



# **Rapport Sommaire**

## **Synthèse et examen systématique : Politiques sur la formation et le déploiement de ressources humaines en santé en Afrique rurale**



**DALHOUSIE  
UNIVERSITY**  
*Inspiring Minds*

WHO/PAHO Collaborating Centre on  
Health Workforce Planning & Research



University of Zambia  
School of Medicine

## **Remerciements**

Ces travaux ont été menés avec l'appui de l'initiative de recherche en santé mondiale (IRSM), programme de financement de la recherche mis sur pied en partenariat par les Instituts de recherche en santé du Canada, l'Agence canadienne de développement international et le Centre de recherches pour le développement international.

L'équipe de chercheurs tient à remercier les membres du groupe consultatif – D<sup>r</sup> Maina Boucar, D<sup>r</sup> Paulo Ferrinho, M<sup>me</sup> Allison Annette Foster, M. Solomon Kagulura, D<sup>r</sup> Vic Neufeld, M<sup>me</sup> Jennifer Nyoni, D<sup>r</sup> Francis Omaswa, D<sup>re</sup> Judith Shamian et D<sup>r</sup> Mohsin Sidat – pour leur importante contribution et leur soutien. Les chercheurs tiennent aussi à remercier l'IRSM qui a fourni le financement pour soutenir les travaux décrits dans ce rapport.

## **Équipe de recherche**

Le rapport est le résultat d'un partenariat de recherche entre des professeurs, des étudiants et des membres du personnel de la Faculté de médecine de l'Université de Zambie et du Centre de collaboration entre l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) de l'Université Dalhousie. Voici les noms des membres de l'équipe :

### Université Dalhousie

D<sup>re</sup> Gail Tomblin Murphy  
D<sup>re</sup> Sheri Price  
Adrian MacKenzie  
Stephanie Bradish  
Annette Elliott Rose  
Janet Rigby  
Amanda Carey

### Université de Zambie

D<sup>r</sup> Fastone Goma  
D<sup>r</sup> Selestine Nzala  
Nellisiwe Chizuni  
Derrick Hamavhwa  
Chilweza Muzongwe

**Le rapport complet (l'anglais seulement) est disponible à <http://whocentre.dal.ca>**

April 2014

**Copyright, 2014, Dalhousie University and University of Zambia**

## **Présentation**

La santé des mères et la santé des enfants – objectifs du Millénaire pour le développement – sont au cœur même du bien-être de tous les pays. Toutefois, des estimations récentes montrent que peu de pays africains sont en voie d'atteindre ces objectifs. Cette situation est en grande partie due à la pénurie de ressources humaines en santé (RHS) qui perdure en Afrique, la plupart des pays de cette région n'ayant pas suffisamment de personnel pour offrir les soins de santé élémentaires à leur population, particulièrement dans les régions rurales. La planification efficace et la gestion des rares RHS disponibles, particulièrement pour ce qui est de la santé des mères et des enfants, sont ainsi de la plus haute importance pour les gouvernements africains. Afin d'orienter la planification, un examen systématique des données disponibles sur les politiques en matière de formation et de déploiement pour médecins, les infirmiers, les infirmières et les sages-femmes pour la santé maternelle et infantile en Afrique rurale a été effectué.

Un large éventail de stratégies de formation et de déploiement pour les médecins, les infirmiers, les infirmières et les sages-femmes ont été mises en place pour améliorer la santé maternelle et infantile en Afrique rurale. On constate également une augmentation des investissements dans des postes-cadres comme dirigeants cliniques et travailleurs en santé communautaire. Nous avons pu relever des preuves que ces initiatives contribuent plus à améliorer les résultats que celles qui sont axées sur les médecins, les infirmiers, les infirmières ou les sages-femmes. Le recours de plus en plus répandu à ces nouvelles professions justifie une analyse régulière et systématique de la façon dont les compétences respectives des divers cadres en santé répondent aux besoins de services spécifiques des populations desservies.

Il est nécessaire d'améliorer la visibilité offerte par les ministères de la Santé pour ce qui est de leurs politiques. Nous n'avons réussi à trouver aucune copie de politiques visées par notre analyse pour aucun des pays étudiés en profondeur. L'analyse a par conséquent été limitée à des sources secondaires. Il y a pénurie de documents examinés par des pairs traitant de la mise en œuvre ou des impacts des politiques. Une grande partie de preuves sur les politiques est soit non publiée, soit éparpillée sur les sites Web d'une multitude d'organisations où il n'est pas possible de faire des recherches systématiques, ce qui limite considérablement l'avantage de les utiliser dans l'élaboration de futures politiques et pratiques. Une organisation internationale comme l'OMS pourrait favoriser la collecte systématique de documents et le partage d'autres preuves sur les politiques dans les divers pays, ce qui présenterait des avantages formidables.

La forte incompatibilité qui semble exister entre les politiques et les stratégies proposées par ces pays et ce qui est mis en place pourrait être due à un large éventail de facteurs sur lesquels les ministères de la Santé n'ont aucune influence. Par exemple, aucun des huit pays étudiés en profondeur ne respecte les engagements qu'il a pris dans la Déclaration d'Abuja de 2001, et le sous-financement est la cause la plus souvent citée comme obstacle aux améliorations dans le secteur de la santé. Cette situation exige un réexamen de l'importance du secteur de la santé pour le développement de ces pays et de l'allocation des

ressources ou, de manière plus réaliste, une planification plus réaliste du secteur de la santé qui prenne en compte ce sous-financement qui perdure. Il existe également des preuves que les fonds de donateurs essentiels au secteur de la santé en Afrique pourraient être beaucoup plus efficaces si leur utilisation correspondait mieux aux priorités nationales en matière de santé. Enfin, même si la pénurie de ressources est un problème criant, l'absence de capacité de gérer efficacement ces ressources, ou de suivre et d'évaluer l'impact de leur utilisation pose aussi problème. Par conséquent, investir pour accroître cette capacité pourra, à long terme, rapporter d'importants dividendes.

## **Sommaire**

### **Contexte**

Les huit objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) lancés en 2000 sont considérés comme étant un plan directeur international visant à améliorer la santé et le bien-être des personnes les plus vulnérables du monde. La santé et le bien-être des femmes, des nouveau-nés et des enfants sont au premier rang d'un grand nombre de discussions sur les politiques et la planification qui touchent les OMD 4 et 5. À mesure qu'approche l'échéance pour atteindre les OMD, de nombreux rapports d'avancement, particulièrement les rapports concernant des pays d'Afrique, montrent qu'il reste des défis à relever pour atteindre les OMD 4 et 5. Cette situation est en grande partie due à la pénurie de ressources humaines en santé (RHS) qui perdure en Afrique. La plupart des pays du continent n'ayant pas suffisamment de personnel pour offrir les soins de santé élémentaires à leur population, particulièrement dans les régions rurales. La capacité de ces pays de réagir à cette crise est sérieusement limitée par le financement et les lacunes des infrastructures. La planification efficace et la gestion des rares RHS disponibles, particulièrement pour ce qui est de la santé des mères et des enfants, sont ainsi de la plus haute importance pour les gouvernements africains. Afin d'orienter la planification, un examen systématique des données disponibles sur les politiques en matière de formation et de déploiement pour médecins, les infirmiers, les infirmières et les sages-femmes pour la santé maternelle et infantile en Afrique rurale a été effectué.

### **Méthodologie**

La principale question d'orientation était : Que savons-nous sur les politiques visant à appuyer la formation et le déploiement d'infirmiers et d'infirmières, de sages-femmes et de médecins pour les soins de santé maternelle et infantile en Afrique rurale? D'autres questions portaient sur ces points : Que savons-nous actuellement sur (a) l'élaboration, (b) la mise en œuvre et (c) les impacts de ces politiques?

Une approche à deux volets préconisée par un groupe consultatif international a été utilisée, le premier étant une étude de la portée des données disponibles pour l'ensemble de l'Afrique sur les questions examinées. Le second volet est une étude approfondie des politiques d'un sous-groupe de pays africains : Éthiopie, Ghana, Mali, Mozambique, Niger, Tanzanie, Ouganda et Zambie.

Seules les politiques pour lesquelles il était possible de relever des preuves d'utilisation et de mise en œuvre ont été retenues pour ce dernier volet. En outre, les interventions ou les programmes individuels mis en place dans le cadre des plans d'ensemble ont été considérés comme étant des politiques et analysés en profondeur pour préparer ce sommaire. Seules les données tirées de recherches publiées dans des revues scientifiques examinées par des pairs ont été considérées comme constituant la composante « impacts » du cadre de synthèse. Cependant, la présence d'autres données dans des sources non examinées par des pairs (p. ex. rapports du ministère de la Santé) est soulignée lorsque ces données sont disponibles et ont été utilisées pour donner de l'information sur les autres composantes du cadre de synthèse.

Étant donné le peu de documentation sur les politiques disponible pour analyse, il faut faire preuve de prudence lorsqu'on tire des conclusions sur la quantité et la qualité des stratégies mises en place dans les pays africains pour ce qui est de la formation en santé maternelle et infantile et du déploiement de médecins, d'infirmiers, d'infirmières et de sages-femmes dans les régions rurales. La question est examinée plus en profondeur dans les sections résultats et discussion où sont décrits des exemples précis des politiques relevés dans le cadre de l'examen qui, même s'ils ne correspondent pas aux critères d'inclusion, sont néanmoins prometteurs.

## **Résultats**

Les recherches dans la base de données électronique ont permis de relever 548 articles examinés par des pairs (122 de ces articles étaient mentionnés deux fois). Les 426 articles uniques restants ont été ajoutés aux 87 articles relevés par les membres de l'équipe de recherche zambienne et du groupe consultatif, pour un total de 513 articles à examiner. De ces articles, 37 remplissaient les critères pour être inclus dans l'étude. Le corpus d'articles final couvre 13 pays et toutes les régions de l'Afrique sont représentées. Le Ghana est le pays avec la plus haute représentation, soit 9 articles évalués par des pairs, suivi par l'Afrique du Sud avec 5 articles; 5 autres articles traitaient de plusieurs pays. Quatre articles provenaient d'Éthiopie, les 10 autres pays étant représentés dans un à trois articles chacun. Les articles retenus proviennent de 22 revues, surtout du *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé* et d'autres revues : *Health Policy and Planning*, *Reproductive Health Matters* et *Human Resources for Health*. La vaste majorité des articles examinés par des pairs ont été publiés à partir de 2003, ce qui semble indiquer l'impact de l'introduction, en 2000, des objectifs du Millénaire pour le développement sur l'établissement des priorités pour la recherche et les politiques. Ces données montrent également qu'un élan a été créé et s'accélère pour la recherche qui touche les RHS et les OMD 4 et 5.

La représentation des médecins, des infirmiers, des infirmières et des sages-femmes dans la documentation est assez équitable. Toutefois, beaucoup des articles sélectionnés mentionnent des fournisseurs parce qu'ils traitent implicitement de politiques de haut niveau, par exemple les politiques concernant la santé nationale et les réformes dans le secteur de la santé. Les politiques portant exclusivement sur la formation et le déploiement sont en minorité, alors que ceux qui traitent des deux domaines, soit directement, soit comme composants de politiques plus larges, sont en majorité. Le reste

de la documentation traite de politiques qui ne sont pas explicitement destinées à la poursuite des OMD 4 et 5 dans les régions rurales par la formation ou le déploiement des fournisseurs de services sélectionnés; ces articles sont toutefois pertinents pour les OMD 4 et 5 compris ou implicites dans les composantes de politiques générales, comme les politiques nationales sur la santé infantile. Même si les articles exclus ne remplissent pas tous les critères d'inclusion, ils illustrent la diversité du travail réalisé en matière de politique concernant la formation et le déploiement de RHS pour améliorer la santé maternelle et infantile dans les régions rurales.

Au moment où cet examen a été réalisé, on observait sur les sites Web des ministères de la Santé des pays africains appartenant aux trois groupes linguistiques une grande diversité quant aux fonctions et à l'offre de documents pertinents. Certains sites Web présentent une grande quantité de documents. Quoique opérationnels, les sites Web d'autres ministères de la santé manquent de cohérence quant aux documents offerts et à leur accessibilité. Notamment, on constate que les sites Web du ministère de la santé de plusieurs pays possèdent les bases et la structure nécessaires pour être pleinement informatifs, mais des liens rompus, des pages avec la désignation « en construction » et l'absence de documents de politique réduisent la capacité de ces sites d'informer. Par ailleurs, il a été impossible de trouver les sites Web de certains ministères.

L'examen des sites Web sélectionnés a révélé un large éventail de documents pertinents et applicables pour le sous-groupe de pays : lignes directrices et protocoles professionnels, évaluations indépendantes de politiques, notes et actes de conférences et autres documents examinés par des pairs. Ces documents ont été utilisés pour éclairer la partie de l'analyse portant sur le contexte du pays et pour cerner les politiques potentiellement pertinentes pour orienter les questions spécifiques adressées à notre comité consultatif quant à des renseignements additionnels.

Notre examen a révélé une pénurie de politiques sur la formation et le déploiement de médecins, d'infirmiers, d'infirmières ou de sages-femmes en santé maternelle ou infantile en Afrique rurale. Nous avons cependant pu trouver des politiques qui traitent de chacun de ces facteurs; elles sont décrites en détail dans le rapport.

Au-delà des titres des diverses politiques et des contextes dans lesquels elles ont été mises en place, nos recherches ne nous ont permis de trouver que très peu d'information sur la création, la mise en œuvre ou l'impact de ce travail. Plus particulièrement, nous avons relevé la quasi-absence de données scientifiques évaluées par des pairs concernant les impacts de ces politiques. La plupart des documents consultés reconnaissent toutefois que malgré les politiques qui devaient les régler, les problèmes persistent.

## **Discussion**

En dépit de la stratégie de recherche exhaustive et diversifiée, il n'a été possible de relever qu'un nombre relativement faible de politiques sur la formation ou le déploiement de médecins, d'infirmiers, d'infirmières et de sages-femmes en santé maternelle et infantile dans les régions rurales de ces pays. Les

politiques mentionnées reflètent l'information relevée à l'aide des méthodes et dans les sources décrites ci-dessus et facilement disponible pour inclusion dans notre analyse. Cela ne doit toutefois pas être interprété comme un manque d'attention ou de suivi pour ce qui est de régler ces problèmes. Plusieurs pays sont en train de mettre en place des programmes importants qui s'intéressent à ces enjeux, programmes qui ne correspondaient toutefois pas exactement aux critères d'inclusion. Deux programmes sur lesquels beaucoup d'information est disponible – le « Health Extension Program » de l'Éthiopie et le « Essential Health Intervention Project » de la Tanzanie – sont décrits plus en détail dans le rapport.

Tout compte fait, il est clair que les ministères de la santé des pays étudiés ont mis à l'essai un large éventail de propositions de politiques en RHS visant à améliorer la santé maternelle et infantile au sein de leurs populations respectives, et qu'ils continuent d'examiner les possibilités. Toutefois, la mise en œuvre – et par conséquent le succès – de ces politiques semble sérieusement entravée par des facteurs économiques, politiques, sociaux, géographiques et technologiques sur lesquels les ministères n'ont aucune influence directe. De plus, il est souvent difficile de voir comment les politiques en place s'inscrivent dans les stratégies nationales plus vastes. Cela étant dit, il est important de souligner que très peu d'information sur les politiques de ces pays en matière santé – sans parler de renseignements sur leur mise en œuvre et leurs impacts – est facile d'accès ou disponible, même à l'aide de recherches dédiées. Les politiques ont dû être analysées à partir uniquement de sources d'information secondaires, puisque les textes des politiques n'étaient pas disponibles. L'absence de visibilité et d'accessibilité de l'information rend virtuellement impossible l'évaluation objective de ces politiques – évaluation nécessaire si on veut y apporter des améliorations appréciables.

### **Autres domaines à étudier**

Il y a un grand potentiel d'utiliser cette synthèse comme point de départ d'autres travaux. Les principales limites de cet examen sont le manque d'information sur les politiques pertinentes et l'échéancier à respecter. En ce qui a trait au premier point, comme nous le mentionnons ci-dessus, élargir la stratégie de recherche de documents examinés par des tiers pour inclure les noms de pays d'Afrique permettrait sans doute de trouver des documents plus pertinents. De la même façon, des recherches de suivi pour trouver de l'information sur des politiques spécifiques, une fois que ces dernières auront été identifiées, pourraient donner des renseignements additionnels à leur sujet, tout comme l'exploration des références dans les documents pertinents. De plus, des entrevues des groupes de consultation avec des informateurs clés dans les pays sélectionnés apporteraient vraisemblablement des données additionnelles et d'autres documents. Enfin, même si nous avons cité des rapports publiés par des gouvernements et par des ONG lorsque c'était applicable, nous avons limité notre étude des preuves des impacts des politiques aux documents examinés par des pairs. Cela exclut les très nombreuses analyses importantes réalisées par des ONG comme la Banque mondiale et CapacityPlus, analyses dont il est fort probable qu'elles offrent un grand potentiel d'information sur les types de politiques étudiées ici, mais qui sont rarement publiées dans des revues universitaires.

### **Principaux messages**

Compte tenu des méthodes et des limites de l'examen, plusieurs points importants sont ressortis assez souvent et assez clairement pour être mentionnés.

- 1. L'écart entre la planification et la mise en œuvre :** Une grande variété d'interventions stratégiques en RHS et dans le domaine plus large des politiques touchant le système de santé semblent avoir été mises en place pour améliorer la formation et le déploiement, en Afrique rurale, de médecins, d'infirmiers, d'infirmières et de sages-femmes en santé maternelle et infantile. On constate cependant une forte incompatibilité entre le nombre et la portée des politiques et des stratégies proposées et ce qui est mis en place, et la mauvaise santé maternelle et infantile est toujours répandue en Afrique rurale. De plus, nous avons souvent observé l'absence d'orientation claire pour les politiques mises en place. Cette divergence entre la planification et la mise en œuvre peut être due à de nombreux facteurs économiques, sociaux, politiques, environnementaux et technologiques, dont seuls certains sont dans la sphère d'influence directe des ministères de la Santé.
- 2. Sous-financement :** Aucun des huit pays étudiés en profondeur n'a respecté les engagements qu'il a pris dans la Déclaration d'Abuja de 2001. Le sous-financement est la cause la plus souvent citée comme obstacle aux améliorations dans le secteur de la santé. Il est essentiel d'augmenter le financement pour la santé des populations de ces pays.
- 3. Visibilité des politiques :** Il faut améliorer la visibilité des ministères de la Santé en ce qui a trait à leurs diverses politiques. Malgré les stratégies de recherche à volets multiples décrites plus haut, à cause de l'absence de politique d'archivage des documents sur les sites Web des ministères de la Santé, il a été impossible de trouver pour les huit pays étudiés en profondeur aucune des politiques spécifiques couvertes par notre analyse, laquelle a par conséquent été limitée aux preuves obtenues de sources secondaires.
- 4. Indisponibilité de preuves :** Il y a pénurie de documents examinés par des pairs traitant de la mise en œuvre et des impacts des politiques sur les RH en Afrique. Cela est peut-être dû en partie au fait que les preuves recueillies sont souvent publiées par des ONG comme Banque mondiale; il semble qu'aucune preuve du genre ne soit publiée par les gouvernements, même lorsque ces preuves existent. Ainsi, une grande partie de preuves importantes sur les politiques est ou non publiée ou éparpillée sur les sites Web d'une multitude d'organisations où il n'est pas possible de faire rapidement des recherches systématiques, ce qui limite considérablement l'avantage de les utiliser dans l'élaboration de futures politiques et pratiques. Dans ce contexte, une organisation internationale comme l'OMS pourrait jouer un rôle important et favoriser la collecte systématique de documents sur les pratiques exemplaires et le partage d'autres preuves sur les politiques dans les divers pays, ce qui présenterait des avantages formidables.
- 5. Parti pris de la recherche :** Les documents évalués par des pairs qui ont été inclus dans l'examen montrent clairement que la recherche sur la formation et le déploiement de RHS dans les régions rurales est plus souvent effectuée dans les pays plus industrialisés. Non seulement cette constatation suggère-t-elle l'absence de recherche là où elle est le plus nécessaire (c.-à-d. dans les pays où sévit



une crise des RHS), mais également que la majorité des études sur la formation et le déploiement des RHS en régions rurales ne sont pas généralisables dans les pays moins développés.

6. **Innovation** : La variété des interventions politiques décrites dans les documents examinés montre le niveau d'innovation pratiqué par les pays africains dans leurs efforts pour améliorer la santé maternelle et infantile chez eux. Même si certaines stratégies mettent l'accent sur les professions traditionnelles – médecins, infirmiers, infirmières et sages-femmes – il semble que de plus en plus d'attention et de fonds sont consacrés à de nouveaux moyens, par exemple des médecins cliniques et des travailleurs en santé communautaire. Nous avons également réussi à trouver plus de preuves que ce dernier type d'initiative améliore plus les résultats de santé.
7. **Harmoniser services et compétences** : L'introduction de nouveaux cadres de soins de santé ayant d'importantes responsabilités justifie l'analyse régulière et systématique de la façon dont les diverses compétences de tous les fournisseurs de soins de santé répondent aux besoins spécifiques de services de santé des populations d'un pays en particulier. Ainsi, les politiques de formation et de déploiement peuvent être adaptées continuellement pour suivre le rythme des changements et des contextes en matière de santé.
8. **Mise en place des fonds des donateurs** : Les fonds provenant d'agences donatrices constituent une grande partie des budgets en santé des pays africains, et il y a des preuves que ces fonds sont utilisés à de nombreuses fins bénéfiques. Il y a cependant des preuves que ces fonds pourraient être utilisés beaucoup plus efficacement si leur utilisation concordait de plus près aux grandes priorités nationales en santé et s'ils finançaient des interventions étayées par des preuves.
9. **Gestion, surveillance et évaluation** : Même si, de manière générale, les pénuries de ressources sont un problème chronique et répandu, il en est de même pour l'absence de capacité de gérer ces ressources efficacement et de suivre et d'évaluer leurs impacts une fois qu'elles ont été mobilisées. Un investissement visant à renforcer cette capacité, notamment par l'entremise d'une organisation internationale comme l'OMS, a donc le potentiel de générer de grands dividendes à long terme.