic, partagé par toutes les parties prenantes, comprend notamment les éléments suivants :

- absence de planification suffisante, qui caractérise une inadéquation entre l'offre et la demande de soins, et explique les déséquilibres de l'offre entre les zones urbaines et rurales. Ces carences dans le recours aux outils de planification contribuent de surcroît à l'inadaptation des soignants aux pathologies des bassins de population ;
- formations initiales et/ou continues ne correspondant pas à des modèles assimilables par les Etats (modèles hospitalo-universitaires difficilement transposables) ou ne permettant pas un niveau de fourniture de soins satisfaisant ;
- sous dotation chronique du secteur, dont les ressources sont davantage assimilées à des centres de coûts qu'à des investissements pérennes contribuant à l'amélioration des performances des systèmes ;
- gel des recrutements longtemps soutenu par les institutions financières internationales, contribuant à une démotivation du personnel, ainsi qu'à une fuite importante vers des pays offrant une rémunération plus attractive ;
- absence de cadre de travail répondant aux attentes des personnels (structures et matériels déficients, mesures incitatives inexistantes) ;
- inscription des RH en santé dans un cadre de marché global, induisant un prix du marché pour ces ressources ne correspondant pas aux possibilités des pays en développement. Les coûts de formation constituent alors des investissements non rentabilisés.

Cette crise à laquelle l'OMS consacre des développements importants dans son rapport 2006 « Working together for health », nécessite par ailleurs d'adopter une conception inclusive de la notion de personnel de santé. Au-delà des soignants, les cadres et gestionnaires tout comme les personnels techniques (maintenance, ingénierie) témoignent de la profondeur et de la sévérité de la pénurie.

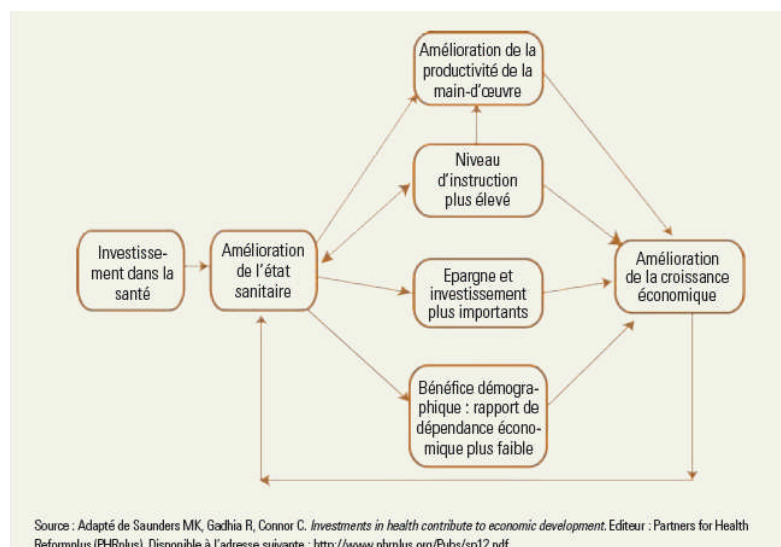
Le portage politique de cette crise et l'urgence de sa résolution tendent à lui donner une résonance particulière : la combinaison des initiatives apporte un éclairage prioritaire sur la pénurie de RH, défaillance fondamentale des systèmes de santé. Ainsi, l'AMPS multiplie les actions de résolution de crise, relayées par la plateforme africaine ou l'OOAS.

En matière de recommandations pratiques et opérationnelles, on remarque que les propositions des participants présentent des convergences importantes avec les réflexions de nombreuses enceintes ayant inscrit cette thématique à leur ordre du jour (groupe national des ressources humaines au MAE, dirigé par M. Antonio Ortiz, High Level Forum on the health MDGs, OMS, etc.) Ainsi les pistes de recommandations principales demeurent :

- Une nécessaire approche politique d'intégration et de plaidoyer soutenue ;
- Une formation plus adaptée et évolutive, en phase avec les besoins de santé ;
- Un recours systématique aux outils de planification sanitaire (carte sanitaire, gestion des carrières, profils de postes) ;
- Une revalorisation des rémunérations assorties d'incentives adaptés ;
- Les performances du système de santé doivent être évaluées, et impliquent la mise en place d'outils de suivi et d'évaluation ;
- Inclure plus systématiquement le secteur privé aux missions de service public de la santé, et intégrer les structures performantes, quelles que soient leur statut, à la carte sanitaire ;
- Conjuguer les ressources extérieures à des efforts nationaux accrus, afin d'améliorer l'efficacité et l'efficience de la stratégie de réponse à la crise des ressources humaines.

La diversité des expériences partagées par les représentants des différents pays n'empêche donc pas la recherche de facteurs communs de résolution de crises. Au-delà des constats dressés par un ensemble de témoignages d'Afrique de l'Ouest et Centrale, l'expérience de Santé Sud démontre que l'alliance de la médecine familiale à la gestion d'une aire de santé peut constituer une piste innovante de renforcement de l'offre de soins au niveau périphérique.

LA SANTE, FACTEUR ENDOGENE DE LA CROISSANCE ECONOMIQUE



Sur un autre plan, les initiatives régionales se multiplient (observatoire des ressources humaines, plateforme africaine etc.) afin de conférer une importance particulière à cette thématique et stimuler son inclusion systématique dans les programmes de renforcement des systèmes de santé. Les pays participants sont à ce titre fortement encouragés à développer leur observatoire national des ressources humaines.

Les stratégies des partenaires internationaux, en particulier les acteurs du dispositif français de coopération, montrent une recherche d'innovation pour placer l'optimisation des RH au cœur de leurs interventions, en raison de leur corrélation intrinsèque avec l'amélioration des performances du système de santé.

La participation de la France aux différentes enceintes promouvant l'adoption de plans de développement RH témoigne de cet engagement. Par ailleurs, la France souhaite s'impliquer en soutenant des politiques novatrices telles que les partenariats et réseaux Nord/Sud, le développement de jumelages et d'actions de coopération décentralisée, l'inclusion du secteur privé, le développement de la formation et de l'accompagnement technique à distance

Au-delà de ces partages d'expériences et des discussions stratégiques, la conférence conserve un objectif premier d'élaboration et d'adoption d'un plan de préconisations adapté aux contraintes propres aux pays participants. Le « Plan d'action de Douala » doit contribuer à la résorption de la crise des personnels de santé, en s'insérant de manière cohérente et pertinente aux initiatives régionales et internationales existantes. Elles doivent également s'inscrire dans une stratégie globale de renforcement et de développement des ressources humaines en santé.

Les préconisations issues des travaux des trois groupes de travail de la conférence concernent notamment les domaines :

- ➔ de la planification sanitaire (élaboration de PDRH, gestion des ressources sur les territoires et les bassins de santé, actualisation des cartes sanitaires) ;
- ➔ du management (gestion par postes, valorisation des carrières, possibilité de recrutement, de rémunérations adaptées, de mesures incitatives, développement des DRH) ;
- ➔ de la méthodologie et de l'ingénierie de programmes (harmonisation, coordination, benchmark, systèmes de monitoring et d'évaluation).

La nécessité d'un fort portage politique de cette problématique a été réaffirmée avec constance. La résolution de Gaborone, issue des travaux de l'Union Africaine, démontre l'impact des décisions politiques sur la mise à l'ordre du jour de la thématique d'optimisation des RH en santé.

Le Plan d'action de Douala constitue dans cette optique un chantier de réformes important, quantifié, est organisé selon des objectifs déterminés dans le temps. Les préconisations composant ce plan d'action qui engage les Etats et les organisations participantes reprennent les réflexions des groupes de travail, et s'inscrivent dans le cadre plus large des travaux entrepris au plus haut niveau international depuis plusieurs années.

Il associe au travers de l'AMPS les acteurs politiques nationaux, régionaux et internationaux, afin d'appuyer les efforts entrepris pour développer des solutions innovantes en réponse à la crise des personnels de santé.

Les 12 recommandations du Plan d'action de Douala, approuvées en assemblée plénière et engageant les organisations participantes, sont les suivantes :

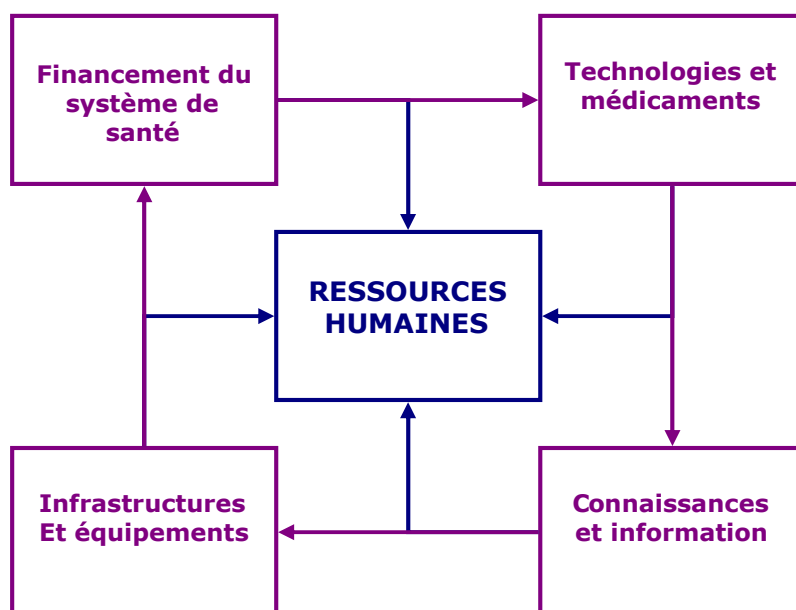
- 1.** S'engager sur un fort plaidoyer en faveur des actions/solutions de développement des ressources humaines en santé
 - 2.** Placer la question des ressources humaines en santé comme une priorité dans l'agenda politique afin de mobiliser davantage de ressources du budget national, des partenaires du développement et des initiatives mondiales de santé (GAVI, Fonds mondial etc)
 - 3.** Identifier les sujets prioritaires des RHS appelant des mesures d'urgence
 - 4.** Mettre en place un comité multisectoriel pour la promotion des RHS
 - 5.** Mettre en place ou renforcer les directions des RHS pour leur permettre de jouer leur rôle de gestion stratégique
 - 6.** Elaborer/actualiser un plan national stratégique de RHS dans la perspective des OMD (2015)
 - 7.** Mettre en place un observatoire national du système de santé couvrant toutes les informations sur les RHS
 - 8.** Elaborer un référentiel des compétences et un répertoire des métiers de la santé
 - 9.** Renforcer la formation des managers de la santé et leur utilisation adéquate
 - 10.** Procéder à l'évaluation et à l'accréditation des institutions et des programmes de formation des professionnels de santé
 - 11.** Réviser et harmoniser les curricula de formation des professionnels de santé
 - 12.** Accélérer la formation des catégories de RHS selon les besoins du pays
-

INTRODUCTION – ELEMENTS DE PROBLEMATIQUE

La crise des ressources humaines dans le secteur de la santé est une problématique des plus prégnantes, inscrite à l'ordre du jour des enceintes internationales : cette crise a récemment bénéficié d'une analyse détaillée par l'OMS dans son rapport 2006 (Working together for Health) et se trouve également au cœur des travaux du Forum de Haut Niveau pour la santé (sa réunion de novembre 2005 a été consacrée à ce thème).

L'attrition des ressources humaines en santé fait par ailleurs l'objet de travaux de recherche importants au plan bilatéral (la DAEI, le MAE comme l'AFD sont impliqués dans les enceintes relatives à la pénurie des ressources humaines en santé et apportent leur expertise à la mesure de l'impact de cette crise sur le développement social et humain des pays). Sous la présidence de Mme Michèle Barzach, Ancien Ministre, le conseil d'orientation du GIP SPSI a réuni sur ce thème des intervenants publics, privés, associatifs, afin d'envisager les aspects divers de cette crise, et de proposer des pistes de recommandations opérationnelles à ses manifestations.

Les ressources humaines constituent en effet l'élément central des systèmes de santé, assurant l'articulation et la cohérence de chaque composante comme le montre le schéma ci-dessous.



Il s'agit toutefois d'un diagnostic récent, les ressources étant traditionnellement considérées comme un moyen et non un objectif, même si cette pénurie ne constitue pas un phénomène nouveau dans les pays en développement. Obstacle majeur au renforcement des systèmes de santé de ces pays ainsi qu'à la réalisation des OMD en santé, il s'agit d'une contrainte observée, étudiée et prise en compte dans le cadre des programmes de soutiens internationaux, qu'ils procèdent d'une logique bilatérale ou multilatérale.

La globalisation des échanges, l'impact croissant des migrations sur les volumes et la disponibilité des ressources, leur répartition entre pays développés et zones en développement permettent d'aborder cette thématique sous un angle différent.

Il s'agit en effet de répondre à une problématique de rareté des ressources, de nécessité d'investissement, et de développement de flux migratoires originaux :

- les personnels de santé s'inscrivent dans un triple phénomène de mobilité (exode rural, exode vers d'autres pays de leur sous région qui se caractérisent par une attractivité plus grande, émigration vers des pays développés) ;
- le sous investissement dans les secteurs de la santé, traduisant la faiblesse des Etats, la conjugaison d'une gouvernance déficiente et d'un besoin de développement économique, a été accentué par les exigences des institutions financières internationales (ainsi des plans d'ajustement structurels souhaités par les institutions de Bretton Woods) ;
- cette faiblesse d'investissement explique l'inadéquation, la sous-dotation des formations des agents de santé. D'une manière générale, la formation s'intègre dans les projets d'aide au développement, sous forme d'une composante d'un projet plus globale, mais sans intégration dans une politique de développement des ressources humaines ;
- l'évolution de la mortalité et de la morbidité influent considérablement sur les besoins en ressources humaines dans le secteur de la santé : alors qu'un vieillissement important touche les pays développés, la recrudescence de pandémies affecte particulièrement les pays les moins avancés. On connaît par ailleurs l'impact du VIH/SIDA sur les personnels de santé, multipliant la charge de travail, dégradant l'environnement professionnel du soignant, qui n'accomplit souvent qu'une fonction palliative et d'accompagnement à la fin de vie, et multipliant les facteurs de risques (en raison des risques professionnels autant que de facteurs sociologiques) ;

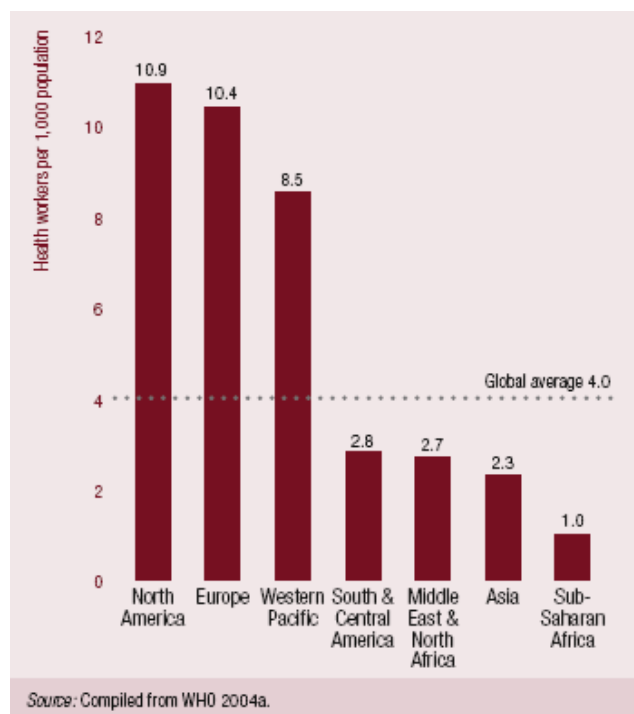
De manière plus générale, la crise des ressources humaines dans le secteur de la santé se caractérise par des facteurs spécifiques :

- Manque d'attractivité des postes : l'absence de planification et de gestion des carrières constituent des éléments décourageants, de même que le sous équipement en moyens et matériels des structures ;
- Déficiences dans le paiement des traitements et salaires, l'absence d'éléments incitatifs, accessoires à la rémunération, conduisent un grand nombre de soignants à envisager une orientation professionnelle dans d'autres secteurs. Ainsi, une grande proportion des ingénieurs biomédicaux formés en Afrique subsaharienne a préféré poursuivre une carrière d'entrepreneur dans le secteur privé (maintenance d'équipements par exemple) ;

- Carences ou absences dans le suivi des programmes de renforcement : ainsi les formations dont sont dotés certains personnels ne produisent pas d'effets suffisants en raison d'une absence de stratégie de suivi des personnels, de partage d'information, d'affectation en fonction des compétences, de supervision d'une manière plus générale. Par ailleurs, l'absence de formation continue appauvrit les savoirs, au détriment des bénéficiaires ;
- Les stratégies d'appui extérieur, enfin, ont montré leurs limites : si la substitution a disparu au profit d'un accompagnement avec transfert de savoir-faire, certaines coopérations bilatérales comme multilatérales n'ont pas toujours pris en compte les besoins sanitaires spécifiques des populations lors de la conception de leurs programmes d'appui. Il en résulte un décalage dans la réponse aux besoins de santé, une inadaptation de l'offre de soins : les formations sont centrées autour d'un modèle hospitalo-universitaire qui ne correspond pas aux attentes de communautés (notamment rurales), les formations à la médecine généraliste ne sont pas toujours valorisées.

La disparité des ressources selon les régions du monde témoigne de grands déséquilibres dans la disponibilité des ressources pour répondre aux besoins de santé des populations (cf. infra)

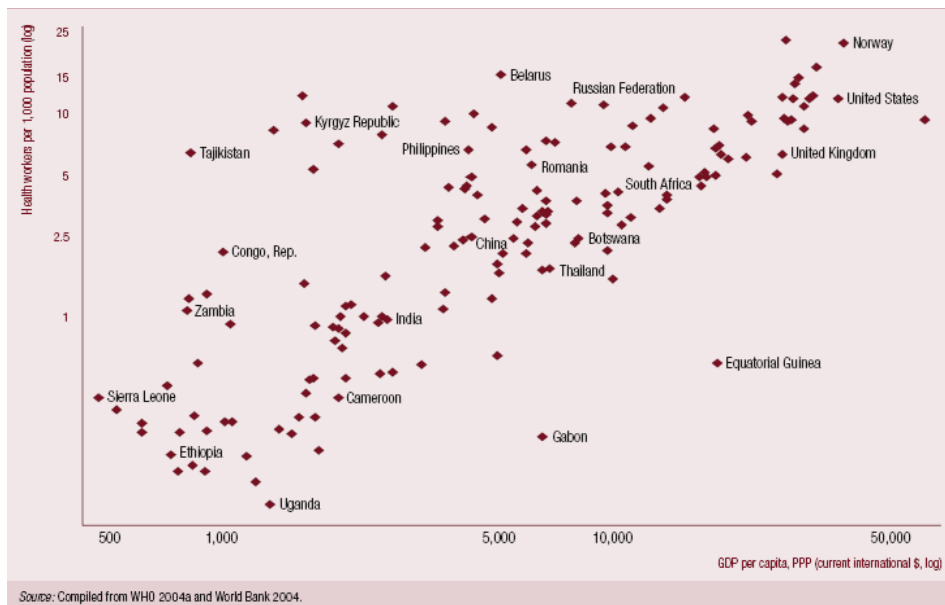
DENSITE DE PERSONNELS DE SANTE PAR REGION



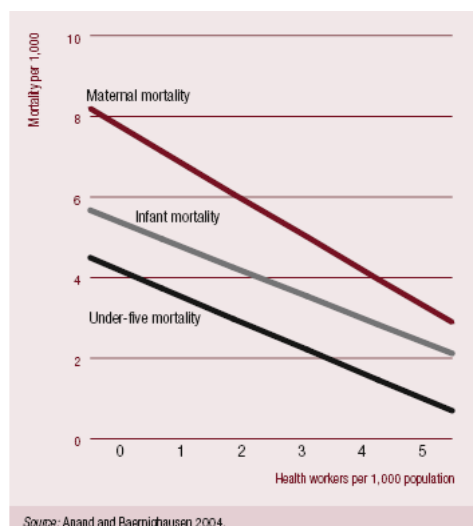
La crise des ressources humaines dans le secteur de la santé paraît par conséquent multifactorielle, et se traduit de manière visible par une présence accrue de médecins et agents de santé issus des PVD dans les structures sanitaires des pays développés.

Cette crise est duale, en ce sens que le vieillissement dans les pays développés accentue la fuite de ressources insuffisantes en nombre et mal rémunérées dans les pays en développement, et aboutit à un déséquilibre profond : la disponibilité des personnels affectés au système de soins est fortement corrélée au niveau de richesse des pays (cf. infra)

CORRELATION ENTRE LE PIB ET LES PERSONNELS DE SANTE



La disparité importante des ressources humaines résulte, participe et témoigne d'une désagrégation et d'une dégradation relative des systèmes de santé dans certains pays en développement. Alors qu'un médecin pour 1000 habitants est nécessaire pour couvrir à minima les besoins sanitaires d'une population, l'Afrique subsaharienne compte 0,8 soignant pour 1000 contre 6 pour mille au Moyen-Orient et 10,3 en Europe. L'impact sur la mortalité et la morbidité des populations demeure crucial, et constitue un obstacle à la réalisation des OMD 4, 5 et 6 :



Le GIP SPSI, invité à assister à la conférence de Douala, avait au sein de son conseil d'orientation mis en lumière et priorisé des pistes de recommandations méthodologiques et techniques, qui trouvent une résonance particulière lors des débats et des échanges avec les pays participants, notamment le Bénin et la République Centrafricaine :

RECOMMANDATIONS D'ORDRE METHODOLOGIQUE :

- Une approche scientifique et un partage plus important des expériences peuvent être favorisés afin de multiplier l'impact et la lisibilité des succès opérationnels en matière de résorption ou de lutte contre la pénurie des ressources humaines.

Les partenaires nationaux, internationaux, reflétant les travaux de la société civile comme les expériences institutionnelles doivent constituer une base d'échange de données, d'outils dont l'efficacité, l'efficience, l'impact ont permis de lutter substantiellement contre la pénurie des ressources humaines dans le secteur.

L'utilisation de méthodes scientifiques par les acteurs de la coopération internationale impliqués dans les défis du renforcement institutionnel doit être encouragée, afin d'accroître l'efficacité de l'appui fourni ;

- La recherche de viabilité financière et de programmation mesurable, réaliste, et atteignable (measurable/realistic/achievable) doit conduire à une gestion des ressources disponibles et une politique de recrutement en adéquation avec les objectifs de santé publique : le renforcement de composantes ou de sous-secteurs doit donner lieu à des plans de viabilité financière permettant la prévision de ressources sur plusieurs exercices, et favoriser la pérennisation des ressources en fonction des efforts consentis et acceptés de manière consensuelle entre les partenaires nationaux et étrangers.

Il s'agit d'assurer une plus grande adéquation entre les programmes encouragés par les bailleurs internationaux et les ressources disponibles ni les priorités sanitaires nationales. Il s'ensuit une mobilisation sur des problématiques qui tendent parfois à déséquilibrer d'autres programmes;

- au niveau bi ou multilatéral comme au niveau national, des outils de monitoring et d'évaluation doivent permettre l'émergence de bonnes pratiques, d'outils méthodologiques et d'approches pérennes, afin de systématiser la recherche d'efficacité et d'efficience des programmes et des projets contribuant au renforcement des capacités dans le secteur de la santé, et favoriser l'appropriation de ces outils par toutes les parties prenantes.

RECOMMANDATIONS D'ORDRE TECHNIQUE

- On peut insister sur le danger potentiel des approches verticales, qui doivent prendre en compte les capacités des systèmes de santé à intégrer des programmes de renforcement qui ont un impact sur l'utilisation et la disponibilité des ressources humaines (et notamment dans le cadre des politiques de lutte contre les endémies, dont on sait qu'elles ont tendance à déséquilibrer les systèmes de santé) ;
 - Les programmes favorisant des aspects plus globaux de planification sanitaire peuvent être encouragés, car contribuant à optimiser l'utilisation des ressources. L'AFD, qui a financé des projets de planification sanitaire dans des zones en développement comme le Togo, ou le Maroc, a bien compris l'intérêt fondamental de raisonner en termes d'adéquation entre les besoins sanitaires des populations et les capacités des offreurs de soins, publics, privés, à but lucratif ou non, et de repenser les partenariats de manière innovante afin de mobiliser toutes les ressources disponibles et de rationaliser leur utilisation ;
 - Les outils de formation à distance, comme ceux présentés par le Dr Montaville au titre des expériences menées par le Ministère des Affaires Etrangères, doivent être développés, car ils témoignent enfin d'une dynamique nouvelle et porteuse : les outils pédagogiques servent l'apprentissage de savoirs adaptés au contexte spécifique des pays dans lesquels ils sont dispensés, et favorisent l'inclusion des ressources auxquelles ils sont dispensés dans les dispositifs nationaux de réponse aux besoins sanitaires des populations.
-

MERCREDI 06 JUIN- JOUR 1

Daily Highlights– Points importants

→ ELEMENTS DE CARACTERISATION DE LA CRISE – DIAGNOSTIC

- Pas de planification (inadéquation offre et demande de soins, déséquilibres urbain/rural, inadéquation des profils des soignants aux pathologies des bassins de population) ;
- Sous investissement chronique dans le secteur de la santé et notamment les ressources humaines, souvent appréhendées comme une source de coût. Les politiques inspirées par les institutions financières internationales (PAS de la Banque Mondiale et du FMI) ont conduit à geler les recrutements sur plus d'une décennie ;
- Les formations présentent des carences et inadéquations structurelles: des médecins sont formés selon des modèles hospitalo-universitaires mal adaptés aux besoins des soignants. A l'inverse, le niveau de certains personnels est insuffisant au Bénin par exemple (infirmiers niveau 3^e) ;
- Les conditions de travail contribuent au découragement et à la démotivation des personnels (rémunération insuffisantes, absence d'incentives, systèmes et structures délétères) ;
- Un brain drain résulte de la globalisation des échanges et de la pénurie mondiale de ressources, dans les pays développés également (vieillesse de la population, attrition des ressources).

→ PISTES DE REFLEXIONS

- Agir sur les formations, les conditions de travail, renforcer les capacités institutionnelles de gestion et de planification de l'offre de soins ;
- Réfléchir de manière globale : la crise est régionale et mondiale ; au niveau national, il faut envisager les professionnels et l'offre de santé dans leur ensemble, statuts public et privé confondus ;
- Envisager la notion de personnel de santé lato sensu : l'acception large retenue par l'OMS intègre les personnels d'encadrement, de gestion, comme ceux en charge de la maintenance des équipements biomédicaux, sans lesquels le système de soins ne peut pas fonctionner.

→ RECOMMANDATIONS

- L'approche politique d'intégration et de plaidoyer (notamment au niveau de l'Union Africaine) doit être soutenue et continue ;
- Il convient de repenser les concepts : aide au retour, à mettre en perspective avec la notion de marché des ressources impliquant un prix de marché difficile à assumer pour les PVD ;
- La question de la formation doit mieux prendre en compte les possibilités de formation, d'absorption et de recrutement des pays. Les formations doivent permettre de mieux répondre aux besoins sanitaires des populations, selon une planification sanitaire plus efficace. Les formations doivent par ailleurs évoluer avec les besoins des populations ;

La rémunération des personnels comme les incentives variées (aide au logement, prime d'excellence et de productivité, aide au regroupement familial, scolarisation des enfants) demeurent cruciales dans la lutte contre la pénurie des ressources ;

- Les performances du système de santé doivent être évaluées, et impliquent la mise en place d'outils de suivi et d'évaluation. Des méthodologies et techniques de gestion des RH sont à concevoir ;
- Eviter l'effet pervers de la stimulation de la fuite des ressources vers les pays développés due à l'amélioration de la qualité des ressources, au travers de formations plus performantes notamment ;
- Inclure plus systématiquement le secteur privé aux missions de service public de la santé, et intégrer les structures performantes, quelles que soient leur statut, à la carte sanitaire ;
- Conjuguer les ressources extérieures à des efforts nationaux accrus, afin d'améliorer l'efficacité et l'efficience de la stratégie de réponse à la crise des ressources humaines.

La conférence organisée par l'AMPS demeurera centrée sur les problématiques de résorption de crise dans le cadre de l'Afrique Sub-saharienne francophone.

Cette thématique nécessite une prise en compte politique importante. L'objectif de la conférence réside dans un partage d'expériences et de recherche de solutions opérationnelles pour la résolution de la crise.

Intervention de cadrage, Mme Hélène MAMBU-MA-DISU, OMS Cameroun

57 pays dans le monde, dont 36 en Afrique font face à une attrition grave, tandis que les pays développés doivent trouver des solutions à leurs propres problèmes de vieillissement ; les PVD, affectés par des facteurs divers (crises économiques, contraintes liées aux PAS, pandémies) ont appliqué une politique de diminution des salaires des agents publics, de gel des recrutements, qui ont abouti à une raréfaction des ressources.

Les coûts de formation perdus (chômage, émigration, mortalité due aux pandémies) doivent également être pris en considération.

Les sous effectifs comme la mauvaise répartition (notamment urbaine/rurale) des ressources aboutissent à des lacunes dans la couverture sanitaire et une inadéquation entre offre et demande de soins de santé. La réalisation des OMD se trouve de ce fait fortement compromise, en raison de l'impact structurel de cette crise sur le renforcement des systèmes de santé viables, pérennes et équitables dans leur accès comme dans la qualité de leurs prestations.

Face à ce défi, les initiatives se multiplient, et enrichissent le dialogue entre les structures d'appui : OMS, plateforme d'appui africaine, GHWA, GAVI, Global Fund for Aids, etc. L'OMS a d'ailleurs consacré son rapport sur les spécificités des systèmes de santé, pointant les déficiences et les corrélations avec la crise des ressources humaines.

Témoignage de M. Georges SERRE, Ambassadeur de France au Cameroun

Un aspect différent de la crise peut être mis en lumière : il s'agit de la similitude de la pénurie entre PVD et pays industrialisés, en ce qui concerne le manque d'infirmières et de médecins notamment ; ces effets conjugués aboutissent à un déficit lourd, particulièrement perceptible en Afrique subsaharienne francophone.

Au-delà des diagnostics communs, les travaux doivent mettre en lumière des pistes pratiques ; la France propose 4 points :

- Agir en tant que levier auprès des organisations financières internationales, de manière concertée entre les différents partenaires;
- Insister auprès des partenaires pour une prise en compte prioritaire du renforcement des ressources humaines, sur un plan politique (impliquant l'utilisation d'outils de planification, la valorisation de perspectives de carrières pour les agents notamment) ;
- Utiliser de manière plus cohérente la technique du multi partenariat pour démultiplier et optimiser l'impact des initiatives, impliquant toutes les parties prenantes (société civile, collectivités publiques) en utilisant tous les instruments nécessaires : jumelages, partenariats, etc ;
- Renforcer les outils pédagogiques et utiliser des programmes adaptés aux besoins des pays (utilisation renforcée de la formation continue) ; favoriser l'aide au retour des étudiants formés en France, maximiser les effets positifs de la mondialisation en termes de mobilité, soutenue par un appui important au secteur privé comme à l'installation de jeunes professionnels du secteur de la santé.

Key speech of Dr Francis OMASWA, Executive Director - GHWA

In terms of fighting the HR crisis in health a strong emphasis needs to be placed on the urgent need for a political will and advocacy beforehand.

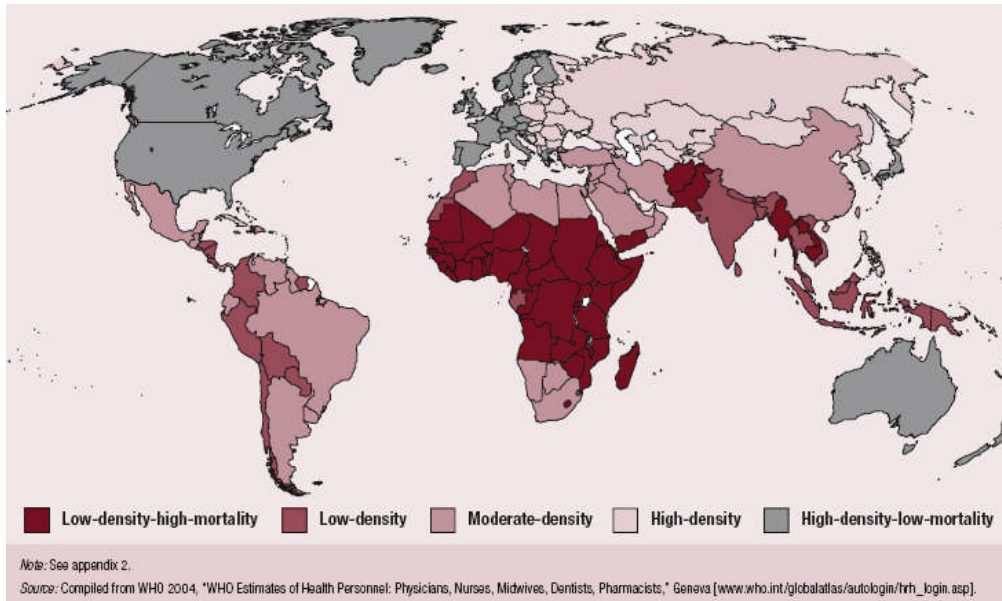
Prior to the provision of basic health services that reach poor communities and empower development there is a strong urge to improve governance. Without a proper planning and commitment of sufficient resources, involving every effort by national and local government and public authorities, the solving of this major crisis could only be put at stakes.

However, this idiosyncratic effort and commitment at country level needs an adamant support of external stakeholders and partners to achieve these aims. Strengthening the national health systems in order to make poverty history means the involvement of the global community as a whole (national and international partners alike).

Skills and knowledge might as well prove to be as essential as water in terms of rareness and importance : they considerably impact on health and longevity as well as well being of the populations. Demands for care and attention by these groups and population increment in a continuous way.

Meanwhile, the burden of the lack of hr in health is getting heavier in Sub-Saharan Africa. 4 millions health working are lacking at global level (with more than 1 million for Africa only) as shown below : an unbalanced mix of high mortality and lack of resources plagues Africa.

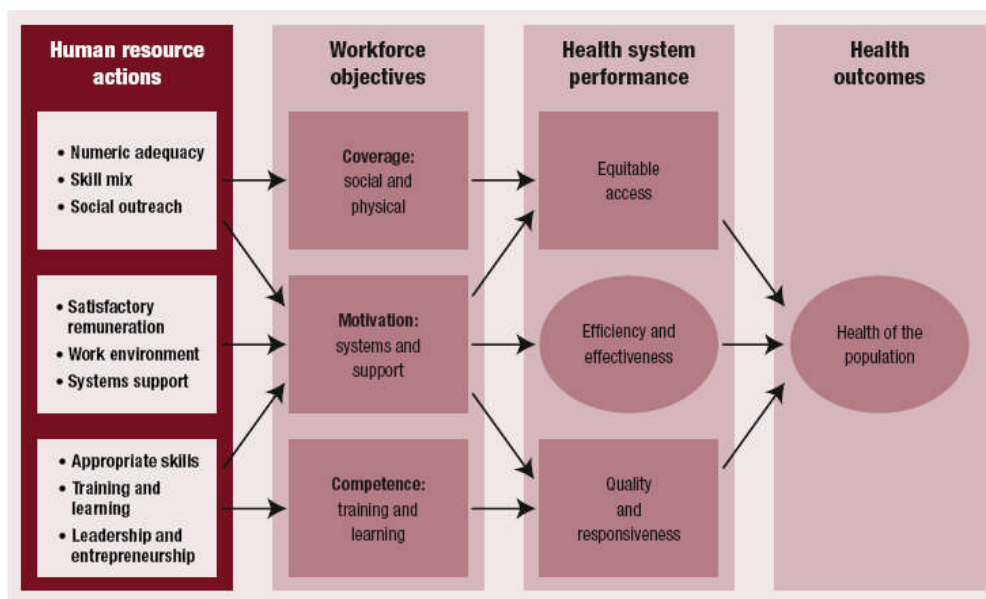
HUMAN RESOURCES AND HEALTH CLUSTERS



Although inadequate policies and complexity of the crisis factors are mainly to be blamed, there is a strong urge to look at the big picture and strive to find coherent and effective and efficient solutions including:

- to improve African leadership performance;
- to maintain a high level of international commitment;
- to stimulate initiatives that strengthen the fight against pandemic diseases (3x5 type);
- to enable countries to increment their health expenditure (strongly underinvestment can be witnessed on the "gap in the front teeth" chart of the presentation);
- to combat sources of the vicious circle of the HR crisis and help improve health staff performance.

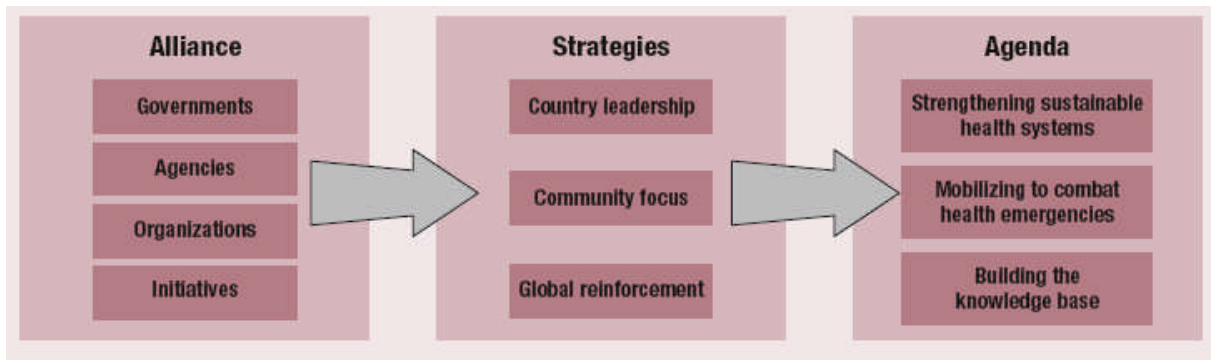
HR IN HEALTH PERFORMANCE MANAGEMENT CHART



The GHWA has set out a strategy that aims at strongly empowering the HR development using :

- initiatives at country level (levering on education, advocacy, recruitments, incentives, supervision and co-ordination but also thinking in terms of migration of fiscal policies);
- actions directly aimed at health personnel (ensuring adequate resources are committed at the right level and on the relevant urban/rural areas);
- a broad vision embedding the HR crisis in the support to the strengthening of health systems as a whole.

HR CRISIS AND STRENGTHENING OF THE HEALTH SYSTEM



It is to be noted that the internal GHWA organisation involves several work groups at high level trying to scale up countries capacities to counter the crisis and help develop comprehensive and efficient HR development plans.

There is also a solid necessity to scale up the HR in health. This scaling up shall aim at empowering countries building up a better capacity to address the health needs of the population using basic health services. Those services need to be equitable and accessible to all populations and communities.

The GHWA is a seven pillars based strategy that demands:

- a specific task force at national level
- a country strategic plan which coherence is checked against the PRSP;
- an overall strategic plan addressing the hr crisis,
- an HR watchdog drafting up an annual report;
- increasing advocacy for health and human resources;
- improving leadership and management performances.

The Dean of the Faculties of medicines in Cameroon stressed out that there is a contradiction between the continuous improvement of the quality of training that is one of the country's objectives and the fight against the brain drain since the better the resources are trained and the

more the developed countries are likely to attract them to cover their own health needs. There seems to be still little the GHWA can do to tackle this issue.

Dr Francis Omaswa reckons that it is one of the main responsibilities of the states to support conditions of work that ensure that resources are not pushed away from their countries. Regulations would beside be extremely difficult to enact and perhaps not within the range of the alliance's competences.

Discours de M. Urbain AWONO, Ministre de la Santé, Cameroun

En matière de crise des ressources humaines en santé, le diagnostic semble partagé: sous investissement chronique, planification et répartition insuffisantes, conditions de travail défavorables, systèmes de santé fragile, plate forme d'échanges de compétences insuffisantes.

Inclure la composante ressources humaines dans la stratégie sectorielle de renforcement de la santé est aujourd'hui un prérequis nécessaire ; la rationalisation de la gestion des ressources humaines (recrutements, incentives, réflexion sur les statuts) est au cœur de la SSS (stratégie sectorielle santé) du Cameroun, en cours de réactualisation.

1500 personnels sont ainsi en cours de recrutement, qui s'ajoutent aux titularisations en cours dans la fonction publique, afin notamment de consolider l'offre de soins au niveau périphérique (amadoua par exemple). Les ressources extérieures, notamment C2D, sont fortement mobilisées.

Insertion, sécurisation, renouvellement des stocks de personnel sont les priorités : la mobilité des ressources constitue à ce titre une piste opérationnelle, comme la meilleure répartition des ressources financières autant qu'humaines, pour combler la fracture sanitaire.

Exposé de M. Jean-Marc BRAICHET, Organisation Mondiale de la Santé

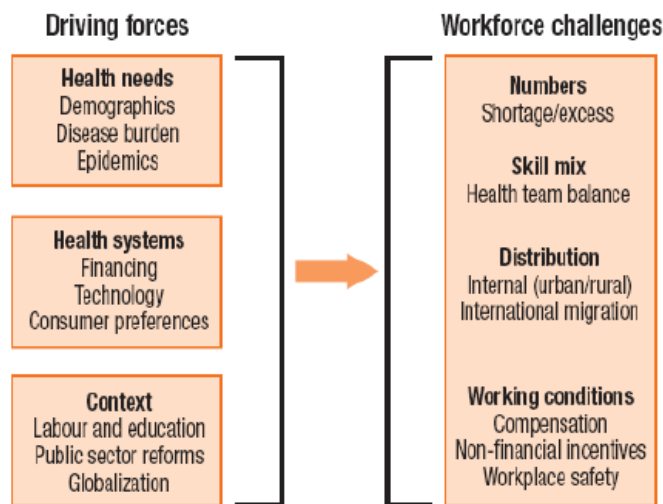
Les besoins de santé croissants, à l'échelle mondiale, ne sont pas couverts par le nombre de ressources (la pression démographique dépasse la capacité des 59 millions de ressources disponibles).

Il convient par ailleurs de revenir sur la définition des professionnels de santé selon l'OMS, dont l'acceptation est large : il inclut tous les soignants mais aussi les personnels techniques qui font également défauts (personnels de maintenance biomédicale notamment, mais aussi personnels d'encadrement et de gestion). C'est bien 4 millions de ressources qui manquent à l'échelle globale.

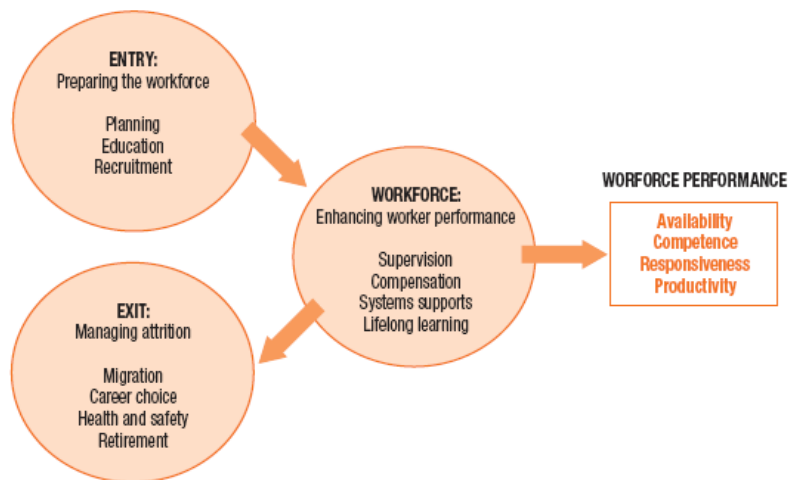
Le rapport 2006 sur la santé pointe 5 messages clés :

- des agents de santé bien formés sauvent des vies ;
- soutenir et protéger les personnels de santé est une nécessité ;
- accroître l'efficacité des personnels dans toutes leurs étapes de vie professionnelle;
- remédier aux inégalités et déséquilibres ;
- promouvoir les partenariats et instaurer la confiance dans la coopération.

KEY MESSAGES 1 & 2 – NECESSITE DE SOUTENIR LES PERSONNELS DE SANTE



KEY MESSAGE 3 – ACCOMPAGNEMENT DE TOUTES LES ETAPES DE LA VIE PROFESSIONNELLE



KEY MESSAGE 4 – REPENSER LES EQUILIBRES ET LUTTER CONTRE LES INEGALITES

Figure 1.2 Distribution of health workers by level of health expenditure and burden of disease, by WHO region

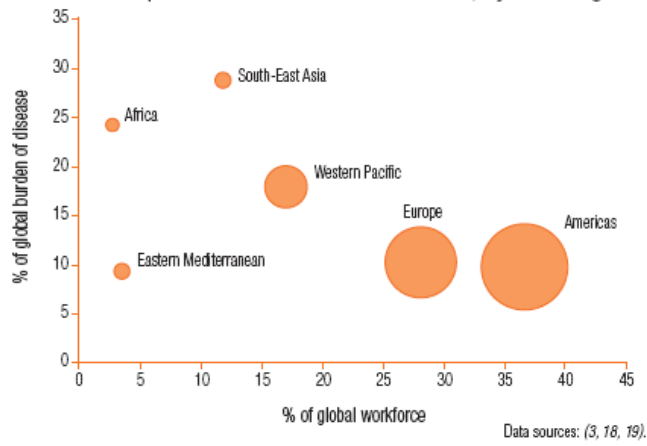
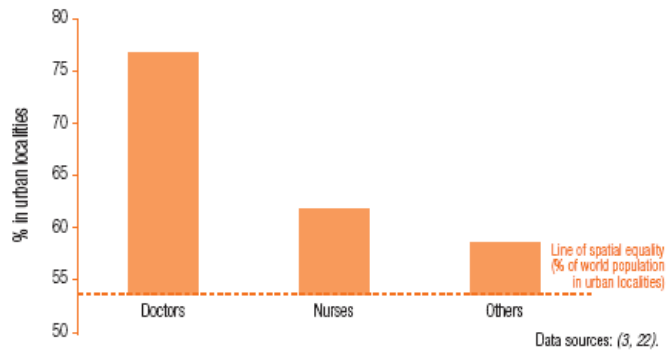
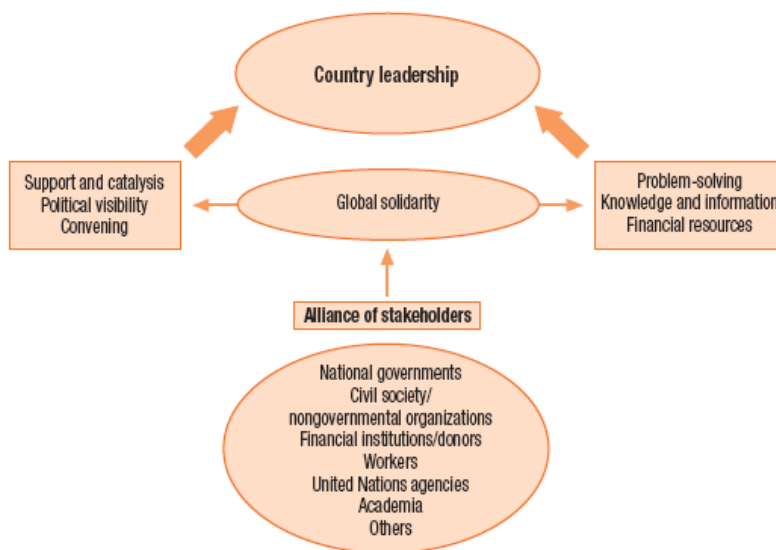


Figure 1.3 Rural–urban distribution of health service providers



KEY MESSAGE 5 – PROMOUVOIR LES PARTENARIATS ET LA COOPERATION



Présentation de la Plateforme africaine

Le Dr Basile KOLLO, DRH du Ministère de la Santé Publique du Cameroun, présente la plateforme africaine pour les ressources humaines en santé. Cette plateforme, complémentaire de l'AMPS, constitue un réseau qui doit contribuer à développer et partager l'expertise, en faisant entendre une voix africaine (peut être par le truchement de l'UA). L'objectif général de la plateforme demeure le renforcement des RH en santé afin d'atteindre les OMD.

On conçoit l'intérêt du portage politique de cette thématique par une instance comme l'UA ; ainsi, tenter d'inciter au retour des ressources humaines nécessite d'infléchir la position des institutions financières internationales. En effet, comment recruter alors qu'une pression serait exercée pour limiter les recrutements ? Un dialogue politique de haut niveau enrichirait sans doute le débat.

Présentation de l'OOAS

L'OOAS est l'organisation spécialisée dans la santé de la CEDEAO. L'OOAS doit mobiliser les ressources nécessaires pour améliorer les indicateurs santé et l'état sanitaire des 280 millions d'habitants de la zone CEDEAO.

Elle a élaboré à cette fin un plan stratégique, issu des travaux des ministères de la santé des pays membres ainsi que des partenaires extérieurs (USAID, ONUSIDA, etc.) ; 9 priorités sont développées dans ce plan.

L'OOAS conjugue toutes les réflexions régionales, notamment en matière de formation, initiale et continue, des professionnels de santé dans leur diversité. Un accent est porté sur les conditions de travail, les incentives, la gestion des ressources, comme sur les financements de ces ressources qui doivent être planifiés.

Expériences pays

La crise des ressources humaines, multidimensionnelle, se manifeste à tous les pays d'Afrique subsaharienne, selon des modalités particulières en fonction de la situation propre à chaque Etat : caractère plus aigu du manque de formation, fuite plus sévère des ressources, etc.

Les témoignages de pays aussi divers que le Niger, le Rwanda, la République Centrafricaine, le Cameroun, permettent de prendre la mesure des facteurs de crise tout autant que des éléments de résolution apportés par les Etats et leurs partenaires.

On retiendra notamment, au titre des incentives devant permettre la fidélisation des ressources un certain nombre de mesures innovantes : primes de motivation, logements de fonction, rapprochement avec les conjoints, mais également des mesures participatives (participation à l'élaboration des projets d'établissement, etc.) qui améliorent l'implication des ressources.

L'ONG Santé Sud démontre également l'efficacité du concept qu'elle développe : il s'agit de recycler la notion de médecin de campagne qui avait permis à la France d'éviter la dégradation de sa situation sanitaire au XIXe siècle.

Cette médecine adaptée aux besoins des pays consiste en un mélange de médecine de famille et de fourniture de soins de santé primaires ; ces médecins ruraux réalisent la synthèse de la médecine individuelle et collective, sans antagonisme. Ils sont à la fois attentifs aux besoins individuels et en même temps responsables d'une aire géographique de santé.

Le projet s'articule autour d'objectifs de fourniture de soins et de partenariats, soutenus par un partenariat entre Santé Sud et les médecins ruraux (notamment au travers d'aides à la formation continue, d'appuis à la médiation entre les associations médicales communautaires et les médecins nouvellement formés, de plaidoyer et promotion de cette expertise).

JEUDI 07 JUIN – JOUR 2

Daily Highlights– Points importants

La deuxième journée de la conférence fait suite aux discours de cadrages, de mise en contexte de la problématique. Elle s'inspire des éléments de diagnostic établis, ainsi que des partages d'expériences, pour envisager un plan de préconisations adapté aux contraintes propres aux pays participants. Les recommandations priorisées par les groupes de travail doivent s'insérer de manière cohérente et pertinente aux initiatives régionales et internationales qui ont été présentées durant la journée. Elles doivent également s'inscrire dans une stratégie globale de renforcement et de développement des ressources humaines en santé.

OBJECTIF GENERAL

La conférence doit permettre l'élaboration d'un plan de recommandations à la mise en œuvre directe et immédiate par les Etats, connu sous le nom de « Plan d'action de Douala », et contribuant à la résorption de la crise des personnels de santé.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

- La conférence souhaite aller au delà des éléments de bilan déjà connus et proposer des recommandations pratiques, au-delà de préconisations générales qui sont par ailleurs très discutées au plan international ;
- Il s'agit d'aboutir à un « plan d'action de Douala » issu des réflexions des groupes de travail de la conférence, organisés sous la présidence de ministres de la santé de la région, procédant d'une analyse SMART (Specific/Measurable/Achievable/Realistic/Time-bound) des préconisations et postulant des résultats attendus, dans le cadre d'une ébauche de chronogramme.

ACTIVITES

- les présentations des initiatives nationales, régionales et globales (et notamment l'observatoire sur les ressources humaines) permettent de réaliser un point d'étape sur la convergence des stratégies et les priorités des parties prenantes, issues de diagnostics partagés ;
- les interventions des partenaires français (AFD, DAEI) facilitent la compréhension de stratégies innovantes, dynamisant la prise en compte systématique de l'approche RH dans les programmes de développement social et humain (dont la santé publique) ;
- les participants réfléchissent, au sein de trois groupes de travail, à l'élaboration de recommandations prioritaires en réponse au besoin d'optimisation des RHS.

RESULTATS ATTENDUS

- Les pays participants, sensibilisés au caractère prioritaire de la résorption de la crise, participent à la mise en place d'observatoires nationaux des ressources humaines ;
- Des préconisations issues des travaux de chaque groupe constitue une base pour le « Plan d'action de Douala » qui sera adopté à l'issue de la conférence.

Les recommandations portées à l'attention des pays partenaires concernent notamment les domaines :

- du plaidoyer politique (cf. résolution de Gaborone) permettant de prioriser cette thématique ;
- de la planification sanitaire (élaboration de PDRH, gestion des ressources sur les territoires et les bassins de santé, actualisation des cartes sanitaires) ;
- du management (gestion par postes, valorisation des carrières, possibilité de recrutement, de rémunérations adaptées, de mesures incitatives, développement des DRH) ;
- de la méthodologie et de l'ingénierie de programmes (harmonisation, coordination, benchmark, systèmes de monitoring et d'évaluation).

Résolution de Gaborone, Union Africaine

Une Consultation technique s'est tenue à Gaborone durant le mois de mars 2007, sous les auspices de l'Union Africaine qui a donné lieu à un certain nombre de recommandations.

Il a été noté au préalable que les déterminants de santé ne constituent pas les seuls facteurs impactant l'état des ressources humaines en santé ; d'autres acteurs (ministère en charge de l'éducation nationale, ministère des finances) ont un rôle important dans le développement de cette problématique. La conférence de Gaborone a réuni des participants de tous niveaux, assumant un rôle à différents titres dans le développement des systèmes de santé, impliqués dans la réalisation des OMD qui accuse aujourd'hui un retard important en Afrique.

L'Afrique concentre 3% des personnels de santé, 1% des dépenses de santé mondiales, contre 25% du poids des maladies. L'ajustement structurel a amené un sous investissement dans le secteur et a conduit indirectement à une hausse de la mortalité.

La conférence a mis en lumière la synergie nécessaire entre tous les acteurs institutionnels et privés afin de développer des plans de renforcement des systèmes de santé, axés autour de cinq priorités :

1. Performances, affectation et migration des personnels de santé
2. Augmentation du nombre d'agents de santé
3. Meilleure détermination du statut des personnels de santé
4. Financement des personnels envisagé de manière durable
5. Gouvernance et partenariats durables dans la gestion du personnel

Il doit par conséquent exister, pour traduire cette volonté politique, des plans de développement des ressources humaines, budgétisés, intégrés dans les comptes nationaux de santé. Ces plans doivent être cohérents et complémentaires des CSRP et des PNDS. Le rôle du secteur privé dans l'offre de soins doit par ailleurs être valorisé de manière plus systématique.

Précisions de M. Urbain AWONO, Ministre de la Santé, Cameroun

Ces questions clés ont fait l'objet d'adresses portées à l'attention du G8 et centrées de manière prépondérante sur la question des ressources humaines et celle toute aussi essentielle de l'amélioration de la protection sociale car le manque de financement du système de soins constitue un obstacle majeur au renforcement du système de santé.

Il convient par conséquent de porter une attention particulière au financement du risque maladie.

Présentation de l'observatoire africain des personnels de santé, WHO Afro

Le constat dressé par le bureau régional de l'OMS (WHO Afro) en matière de pénurie des personnels pointe de manière spécifique les caractéristiques suivantes :

- Carences variées des ressources ;
- Problème de fiabilité des données ;
- Faiblesse des systèmes d'informations sanitaires ;
- Mauvaise qualité des données récoltées ;
- Médiocrité et insuffisances des méthodologies de collecte de données ;
- Faible comparabilité des données entre les pays.

Pour faire face à ces défis et dresser une cartographie des RH et des besoins dans les pays, et suite aux recommandations de la réunion consultative de Brazzaville en juillet 2005, un observatoire a été créé : il s'agit d'un réseau mutualisé de pays et parties prenantes destiné à produire des recommandations, améliorer la collecte de données de qualité et développer les capacités nationales de monitoring et évaluation.

Les fonctions qui seront assumées par l'observatoire régional et relayées par les observatoires nationaux du réseau s'articulent autour des activités suivantes :

1. info et suivi des Rh ;
2. Analyse et recherche ;
3. Partage et dissémination ;
4. Promotion des réseaux nationaux et interpays ;
5. Renforcement des capacités des RH santé.

Le rôle du secrétariat général consiste à faciliter et à réaliser le plaidoyer, assurer la coordination, le suivi-évaluation, ainsi qu'à identifier les questions d'intérêt général, et les bonnes pratiques.

Cet observatoire inclut toutes les parties prenantes : partenaires au développement, acteurs institutionnels, société civile et secteur privé. Des progrès ont déjà été réalisés à deux niveaux :

- Développement organisationnel : un point focal initie et guide le travail de l'observatoire, un groupe de travail organisationnel a été mis en place, de même que des observatoires nationaux (Ethiopie, Ghana, Tanzanie, Mozambique, Afrique du Sud) ;
- Développement technique : une collecte de données sur les RHS a été réalisée dans tous les pays et est en cours d'analyse ; une base de données régionale a été créée ; le site web a été mis en place (www.afro.who.int/hrh/hrh-observatory).

Des questions nécessitent une attention particulière pour l'observatoire, et notamment l'harmonisation de la terminologie (pour collecter des données cohérentes dans les différents pays, dans une optique de consolidation et de normatisation).

Le Ministre de la Santé du Tchad rappelle que cet observatoire doit s'étendre à tout le secteur de la santé pour une action et un plaidoyer efficace : s'attacher aux ressources humaines sans renforcement d'infrastructures, sans planification, sans implication des ministères des finances pour assurer un paiement des salaires (sans lesquels la défection des rh est certaines) paraît insuffisant et inefficace. Le Ministre de la Santé de la RCA insiste sur le caractère systématiquement anglophone des initiatives novatrices : cet observatoire en est une illustration. Il faut réfléchir à un rattrapage du retard dans la zone francophone.

D'autres questions mettent en lumière la difficulté d'articulation entre la plateforme africaine et l'observatoire. Il est répondu que la plateforme est la structure d'orientation stratégique, de supervision, alors que l'observatoire est un outil technique.

La stratégie des partenaires français, Mme Marie-Odile WATY, Directrice Santé, AFD

Diagnostic

La problématique des ressources humaines demeure essentielle car ces ressources se trouvent au centre des systèmes de santé (et représentent au minimum 60% des budgets des ministères de la santé, parfois plus dans le cas des budgets des établissements).

Les RH constituent également l'élément crucial de la qualité des soins (accueil, formation, etc.) et de la gouvernance (gestion mais aussi relation avec le malade). Elles se situent par ailleurs au centre du dispositif de lutte contre la maladie, et demeurent le capital humain donc essentiel dans la théorie du développement.

Le développement des RH nécessite une volonté politique au niveau des pays pour un plaidoyer pour une augmentation des budgets publics et de l'APD. Cette problématique oblige à un engagement financier de tous les partenaires nationaux et extérieurs accru, dans un contexte nécessairement stable politiquement et au plan économique.

Le diagnostic de la pénurie doit insister sur la qualité des ressources, parfois suffisantes sur le plan quantitatif ; la gouvernance et la mauvaise gestion viennent handicaper des systèmes déjà déficients. La question du brain drain, pour sa part, demeure débattue, en l'absence de consensus.

L'assistance technique se modifie également, depuis la fin de la substitution, et valorise les ressources nationales en pouvant davantage financer les rémunérations des personnels.

Stratégies

Les stratégies proposées par la France consistent à agir sur différents plans :

- Au niveau international ;
- Au niveau des pays ;
- Au niveau de la France (impliquant de réduire la pénurie de RH en France, de modifier la politique de bourses, de développer de nouveaux types d'échanges).

→ AU PLAN INTERNATIONAL

la France participe à la mobilisation de tous les acteurs dans la définition des stratégies et de leurs financements (membre de l'AMPS, collaboration avec tous les organismes onusiens, mise à disposition d'expertise).

Un partenariat privilégié avec la commission européenne doit de surcroît être renforcé, compte tenu du poids de l'UE au travers du FED tout particulièrement.

→ AU NIVEAU REGIONAL

Il convient de dynamiser les potentialités de la collaboration régionale, renforcer les capacités de formation (notamment en matière de formation de personnels assumant des fonctions transverses comme les gestionnaires, les planificateurs : ces tâches nécessitent une expertise particulière que n'ont pas les soignants qui les assument, au détriment de la fourniture de soins).

D'autres actions sont entreprises au niveau de la fluidité du marché du travail et de la collaboration des acteurs de la coopération française avec les instances régionales.

→ AU NIVEAU NATIONAL

La France pèse pour une approche plus participative, incluant toutes les parties prenantes, en particulier les acteurs privés. L'aide concerne également la mise en œuvre des PDRH nationaux, selon des modalités différentes (C2D, SWAp, etc.) mais en conservant comme base commune à toutes ces interventions **une volonté de lier l'amélioration du système de la santé au développement des ressources humaines.**

Par ailleurs, la France souhaite s'impliquer en soutenant des politiques novatrices telles que les partenariats et réseaux Nord/Sud, le développement de jumelages et d'actions de coopération décentralisée, l'inclusion du secteur privé, le développement de la formation et de l'accompagnement technique à distance.

Éléments de résolution de crise, Mme Brigitte Arthur, DAEI, Ministère de la santé

Quelques éléments de contexte permettent d'envisager d'autres aspects d'une crise globale, au plan du territoire français. Les ressources médicales sont en effet suffisantes de manière quantitative, mais le Ministère de la Santé fait face, dans ses fonctions de planification de l'offre de soins, à une double difficulté :

- problème de déséquilibre dans la répartition des ressources ;
- anticipation de difficultés de renouvellement des ressources du au vieillissement.

La moitié des étudiants en médecine sont par ailleurs des femmes, au parcours donc moins linéaire et plus haché. Il existe donc une potentialité des crise des ressources humaines, d'un autre genre.

Les mesures adoptées ont consisté, au-delà de l'augmentation du numerus clausus dans les facultés des médecines, dans les actions suivantes :

- une prime pouvant se monter à 24000€/an pour les médecins qui décident dès leur 3^e cycle de s'installer dans des zones sous médicalisées pour au moins 5 ans ;
- encouragement par le ministère, à titre expérimental, du regroupement médical dans des maisons de santé, afin de favoriser la permanence des soins et de concilier les aspirations personnelles des soignants avec l'obligation de dispense de soins. Ces maisons, regroupant médecins, spécialistes, kiné, infirmières, offrent un bonus de rémunération de 20% pour ces soignants s'installant dans ce type d'établissements.

Les partenariats hospitaliers, M. Eric DE ROODENBECKE, Fédération Hospitalière

Les jumelages hospitaliers constituent des partenariats formalisés, permettant des actions sur mesure, répondant à des objectifs précis :

- professionnalisation des interventions ;
- institutionnalisation des relations ;
- insertion des activités dans la coopération existante ;
- pérennisation des actions ;
- diversification des domaines d'intervention.

La structuration des modalités d'intervention révèle une diversité des formes d'accompagnement, dans les formes (formations sur places, stages, appui technique, etc.) comme dans les domaines d'intervention (techniques médicales, soins infirmiers, etc.).

Les moyens ont également été différents, depuis les fonds FAC (devenus FSP) jusqu'à l'utilisation des moyens du GIP ESTHER ; ces actions sont soutenues par la FHF, dans une optique de bénéfice réciproque. Il s'agit par conséquent d'une formule originale, basée sur le compagnonnage.

Pour autant, ces moyens demeurent limités, et en définitive le bilan de ces partenariats semble difficile à établir, notamment sur la plan de l'impact sur la santé des populations, et compte tenu des difficultés de passage à l'échelle et de l'absence de système de monitoring et d'évaluation, qui empêche de définir des indicateurs de résultats et de démontrer des résultats tangibles.

De nouveaux défis restent à relever, parmi lesquels le contexte nouveau de la coopération, la pression financière accrue sur les hôpitaux, le déficit global de ressources humaines, une moindre prise en compte de la problématique hospitalière par les pays.

Enfin, la recherche de nouveaux financements impose une meilleure définition des objectifs des partenariats pour aboutir à des résultats mesurables dans une durée déterminée.

Présentation du GIP ESTHER, M. Robert SIMON, Secrétaire Général

Créé en 2002 par Bernard Kouchner qui était alors Ministre de la Santé, afin de renforcer les compétences médicales dans le cadre de la prise en charge des malades du SIDA. La démarche procède d'une approche globale (soins, soutien psycho social, appui communautaire, etc.) Le partenariat ESTHER compte 120 sites, accompagne 50 000 personnes vivant avec le VIH/SIDA dans 17 pays dont 14 en Afrique.

La crise des RH en santé se manifeste, du point de vue d'ESTHER, par une croissance des files actives freinée, par une répartition inégale des professionnels de santé, par un problème de qualité de la prise en charge et de mobilisation des équipes (pour des raisons connues). Les axes de développement retenus s'articulent particulièrement autour de la valorisation des partenariats régionaux et locaux.

Recommandations des groupes de travail

Les participants, réunis en groupes de travail ont cherché à prioriser des recommandations partagées en différentes sous-thématiques, et appuyant la résolution de la crise des personnels en respectant la méthodologie de l'approche SMART (Specific / Measurable / Achievable / Realistic / Time-bound).

Les recommandations des groupes, devant générer le Plan d'Action de Douala, résultat de la conférence, doivent être assorties d'indicateurs de vérification et d'échéances de réalisation.

Groupe de travail n°1 : Comment optimiser les ressources existantes ?

Le groupe de travail s'est attaché à développer un consensus sur les problèmes ainsi que les facteurs d'environnement du renforcement des RH en santé (stabilité politique, collaboration entre les ministères, lutte contre la pauvreté, intégration sous-régionale). Un certain nombre de forces et faiblesses ont été retenus, notamment au regard des obligations de réalisation des OMD. Les recommandations issues des travaux du groupe, et assorties d'indicateurs et de deadlines de réalisation, sont les suivantes :

AU NIVEAU NATIONAL

1. Réaliser l'analyse de la situation des RH, dans le public comme le privé (juin 2008) ;
2. Elaborer le plan stratégique de développement des RHS (juin 2009) ;
3. Mettre en place et/ou renforcer les DRH santé et déconcentrer la gestion des RHS (décembre 2007) ;
4. Allouer progressivement 15% du budget de l'Etat au secteur de la santé, prioritairement aux RH (décembre 2010) ;
5. Optimiser la gestion des hôpitaux de référence à l'aide de convention d'objectifs et de résultats (décembre 2010) ;
6. Contractualiser les performances des RHS dans le cadre de la décentralisation (juin 2009) ;
7. Impliquer la diaspora et la société civile dans la gestion des systèmes de santé, sous forme de conventionnement (juin 2008) ;
8. Favoriser le développement d'un secteur privé formel participant à l'amélioration de la fourniture de soins (décembre 2010).

AU NIVEAU REGIONAL

1. Etablir la cartographie régionale des RHS (juin 2009) ;
2. Animer les cadres de concertation sur les RHS (juin 2009).

Groupe de travail n°2 : Quelles compétences pour quelles tâches ?

La thématique l'adéquation des compétences aux tâches a été abordée à partir de quatre questions de synthèse :

1. Quel mode de régulation pour l'exercice dans le secteur public et le secteur privé lucratif ?
2. Quelle classification des professionnels de santé et compétences correspondantes ?
3. Quelle relation entre les institutions de formation initiale et continue, employeurs public/privé et associations des patients ?
4. Quelle valorisation des compétences des personnels de soin ?

Les recommandations priorisées sont assorties d'indicateurs, et incluses dans un échéancier organisé sur une période de deux ans :

1. Renforcer le rôle et le financement des institutions de régulation (ordre, associations professionnelles, congrégations) de l'exercice professionnel, y compris en secteur libéral ;
2. Valoriser les compétences acquises en termes de rémunération et de carrière ;
3. Mettre en place un cadre de concertation entre les institutions de formation, les employeurs public/privé et les associations de patients ;
4. Confier les tâches de gestion, d'administration et techniques de préférence aux professionnels formés pour ces fonctions afin de recentrer les professionnels de santé sur leur cœur de métier.

Groupe de travail n°3 : Education et formation

Cet atelier a nécessité un tour de table initial mettant en lumière les forces et faiblesses propres à la formation initiale comme à la formation continue. Les recommandations sont les suivantes :

1. Elaborer au niveau de chaque pays un plan de formation des RH d'ici juillet 2008 ;
2. Harmoniser les curricula de formation pour la région CEDEAO et CEMAC D'ici juillet 2009 ;
3. Au niveau mondial : allouer dès 2008 et chaque année des ressources supplémentaires aux institutions de formation habilitées, dès 2008

Conclusion of the GHWA Executive Director

Recommendations that have been drawn up by the groups show excellent and thorough work. However, SMART requirements have to be kept in mind so that we stick to simple and realistic measures that could be implemented by the national resources without delay nor external assistance.

It is to be stressed that some of the suggestions are extremely complex and prevent the Douala action plan from commencing its course of action with immediate effect which is its main purpose.

Commitments have to be sustained. A practical view shall therefore prevail in the prioritisation of the recommendations before they are merged in the Douala Action Plan.

VENDREDI 8 JUIN 2007 – JOUR 3

Daily Highlights – Points importants

La coopération régionale suppose une prise en compte des thématiques de formation, mais également une synergie entre toutes les parties prenantes, soutenue par une volonté politique constante. Il s'agit sans doute d'un échelon de coopération pertinent et cohérent, facilitant le développement de techniques et instruments adaptés au développement des rhs.

Le plan d'action de Douala, composé de 12 recommandations, constitue un chantier de réformes important, quantifié, est organisé selon des objectifs déterminés dans le temps. Les préconisations composant ce plan d'action qui engage les Etats et les organisations participantes relèvent essentiellement d'activités :

- de plaidoyer et de portage politique ;
- de prise en compte de la problématique des RHS à tous niveaux de réflexion stratégique et d'actions opérationnelles sur le renforcement des systèmes et de réalisation des OMD ;
- de mobilisation des parties prenantes pour un accroissement des échanges, des informations, ainsi qu'une augmentation des ressources et des efforts pour résorber la crise des personnels ;
- de renforcement de l'adéquation et de la qualité des formations des personnels dans leur acception la plus large (managers, soignants, personnels techniques).

Le Plan d'action de Douala constitue une étape pratique dans une réflexion engagée au plus haut niveau international depuis de nombreuses années.

Il associe au travers de l'AMPS les acteurs politiques nationaux, régionaux et internationaux, afin d'appuyer les efforts entrepris pour développer des solutions innovantes en réponse à la crise des personnels de santé.

TABLE RONDE "TRAVAILLER ENSEMBLE AU NIVEAU REGIONAL ET INTERNATIONAL »

Trois questions doivent permettre de synthétiser les éléments à prendre en compte au niveau régional et international :

1. Quelles places, rôles et mécanismes d'appui des ensembles régionaux (politiques, économiques et techniques) pour le redressement des RHS : CEDEA, UEMOA, OOAS etc. ?
2. Quelles formations faut il régionaliser dans les centres de référence ou les écoles inter états et quelles en sont les conditions de succès ?
3. Quelles contributions (nature, niveau, forme) sont attendues de l'AMPS ?

M. Antonio ORTIZ, MAE

Les organisations régionales ont un rôle double à jouer en matière de formation : homogénéisation des formations, et regroupement régional en vue d'assurer les formations. Pour autant, l'expérience montre les difficultés rencontrées par les instituts de formation mis en place, faute de soutien politique suffisant (contribution des états défaillantes, engagement politique des états insuffisants).

C'est en définitive un problème que l'on retrouve dans d'autres enceintes régionales, et notamment au niveau de l'Union Européenne ! Sans engagement et soutien politiques, le niveau régional ne bénéficie pas d'une dynamique suffisamment porteuse.

M. Gilbert Galibaka, BAD

La BAD dispose d'un certain nombre d'outils et d'instruments multisectoriels pouvant servir en direction du renforcement des systèmes de santé ; pour autant, les outils les plus utilisés demeurent destinés au développement d'infrastructures ou d'initiatives privées.

Par l'intermédiaire des épizooties (grippe aviaire), la BAD renforce sa présence sur le secteur de la santé, au niveau régional, impliquant une coopération entre organisations internationales (OMS notamment).

Dr Alimata DIARRA-NAMA, OMS Afro

L'OMS a des fonctions normatives et d'appui technique ; la force de ce réseau permet d'engager un dialogue politique avec les ministères de la santé au niveau régional, utilisant la technique de la signature de mémorandum of understanding et soutenant la mise à l'ordre du jour de cette problématique aux niveaux régional et international.

Prof. Abdoulaye Diallo, OOAS

Les perspectives de l'OOAS en matière de formations régionales se basent sur un constat de disparités régionales et de besoins identifiés. L'OOAS travaille à une harmonisation concrète des curricula des personnels de santé à l'échelle régionale : médecins, infirmières, spécialistes, économistes de la santé agents des établissements médicaux sociaux.

Cette harmonisation prend en compte la diversité des espaces : franco-lusophone, anglophone, et les caractéristiques propres à ces territoires. Le CAMES constitue le seul établissement francophone sur lequel il a été possible de s'appuyer, alors que les pays anglophones étaient soutenus par des instituts de formation nombreux (west african college of physicians, west african college of nurses, etc.). Au-delà de l'harmonisation en cours, l'OOAS envisage maintenant l'accréditation des centres de référence et des structures inter-états, afin d'évaluer la réunion des conditions optimales de fonctionnement et la qualité des standards mis en place.

Enfin, l'OOAS recherche une coopération régionale accrue, évitant des formations inadaptées à l'échelle régionale, afin de ne pas disperser les efforts et de répondre aux besoins de qualifications de personnels de santé, en nombre suffisant. Les pays de l'UEMOA étant tous membres de la CEDEAO, dont procède l'OOAS, il est essentiel de construire un dialogue permanent avec ses instances pour construire une coopération intégrée.

Mme Marie Odile WATY, AFD

Les contributions attendues de l'AMPS ont trait à différents domaines : connaissances, plaidoyer, réponse aux problèmes mondiaux. En matière de connaissances, l'AMPS insiste sur :

- Le consensus sur la création des observatoires régionaux (Afrique, Asie, etc.) ;
- L'appui aux organisations régionales pour mettre en place les formations à ce niveau ;
- Le partage d'expériences entre tous les continents, afin de réfléchir au niveau global à la résorption de la crise multiforme (identification des « national champions », développement de l'appui inter pays).

L'alliance doit assumer un rôle initiateur, de facilitateur, afin de dynamiser l'agenda régional et international. L'AMPS ne sera en revanche jamais un financeur de taille importante.

En matière de plaidoyer, il convient d'insister sur la nécessité d'une implication et d'un soutien politique ; il s'agit d'un prérequis fondamental, qui pousse l'AMPS à stimuler les états membres de l'alliance à agir dans le cadre de leur espace politique sous régional.

PLAN D'ACTION DE DOUALA

CONFERENCE « LES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE EN AFRIQUE : EXPERIENCES, DEFIS ET REALITES »
Douala, Cameroun, 6-8 juin 2007
PLAN D'ACTION DE DOUALA

NIVEAU	RECOMMANDATION	INDICATEURS	ECHÉANCIER
Pays Régional International	1. S'engager sur un fort plaidoyer en faveur des actions/solutions de développement des ressources humaines en santé	Nombre de conférences de presse et d'articles de presse	Immédiat et continu
Pays Régional International	2. Placer la question des ressources humaines en santé comme une priorité dans l'agenda politique afin de mobiliser davantage de ressources du budget national, des partenaires du développement et des initiatives mondiales de santé (GAVI, Fonds mondial etc)	% d'augmentation du budget pour les RHS Montants des aides internationales mobilisées	Immédiat et continu
Pays	3. Identifier les sujets prioritaires des RHS appelant des mesures d'urgence	Liste de sujets prioritaires disponible	D'ici août 2007
Pays	4. Mettre en place un comité multisectoriel pour la promotion des RHS	Texte réglementaire de création du comité	D'ici septembre 2007
Pays	5. Mettre en place ou renforcer les directions des RHS pour leur permettre de jouer leur rôle de gestion stratégique	DRHS en place % d'augmentation des moyens des DRHS existantes	D'ici juin 2008
Pays	6. Elaborer/actualiser un plan national stratégique de RHS dans la perspective des OMD (2015)	Plan stratégique disponible	D'ici décembre 2008

NIVEAU	RECOMMANDATION	INDICATEUR	EHEANCIER
Pays Régional	7. Mettre en place un observatoire national du système de santé couvrant toutes les informations sur les RHS	Observatoire fonctionnel	D'ici décembre 2008
Pays Régional	8. Elaborer un référentiel des compétences et un répertoire des métiers de la santé	Référentiel et répertoire disponibles	D'ici décembre 2008
Pays Régional	9. Renforcer la formation des managers de la santé et leur utilisation adéquate	Nombre de filières de formation ouvertes Pourcentage de postes occupés par des managers qualifiés	D'ici décembre 2008
Pays Régional	10. Procéder à l'évaluation et à l'accréditation des institutions et des programmes de formation des professionnels de santé	Nombre de rapports d'évaluation disponibles Nombre d'institutions de formation accréditées	D'ici décembre 2008
Pays Régional	11. Réviser et harmoniser les curricula de formation des professionnels de santé	Nombre de curricula révisés	D'ici décembre 2008
Pays Régional International	12. Accélérer la formation des catégories de RHS selon les besoins du pays	% d'augmentation des étudiants dans les catégories concernées	Immédiat et continu

ANNEXES

Annexe 1 : programme



Conférence sous-régionale

Les ressources humaines en santé en Afrique: expériences, défis et réalités

Hôtel Méridien
Douala, Cameroun
6-8 juin 2007

Programme prévisionnel

Mercredi 06 juin

- 8.30** **Accueil et inscription des participants**
- 9.00** **Cérémonie d'ouverture**
- Représentante de l'OMS au Cameroun
 - Ambassadeur de France au Cameroun
 - Directeur exécutif de l'AMPS
 - Ministre de la Santé du Cameroun
- 9.45** **Présentation de l'AMPS**
Dr Francis Omaswa, Directeur exécutif de l'AMPS
- 10.00** **Présentation du Rapport mondial sur la Santé 2006**
Dr Anders Nordström, Sous-Directeur général OMS,
Systèmes et Services de Santé
- 10.15** **Présentation de la Plateforme africaine**
Dr B. Kollo, Ministère de la Santé, Cameroun
- 10.30** **Situation régionale des ressources humaines en santé**
OOAS
- 10.45 pause

L'Alliance mondiale pour les personnels de santé est
hébergée et administrée par l'Organisation mondiale de la
Santé.



- 2 -

11.15 Présentations des pays

- Cameroun
- Tchad
- Rwanda
- Sénégal

13.00 déjeuner

14.00 Présentations des pays

- Bénin
- Niger
- République démocratique du Congo

**15.45 Résumé des travaux préparatoires des pays
AMPS**

16.00 Pause

**16.30 Médicalisation en zone rurale
Santé Sud (Mali)**

**16.45 Ecole régionale des cadres de santé
Handicap international (Burkina Faso)**

**17.00 Jumelages hospitaliers
Fédération hospitalière de France**

**17.15 Conséquences du SIDA sur les ressources humaines en santé
ESTHER**

17.30 fin des sessions plénières

**17.45 - Réunion des Présidents, Facilitateurs et Rapporteurs
18.15 des sessions de groupe du jeudi**

- 3 -

Jeudi 7 juin

- 8.30** **Résolution de Gaborone**
Ministre de la Santé du Tchad
- 8.45** **Interventions de partenaires donateurs**
Coopération internationale du Canada
Coopération internationale du Japon
Union européenne
Agence française du Développement
Ministère français des Affaires étrangères
Ministère français de la Santé
Coopération internationale de l'Allemagne
Coopération internationale de l'Italie
Coopération internationale de la Norvège
- 10.45 pause
- 11.00** **Travaux de groupe - Situation actuelle et défis**
Groupe 1: la meilleure utilisation des RHS actuelles
Groupe 2: quelles tâches pour quelles compétences?
Groupe 3: éducation et formation
Proposition de recommandations
- 13.00 déjeuner
- 14.00** **Travaux de groupe - Solutions potentielles et avenir**
Groupe 1: la meilleure utilisation des RHS actuelles
Groupe 2: quelles compétences pour quelles tâches?
Groupe 3: éducation et formation
Proposition de recommandations
- 16.00 pause
- 17.00** **Présentation des 3 Groupes et discussion**
- 18.30 fin des séances
- 18.45 -** **Réunion avec les intervenants à la Table ronde**
19.00 **du vendredi**

- 4 -

Vendredi 8 juin

9.00 **Table ronde**
"Travailler ensemble au niveau régional et international"

10.30 pause

11.00 **Adoption des recommandations**

11.15 **Cérémonie de clôture**
Ministre de la Santé du Cameroun

12.30 déjeuner

14.30 **Conférence de presse**
Ministre de la Santé du Cameroun
Sous-Directeur général OMS
Directeur exécutif AMPS
Représentante de l'OMS au Cameroun

Annexe 2 : éléments de bibliographie

Articles

- Public sector reform and demand for human resources for health (HRH), Jane Lethbridge, BioMed Central, 2004
- Human Resources and Health Outcomes, Sudhir Anand, JLI working paper 7-2, 2003
- Quelles ressources humaines pour quelle coopération ? », Avis du Haut Conseil de la Coopération Internationale, adopté en assemblée plénière le 25 juin 2002
- Communication from the Commission to the Council and the European Parliament : Investing in people - Communication on the thematic programme for human and social development and the financial perspectives for 2007-2013, European Commission, 2006
- Working together to tackle the Crisis in Human Resources for Health, High Level Forum on the Health MDGs, 2005
- Investment in HRH – problems, approaches and donor experiences, Anna Glenngård and Anders Anell, JLI working paper 2-6, 2003
- Human resources for health: overcoming the crisis, Lincoln Chen, The Lancet, November 2004
- Review of the Utilisation and Effectiveness of Community-Based Health Workers in Africa, Uta Lehmann and Irwin Friedman, JLI working paper 4-1, 2004
- Payment of Lunch Allowance: A Case Study of the Uganda Health Service, Dr E. K. Kanyesigye and Mrs G. M. Ssendyona, JLI working paper 4-2, 2004
- Recent Innovations in Education of Human Resources for Health, Gerard Majoor, JLI working paper 2-3, 2004
- The Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI) : Is it a New Model for Effective Public Private Cooperation in International Public Health?, William Muraskin, JLI working paper, 2004
- The Training of HRH in Africa, Peter M Ndumbe, JLI working paper 4-1, 2005

Rapports

- Working together for health – The World health report 2006, WHO, 2006
- Health in Africa, WHO, 2006
- Health Financing Revisited, A Practitioner's Guide, Pablo Gottret and George Schieber, The World Bank, 2006
- Human Resources for Health – Overcoming the Crisis, Joint Learning Initiative, 2004
- Health Human Resources Demand and Management – Strategies to confront crisis, JLI, 2004
- Afrobarometer – a comparative series of national public attitude surveys on democracy, markets and civil society in Africa, Michael Bratton, 2007
- Our people strategy 2005-2008, DfID, 2005
- Human Development Report 2006 - Beyond scarcity: Power, poverty and the global water crisis, UNDP, 2006
- HealthCast 2020 : Créer un futur durable, Institut de recherche sur la santé de PricewaterhouseCoopers, 2007

Annexe 3 : Liste des participants



Conférence

"Les ressources humaines en santé en Afrique: expériences, défis et réalités"

Hôtel Méridien
Douala, Cameroun
6-8 juin 2007

Liste des participants

Représentants des Pays

BENIN

Ministre de la santé publique
Ministère de la santé publique
Boîte postale 882
Cotonou

Vincent FABY
Directeur des ressources humaines
Ministère de la santé publique
Boîte postale 882
Cotonou

Valère GOYITO
Secrétaire général adjoint
Ministère de la santé publique
Boîte postale 882
Cotonou

BURKINA FASO

Ministre de la santé
Ministère de la santé
03 Boîte postale 7009
Ouagadougou

Batia BAZIE
Conseiller en gestion des
ressources Humaines
Chef du service de gestion du
Personnel
Direction des ressources humaines
Ministère de la santé
03 Boîte postale 7009
Ouagadougou

Jean-Jacques MILLOGO
Médecin spécialiste
Chef du service recrutement et
Formation
Direction des ressources humaines
Ministère de la santé
03 Boîte postale 7009
Ouagadougou



- 2 -

BURUNDI

Ministre de la santé
Ministère de la santé
Boîte postale 1820
Bujumbura

M. Barnabé MAHENEHE
Ministère de la santé publique
Boîte postale 1820
Bujumbura

M. Mechak MANANGA
Ministère de la santé publique
Boîte postale 1820
Bujumbura

CAMEROUN

Urbain Olanguena AWONO
Ministre de la santé publique
Ministère de la santé publique
Yaoundé

Fru ANGWAFO III
Secrétaire général
Ministère de la santé publique
Yaoundé

Basile KOLLO
Directeur des ressources humaines
Ministère de la santé publique
Yaoundé

Maurice SOSSO
Inspecteur général des services
Ministère de l'enseignement
supérieur
Boîte postale 12442
Yaoundé

Donatien KEMOGNE
Chef, cellule SYGIPES
Direction des ressources humaines
Ministère de la santé publique
Yaoundé

Ekoé TETANYE
Doyen
Faculté de médecine et des sciences
Biomédicales
Yaoundé

Peter NDUMBE
Doyen
Faculté des sciences de la santé
Buéa

Samé EKOBO
Doyen
Faculté de médecine et de pharmacie
Douala

Lazare KAPTUE
Doyen
Faculté de médecine
Université des montagnes

Aurore DJOMBI
Directrice
Ecole IDE
Douala

Monique TABI
Directrice
Ecole ATMS
Yaoundé

- 3 -

CONGO

Emilienne RAOUL
Ministre de la Santé, des Affaires
 Sociales et de la Famille
Ministère de la santé
 et de la population
Boîte postale 2101
Brazzaville

Martin DJOUOB
Conseiller technique en charge de
 l'OCEAC
Santé publique
Ministère de la santé
 des affaires sociales et de la famille
Boîte postale 2101
Brazzaville

Léon MBIZI
Inspecteur Divisionnaire
Chargé des finances & administration
Ministère de la santé, des affaires
 sociales et de la famille
Boîte postale 2101
Brazzaville

Claude WETTA
Ministère de la santé, des affaires
 sociales et de la famille
Boîte postale 2101
Brazzaville

COTE D'IVOIRE

Ministre de la santé et de l'hygiène
 publique
Ministère de la santé et de l'hygiène
 publique
Boîte postale V.4
Abidjan

Touobou Jean-Hervé N'GUESSAN
Sous-directeur des établissements
 publics nationaux
Ministère de la santé et de l'hygiène
 publique
Tour C, 16^e étage, cité administrative
Boîte postale V.4
Abidjan

Hortance Affoué KOUAME
Ministère de la santé et de l'hygiène
 publique
Tour C, 16^e Etage, Cite
 Administrative
Boîte postale V.4
Abidjan

GABON

Ministre de la santé publique et de la
 population
Ministère de la santé publique
 et de la population
Boîte postale 820
Libreville

Léonard ASSONGO
Ministère de la santé publique
 et de la population
Boîte postale 820
Libreville

Martin NDOUTOUMOU
Ministère de la Santé publique
 et de la Population
Boîte postale 820
Libreville

GUINEE

Ministre de la santé publique
Ministère de la santé publique
Conakry

Abdoulaye Bademba DIALLO
Secrétariat d'état à la coopération
Boîte postale 1210
Conakry

Assy Facinet CAMARA
Secrétariat d'état à la coopération
Boîte postale 1210
Conakry

- 4 -

GUINEE EQUATORIALE

Antonio Martin NDONG NCHUCHUMA
Ministre de la santé et du bien-être
social
Ministère de la santé et du bien-être
social
Malabo

Mariano NDONG NKONO
Inspecteur régional de services
sanitaires
Ministre de la santé et du bien-être
social
Malabo

Guillermo NDONG NTUTUMU
Chef de service de formation des
ressources humaines
Ministère de la santé et du bien-être
social
Malabo

MALI

Ministre de la santé publique
Ministère de la santé publique
Boîte postale 232
Koulouba
Bamako

Youssouf Abdoulaye BERTHE
Gestionnaire des ressources
humaines
Ministère des affaires étrangères,
des maliens de l'extérieur et de
l'intégration africaine
Koulouba
Bamako

Mamadou SANOGO
Planificateur
Développement des ressources
humaines
Ministère des affaires étrangères,
des maliens de l'extérieur et de
l'intégration africaine
Koulouba
Bamako

MAURITANIE

Mohamed L. OULD EL HADJ
Ministère de la santé et des affaires
sociales de la république islamique
de Mauritanie
Boîte postale 177
Nouakchott

Hamet NDIM
Chef de service de la gestion du
personnel, de la programmation et
des normes
Ministère de la santé et des affaires
sociales de la république islamique
de Mauritanie
Boîte postale 177
Nouakchott

NIGER

Ministre de la santé publique
et de la lutte contre les endémies
Ministère de la santé publique
et de la lutte contre les endémies
Niamey

Aboubacar KORAO
Directeur administratif
Directeur général des ressources
Ministère de la santé publique
et de la lutte contre les endémies
Niamey

Halilou Malam MANZO
Directeur administratif
Directeur général des ressources
Ministère de la santé publique
et de la lutte contre les endémies
Niamey

- 5 -

REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

Bernard LALA
Ministre de la santé publique et de la
population
Ministère de la santé publique et de
la population
Boîte postale 883
Bangui

Maurice LENGA
Chef de service des ressources
humaines
Ministère de la santé publique et de
la Population
Boîte postale 883
Bangui

Valentin GOANA
Ministère de la santé publique et de
la population
Boîte postale 883
Bangui

**REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE
DU CONGO**

Ferdinand NTUA OSIAMBA
Vice-ministre de la santé publique
Ministère de la santé publique
43110, Boulevard du 30 juin
3088 Kin 1
Kinshasa Gombé

Laurent Tchelu MWENYIMALI
Ministère de la santé publique
4310, Boulevard du 30 Juin
3088 Kin 1
Kinshasa Gombé

Epiphane Ngumbu MABANZA
Ministère de la santé publique
4310, Boulevard du 30 Juin
3088 Kin 1
Kinshasa Gombé

RWANDA

Ministre de la santé publique
Ministère de la santé publique
Boîte postale 84
Kigali

André RUSANGANWA
Conseiller OMS auprès du Ministère
de la santé publique
Ministère de la santé publique
Boîte postale 1324
Kigali

Emmanuel KABANDA
Directeur
Unité finance et ressources
Ministère de la santé publique
Boîte postale 84
Kigali

SENEGAL

Ministre de la santé et de la
prévention médicale
Ministère de la santé et de la
prévention médicale
Boîte postale 4024
Dakar

Yankhoba SOW
Conseiller en planification
Directeur des ressources humaines
Chargé de la formation
Ministère de la santé de la prévention
médicale
Boîte postale 4024
Dakar

Ndiouga FALL
Conservateur des archives
Chef de la division de la gestion du
personnel
Ministère de la santé et de la
prévention médicale
Boîte postale 4024
Dakar

- 6 -

TCHAD

Djona A AVOCKSOUMA
Ministre de la santé publique
Ministère de la santé publique
Boîte postale 440
N'Djamena

Nadjitolnan OTHINGUE
Ministère de la santé publique
Boîte postale 440
N'Djamena

Daniel ADOUMBAYE
Ministère de la santé publique
Boîte postale 440
N'Djamena

TOGO

Ministre de la santé publique
Ministère de la santé publique
Boîte postale 386
Lomé

Hokameto EDORH
Directeur du centre hospitalier
régional de Dapaongo
Chef division de l'administration et
des ressources humaines
Ministère de la santé publique
Boîte postale 386
Lomé

Tcha KADJANTA
Chef, division de l'administration et
des ressources humaines
Ministère de la santé publique
Boîte postale 386
Lomé

Représentants des Agences, Institutions et Partenaires

BURKINA FASO

ECOLE INTER-ETATS DES CADRES SUPERIEURS PROFESSIONNELS DE LA SANTE ET DU SOCIAL (EICAPSS)

Ponné ZONG-NABA
Directeur
12 bp 118
Ouagadougou 12
Burkina Faso

ETHIOPIE

Jean-Pierre ALLUARD
Conseiller technique
Coopération française
Addis Ababa

FRANCE

AMBASSADE DE FRANCE AU CAMEROUN

Georges SERRE
Ambassadeur
Boîte postale 1631
Yaoundé

Jean-Pierre LAMARQUE
Conseiller régional santé/social
Service de coopération et activités
culturelles
Boîte postale 1631
Yaoundé

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Brigitte ARTHUR
adresse
Paris

MINISTERE DES AFFAIRES ETRANGERES ET EUROPENNES

Antonio ORTIZ
Bureau de la santé
20 Rue Monsieur
75700 Paris 07 SP

GENCE DU DEVELOPPEMENT

Marie-Odile WATY
Directeur
Division santé
5, rue Roland Barthes
75598 Paris CEDEX

Patrick DAUBY
Division santé
5, rue Roland Barthes
75598 Paris CEDEX

FEDERATION HOSPITALIERE

Eric de Roodenbeke
5 rue des Jeimeirs
75002 Paris

HANDICAP INTERNATIONAL

Maryvonne DE BACKER
Responsable du domaine santé, soin
et réadaptation
14, avenue berthelot
69361 Lyon CEDEX 07

SANTE PROTECTION SOCIALE INTERNATIONALE

Gwenaël DHAENE
Conseiller
76, boulevard Haussman
75008 Paris

ESTHER

Robert SIMON
Secrétaire-général
36 rue de Charonne
75012 Paris

INSTITUT DES SCIENCES ET PRATIQUES D'EDUCATION ET DE FORMATION

Denis POIZAT
Maitre de conférences
86, rue Pasteur
69365 Lyon cedex 07

- 8 -

SANTE SUD

Simon MARTIN
Directeur
200 bd National
Le Gyptis Gt N
13003 Marseille

MALI

SANTE SUD

Seydou Ouaritio COULIBALY
B. P. 686
Bamako

SENEGAL

**MINISTERE DE LA SANTE ET DE
LA PREVENTION MEDICALE**

Jacques E. KOPP
Conseiller technique
Cooperation française
Dakar

SUISSE

**HOPITAL UNIVERSITAIRE DE
GENEVE**

Louis LOUTAN
Conseiller exécutif senior
24, rue micheli-du-crest
1211 Genève 14

COOPERATIONS BILATERALES

A confirmer et à lister sous nom pays

Allemagne

Belgique

Canada

Italie

Japon

Norvège

Suisse

**GROUPE DE LA BANQUE
AFRICAIN DE DEVELOPPEMENT**

A confirmer

**ORGANISATION OUEST
AFRICAIN DE LA SANTE**

Diallo ABDOULAYE
Chef de la division formation
B. P. 153
Bobo-Dioulasso
Burkina Faso

UNION AFRICAINE

Bience GAWANAS
Commissaire aux affaires sociales
B. P. 3243
Addis Ababa
Ethiopie

UNION EUROPEENNE

A confirmer

**BUREAU REGIONAL DE L'OMS
POUR L'AFRIQUE**

Alimata J. DIARRA-NAMA
Directeur
Département des ressources
humaines en santé

Jennifer NYONI
Conseiller régional
Département des ressources
Humaines en santé

**BUREAU DU REPRESENTANT DE
L'OMS AU CAMEROUN**

Hélène MAMBU-MA-DISU
Représentante de l'OMS
Boîte Postale 155
Yaoundé

Françoise NISSACK
Administrateur professionnel
National, FHP
Boîte Postale 155
Yaoundé

Raymond MBOUZEKO
Agent de Communication

- 9 -

A voir avec Dr Mambu

Mme Aster Gashaw Besa, AO
M. Mbouzeko Raymond, HIP
M. Ayanma Modeste, ACF
Mme Monique Lowa, Secrétaire
Mme Lydie Memvouta, Secrétaire
M. Ibrahim, Chauffeur
M. Essimbi Emini Charles, Chauffeur

AGENCES NATIONS-UNIES

à confirmer

UNAIDS
UNDP
UNFPA
UNICEF

**BUREAU DU REPRESENTANT DE
L'OMS AU BENIN**

Akpa R. GBARY
Représentant de l'OMS

**SIEGE DE L'OMS
GENEVE, SUISSE**

**DEPARTEMENT DES
RESSOURCES HUMAINES POUR
LA SANTE**

Jean-Marc BRAICHET
Scientifique
Unité de perfectionnement et
formation du personnel

DEPARTEMENT VIH/SIDA

Badara Samb
Directeur par intérim (message laissé
sur répondeur pour confirmer titre)
Unité de renforcement des systèmes
et HIV

**ALLIANCE MONDIALE POUR LES
PERSONNELS DE SANTE**

Francis OMASWA
Directeur exécutif

Fabienne ADAM
Manager

Pierre Benjamin FOUQUET
Agent de Communication

Millicent AYATA
Assistante administrative

Annexe 4 : éléments de cartographie



Map No. 4045 Rev. 4 UNITED NATIONS
January 2004

Department of Peacekeeping Operations
Cartographic Section



GIP - SPSI

**Groupement d'Intérêt Public Santé
Protection Sociale Internationale**

**76 Boulevard Haussmann
F-75008 Paris**

T : +33 (0)1 55 30 17 06

F : +33 (0)1 55 30 17 12

E : gdhaene@gipspsi.org

W : www.gipspsi.org

