

2024



Charte d'investissement dans les ressources humaines en santé en Afrique

*Rendre possibles des investissements durables dans les ressources en santé pour l'atteinte de la
couverture sanitaire universelle et la sécurité sanitaire pour l'Afrique que nous souhaitons*

PRIORISER • ALIGNER • INVESTIR • SOUTENIR

Charte d'investissement dans les ressources humaines en santé en Afrique

*Rendre possibles des investissements durables dans les ressources en santé pour l'atteinte de
la couverture sanitaire universelle et la sécurité sanitaire pour l'Afrique que nous souhaitons*

PRIORISER • ALIGNER • INVESTIR • SOUTENIR

Mai 2024

Charte d'investissement dans les ressources humaines en santé en Afrique

ISBN : 9789290313960

© Région africaine, 2024

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

Citation suggérée. Charte d'investissement dans les ressources humaines en santé en Afrique. Brazzaville : Organisation mondiale de la Santé, Région africaine, 2024. Licence : [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo).

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

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

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

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

Conception et mise en page : Kampala, Ouganda

Table des matières

Définition des termes	iv
Processus d'élaboration de la Charte d'investissement dans les ressources humaines en santé en Afrique	vi
Sigles et acronymes	viii
1. Contexte de la Charte d'investissement dans les ressources humaines en santé	1
1.1 Récession socioéconomique mondial : conséquences pour l'Afrique	2
1.2 État et performance des systèmes de santé dans la Région africaine : le rôle des ressources humaines en santé	2
1.3 Accélération des investissements dans les ressources humaines en santé	3
2. Raison d'être de la Charte d'investissement dans les ressources humaines en santé en Afrique	4
3. Objectif de la Charte d'investissement dans les ressources humaines en santé en Afrique	9
4. Résultats attendus de la Charte d'investissement dans les ressources humaines en santé en Afrique	11
5. Principes d'investissement dans les ressources humaines en santé	13
6. Théorie du changement	15
7. Engagements	17
8. Mécanisme de coordination et de redevabilité	23
Partenaires et collaborateurs	25

Définition des termes

→ **Charte d'investissement :**

Engagement formel à adhérer à des principes concertés d'investissement et à poursuivre un objectif commun en réalisant des investissements.

→ **Plan d'investissement dans les ressources humaines en santé :**

Document stratégique ou opérationnel budgétisé établissant les priorités d'investissement basées sur les données probantes et dont les résultats escomptés sont évalués ainsi que les sources de financement de la mise en œuvre ont été clairement identifiées, et pour lesquelles les bailleurs de fonds ont pris des engagements formels quant au volume, à la durée et au flux des fonds. Un tel plan est assorti de mécanismes bien définis pour rendre compte de la gestion financière et des résultats attendus.

→ **Partenaires sociaux :**

Représentent – dans le secteur de la santé – l'ensemble des autorités publiques ayant la qualité de régulateurs ou d'employeurs et le secteur privé en qualité d'employeur ainsi que les ressources humaines en santé ayant des relations sociales et professionnelles et travaillant dans pour la réalisation d'un objectif d'un commun accord défini au préalable, généralement dans l'intérêt de tous les groupes concernés.

→ **Ressources humaines en santé :**

Toutes les personnes participant à des actions dont l'intention première est d'améliorer la santé. Il peut s'agir de salariés ou de bénévoles travaillant à temps plein ou à temps partiel dans les secteurs public et privé. Ces personnes peuvent avoir pour fonction de fournir des services de santé, gérer les services offerts par le système ou s'occuper des déterminants sociaux de la santé. Ce qui signifie que les ressources humaines en santé englobent les catégories suivantes : tous les agents formés à des professions de la santé qui effectuent un travail clinique dans les établissements de santé (tels que les médecins, les infirmiers et infirmières, ou les dentistes) ; tous les professionnels autres que les ressources humaines en santé employés dans le secteur de la santé, public comme privé, quelle que soit leur profession (tels que les gestionnaires, les ambulanciers ou les enseignants du secteur de la santé) ; et toutes les personnes dont le travail concourt à la prestation de services de santé, même si elles sont employées par d'autres secteurs ou branches d'activité (telles que les personnels d'entretien, de restauration, de sécurité ou de bureau travaillant dans le secteur de la santé).

→ **Marché du travail dans le secteur de la santé (MTS) :**

Représente la dynamique entre l'offre et la demande des ressources humaines en santé. Le marché du travail de la santé peut être caractérisé en fonction de la zone géographique (local, national ou international) ; de la profession (selon le titre ou la catégorie de la profession, spécialisé ou non spécialisé) ; et du secteur (privé ou public, formel ou informel). La dynamique entre le nombre et le type d'emplois offerts sur le marché et le nombre d'ressources humaines en santé joue un rôle central dans la configuration du marché du travail de la santé.

→ **Besoins des populations en matière de santé :**

Ensemble des interventions requises pour promouvoir, maintenir et assurer la santé et le bien-être des populations tout au long de leur vie. Ces interventions couvrent généralement tous les détermi-

nants de morbidité, de mortalité et les facteurs de risque, stratifiés en fonction des caractéristiques démographiques, en tenant compte de l'efficacité des interventions liées à la santé et des normes professionnelles et compétences nécessaires à la mise en œuvre de ces interventions.

→ **Alignement :**

Synergie des interventions et investissements des parties prenantes (secteurs public et privé, partenaire techniques et financiers ...) autour d'une politique ou stratégie clairement définie afin d'assurer des interventions cohérentes et efficaces.

→ **Investissement :**

Ensemble des ressources financières injectées dans le but de la réalisation des objectifs des stratégies ou des plans d'actions pour les ressources humaines en santé.

→ **Stimulation de l'investissement :**

Fait d'engager de nouvelles ressources financières ou de débloquer des fonds inutilisés à l'appui d'un plan d'actions des ressources humaines en santé, en alignement avec les priorités prédéfinies.

→ **Financements innovants :**

Ensemble des mécanismes non traditionnels destinés à lever des fonds supplémentaires pour la santé à travers des projets « novateurs » visant à combler les déficits financiers tels que les micro-contributions, les impôts, les partenariats public-privé et les transactions financières fondées sur le jeu du marché, entre autres. Ce mécanisme de financement innovant complète les financements existants et ne les remplace pas et n'évince pas non plus les engagements budgétaires préexistants (**additionnalité ou raison d'être**) ; il assure un emploi judicieux et meilleur des fonds supplémentaires (**efficacité**) et l'optimisation des fonds supplémentaires utilisés (**efficience**).

→ **Durabilité :**

Fait de s'assurer que les décisions d'investissement dans les ressources humaines en santé s'inscrivent sur le long terme (durée), en réglant la question des mécanismes d'intégration et de continuité et en tenant compte des générations futures.

Processus d'élaboration de la Charte d'investissement dans les ressources humaines en santé en Afrique

1. Dialogue politique régional pour la recherche d'un consensus en vue de l'élaboration de la Charte d'investissement dans les ressources humaines en santé :

Du 15 au 17 novembre 2022, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, avec le soutien du Programme OIT-OCDE-OMS « S'engager pour la santé » (“Working For Health”), a organisé à Accra, sous les auspices du Gouvernement ghanéen, un atelier de dialogue régional sur l'investissement dans les ressources humaines en santé et la protection de ces derniers. Ont participé à cet atelier, 26 États Membres¹, l'Organisation internationale du Travail (OIT), l'USAID, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial), la Banque mondiale, AFREHealth, l'African Centre for Health and Social transformation (ACHEST), la Commission de la santé de l'Afrique orientale, centrale et australe (ECSA) et la Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC). À l'occasion de cet atelier de dialogue, il a été recommandé d'élaborer une charte d'investissement dans les ressources humaines en santé en Afrique, qui énonce des principes éprouvés devant régir l'alignement des efforts et la stimulation des investissements dans les pays afin de s'attaquer aux causes profondes des défis relatifs à la santé.

2. Groupe de travail d'experts (GTE) chargé de la rédaction de la charte :

Du 19 au 22 décembre 2022, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a réuni des experts des ressources humaines en santé d'États Membres clés à son siège à Brazzaville (République du Congo) pour rédiger la charte d'investissement. Ce groupe de travail était composé d'experts indépendants des questions relatives aux ressources humaines en santé et de représentants d'États Membres, de partenaires clés, d'universitaires et des experts de l'OMS.

3. Consultation des partenaires :

En janvier 2023, l'OMS s'est entretenue avec des partenaires bilatéraux afin de les informer de la charte et de recueillir leurs avis sur le projet de document élaboré jusque-là. Ces réunions bilatérales se sont tenues avec la Banque mondiale, l'USAID, le Fonds mondial et les membres du partenariat Harmonisation pour la santé en Afrique (HHA). L'Agence japonaise de coopération internationale (JICA), le Mécanisme de financement mondial (GFF), l'UNICEF, la Banque africaine de développement (BAD), la Frontline Health Workers Coalition et Africa Frontline First (AFF) y ont également pris part.

4. Observations écrites reçues des partenaires :

Le projet de charte a été transmis aux partenaires en janvier 2023 par l'intermédiaire du Bureau de liaison de l'OMS à Addis-Abeba pour qu'ils l'examinent, y apportent leurs contributions et formulent leurs observations. Des observations écrites ont été reçues du Marché commun de l'Afrique orientale et australe (COMESA), de la Fédération internationale de la Croix-Rouge (FICR), de la JICA, de l'USAID et du Fonds mondial.

5. Résolution des ministres de la santé de la Communauté de la santé d'Afrique orientale, centrale et australe (ECSA-HC) :

Lors de la soixante-onzième Conférence des ministres de la santé de l'ECSA-HC qui s'est tenue au Lesotho en février 2023, le projet de charte a fait l'objet de discussions et une résolution (ECSA/HMC71/R2) a été adoptée à l'effet de prendre note des « **efforts actuellement déployés par le Bu-**

¹ Afrique du Sud, Bénin, Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gabon, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Libéria, Malawi, Mali, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe

reau régional de l'OMS pour l'Afrique pour l'élaboration de la Charte d'investissement dans les ressources humaines en santé en Afrique », et les États Membres ont été instamment priés de « soutenir l'élaboration par les soins du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique de la Charte d'investissement dans les ressources humaines en santé en Afrique ».

6. Consultation des États Membres :

Le 28 mars 2023, une séance virtuelle de consultation des États Membres a été organisée après la transmission officielle du projet de charte. À cette occasion, il a été demandé aux États Membres de participer à la consultation afin de formuler leurs observations et d'apporter leurs contributions. Cinquante-cinq participants de 35 États Membres et des experts triés sur le volet ont assisté à cette réunion, formulé des observations et apporté des contributions, qui ont été prises en compte dans la révision du projet de charte.

7. Débat à l'échelle mondiale et soutien à la charte :

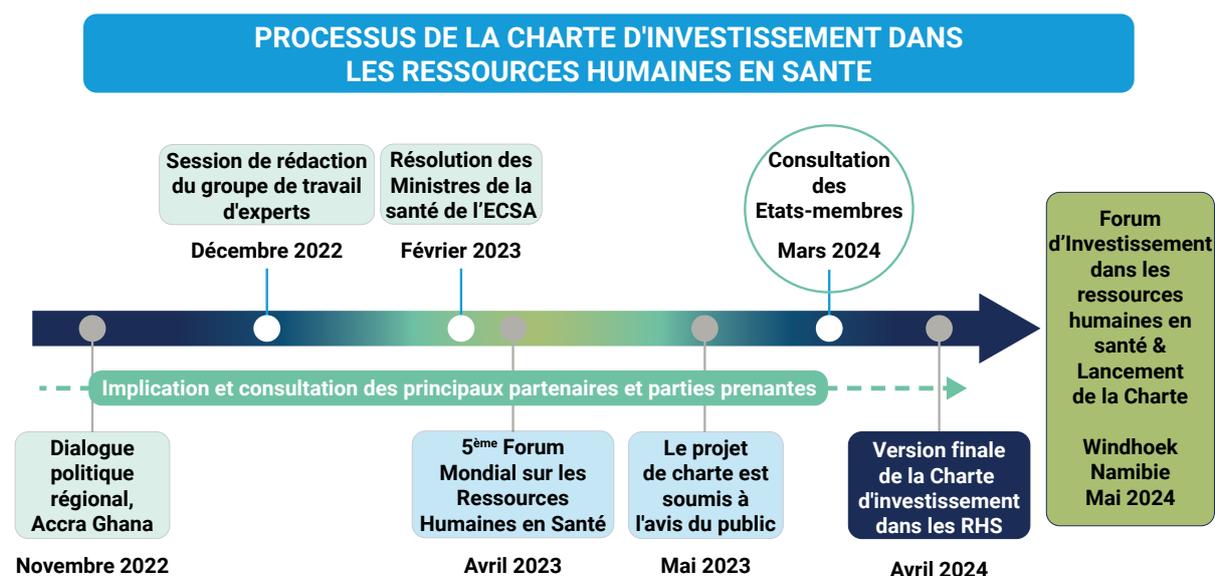
Lors du cinquième Forum mondial sur les ressources humaines pour la santé, qui s'est tenu du 3 au 5 avril 2023 à Genève, les principes de la charte ont servi de base à une table ronde sur l'investissement dans les ressources humaines en santé. Environ 40 dirigeants du monde et ministres de la santé ont participé à cette table ronde. Ayant examiné les principes de la charte, ces dirigeants ont affirmé leur soutien à cette dernière, notant qu'elle était nécessaire et arrivait à point nommé.

8. La Région africaine de l'OMS a soumis la charte au public pour avis :

Le projet de charte a été publié afin que le public puisse formuler ses observations pendant une période de six mois. Vingt-cinq (25) contributions ont été reçues d'organisations et de particuliers. Elles ont été examinées, synthétisées et prises en compte par le groupe de travail d'experts avant que la charte ne soit finalisée.

9. Débat à l'échelle mondiale et soutien à la charte :

Le groupe de travail d'experts a été élargi et s'est réuni à nouveau en avril 2024 pour finaliser le texte de la charte.



Sigles et acronymes

ACHEST	African Centre for Health and Social Transformation
AFREHealth	African Foundation for Research and Education in Health
AMTS	Analyse du Marché du Travail dans le Secteur de la Santé
CCIRHS	Comité consultatif sur l'investissement dans les ressources humaines en santé
CNPS	Comptes Nationaux des Personnels de Santé
COMESA	Marché commun de l'Afrique orientale et australe
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
CSU	Couverture Sanitaire Sniverselle
ECSA-HC	Communauté de la santé de l'Afrique orientale, centrale et australe
FMI	Fonds Monétaire International
HHA	Harmonisation pour la santé en Afrique
JICA	Agence japonaise de coopération internationale
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ODD	Objectifs de Développement Durable
OIT	Organisation Internationale du Travail
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PIB	Produit Intérieur Brut
RSI	Règlement sanitaire international
SADC	Communauté de développement de l'Afrique australe
UEMOA	Union économique et monétaire ouest-africaine
US\$	Dollar américain



1.

Contexte de la Charte d'investissement dans les ressources humaines en santé

Des investissements efficaces et durables dans les ressources humaines en santé sont essentiels à l'amélioration des résultats sanitaires, économiques et sociaux. La Charte d'investissement dans les ressources humaines en santé en Afrique traduit la détermination commune des partenaires d'investissement – y compris les États, les principales parties prenantes et les partenaires de techniques et de financiers – à aligner leurs priorités sur les besoins des populations en matière de santé. Ensemble, les partenaires d'investissement peuvent obtenir et réaliser des investissements stratégiques dans les ressources humaines en santé et avoir un impact durable.

1.1 Récession socioéconomique mondial : conséquences pour l'Afrique

Selon le Fonds monétaire international (FMI)² et la Banque mondiale³, l'activité économique mondiale connaît un ralentissement généralisé et plus prononcé que prévu, marqué par les taux d'inflation les plus élevés depuis plusieurs décennies. La soutenabilité de la dette publique est devenue une source de préoccupation ; le coût de la vie a augmenté dans de nombreux pays africains, ce qui accroît le risque qu'un grand nombre de personnes basculent dans la pauvreté avec un accès limité aux services de santé, en particulier là où une protection adéquate contre les risques financiers n'est pas assurée. Cette conjoncture a eu une incidence sur la mise en place de mesures de protection sociale pour les ressources humaines en santé.

Selon les projections du FMI, l'Afrique subsaharienne enregistrera une reprise économique progressive à partir de 2023, mais il faudra peut-être plusieurs années pour qu'elle retrouve son dynamisme d'avant la pandémie⁴. Les pays africains ne disposent peut-être pas de la marge de manœuvre budgétaire nécessaire pour investir davantage dans le secteur de la santé, notamment dans les ressources humaines en santé, compte tenu de l'adoption par les États de politiques et de stratégies budgétaires plus strictes, de l'inflation croissante et des difficultés connexes à obtenir des financements sur les marchés internationaux. Les conflits armés et autres crises humanitaires ont encore assombri les perspectives économiques de la Région.

Néanmoins, la pandémie de COVID-19 et les situations d'urgence sanitaire précédentes ont démontré que les ressources humaines en santé sauvent principalement des vies et rétablissent des opportunités pour les activités économiques et pour la relance des entreprises. Ainsi, ces défis sont un appel à la solidarité, à l'alignement et à des efforts synergiques pour investir de manière innovante dans des priorités rentables afin de reconstruire en mieux les systèmes de santé et les économies.

1.2 État et performance des systèmes de santé dans la Région africaine : le rôle des ressources humaines en santé

Au fil des décennies, la Région africaine de l'OMS a enregistré un élargissement de la couverture des services, mais à un rythme plus lent que nécessaire. L'indicateur 3.8.1 des objectifs de développement durable (ODD) concernant la couverture des services, tel que mesuré par l'indice de couverture des services au titre de la couverture sanitaire universelle (CSU), a augmenté dans la Région africaine, passant de 24 % à 44 % entre 2000 et 2017, et de 44 % à 46 % entre 2017 et 2019⁵. Cependant, il existe des

2 Fonds monétaire international, Perspectives de l'économie mondiale : riposter à la crise du coût de la vie. Fonds monétaire international (FMI), octobre 2022. (<https://www.imf.org/fr/Publications/WEO/Issues/2022/10/11/world-economic-outlook-october-2022>)

3 Banque mondiale, Rapport sur le développement dans le monde : la finance au service d'une reprise équitable. La Banque mondiale, 2022.

4 Fonds monétaire international, Perspectives de l'économie mondiale : riposter à la crise du coût de la vie.

5 Organisation mondiale de la Santé et Banque mondiale, 'Tracking Universal Health Coverage: 2021 Global Monitoring Report'. Washington, DC: Banque mondiale, 13 décembre 2021. (<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/36724>).

disparités entre les pays, cet indicateur allant de 28 % au Tchad à 75 % en Algérie. Et l'évolution générale n'est pas assez rapide pour atteindre la cible de 80 % de CSU à l'horizon 2030. En outre, parmi les 40 pays de la Région africaine qui ont réalisé des évaluations externes conjointes indépendantes, aucun n'a été jugé comme disposant des capacités requises pour mettre pleinement en œuvre le Règlement sanitaire international (RSI (2005)) afin de prendre en compte la question de la sécurité sanitaire⁶.

L'espérance de vie a augmenté, passant de 51 ans en 2000 à 64 ans en 2019. L'espérance de vie en bonne santé, qui représente le nombre d'années que l'on est censé vivre en bonne santé, est passée de 45 ans en 2000 à 55 ans en 2019⁷. Le taux de mortalité néonatale a reculé de 40,90 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2000 à 26,68 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2020, et le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans a été ramené de 154 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2000 à 71,86 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2020⁸. Néanmoins, la Région reste confrontée à de multiples menaces sanitaires, notamment l'évolution des maladies transmissibles, une des maladies non transmissibles, une part disproportionnée des situations d'urgence sanitaire mondiales et une charge croissante des traumatismes. La pénurie de ressources humaines en santé met le système à rude épreuve.

Avant la pandémie de COVID-19, l'Afrique n'était pas sur la bonne voie pour atteindre les cibles des ODD liées à la santé, et la pandémie a davantage fait reculer la Région⁹. Cependant, la pandémie de COVID-19 a mis en lumière le rôle essentiel et l'impact des ressources humaines dans l'exécution des fonctions essentielles de santé publique. Ces considérations ont été largement négligées ou tenues pour acquises, ce qui a conduit à des disparités au sein des pays et entre eux, ainsi qu'à des approches fragmentées du développement des ressources humaines en santé publique du point de vue des politiques, la planification, de la mise en œuvre et du suivi. Les défis liés aux ressources humaines en santé constituent un obstacle majeur au maintien des services de santé essentiels et à la réalisation des activités de riposte à la COVID-19. Il est donc nécessaire d'augmenter substantiellement et d'optimiser les investissements dans les ressources humaines en santé afin d'améliorer la sécurité sanitaire et d'atteindre les objectifs de couverture sanitaire universelle.

1.3 Accélération des investissements dans les ressources humaines en santé

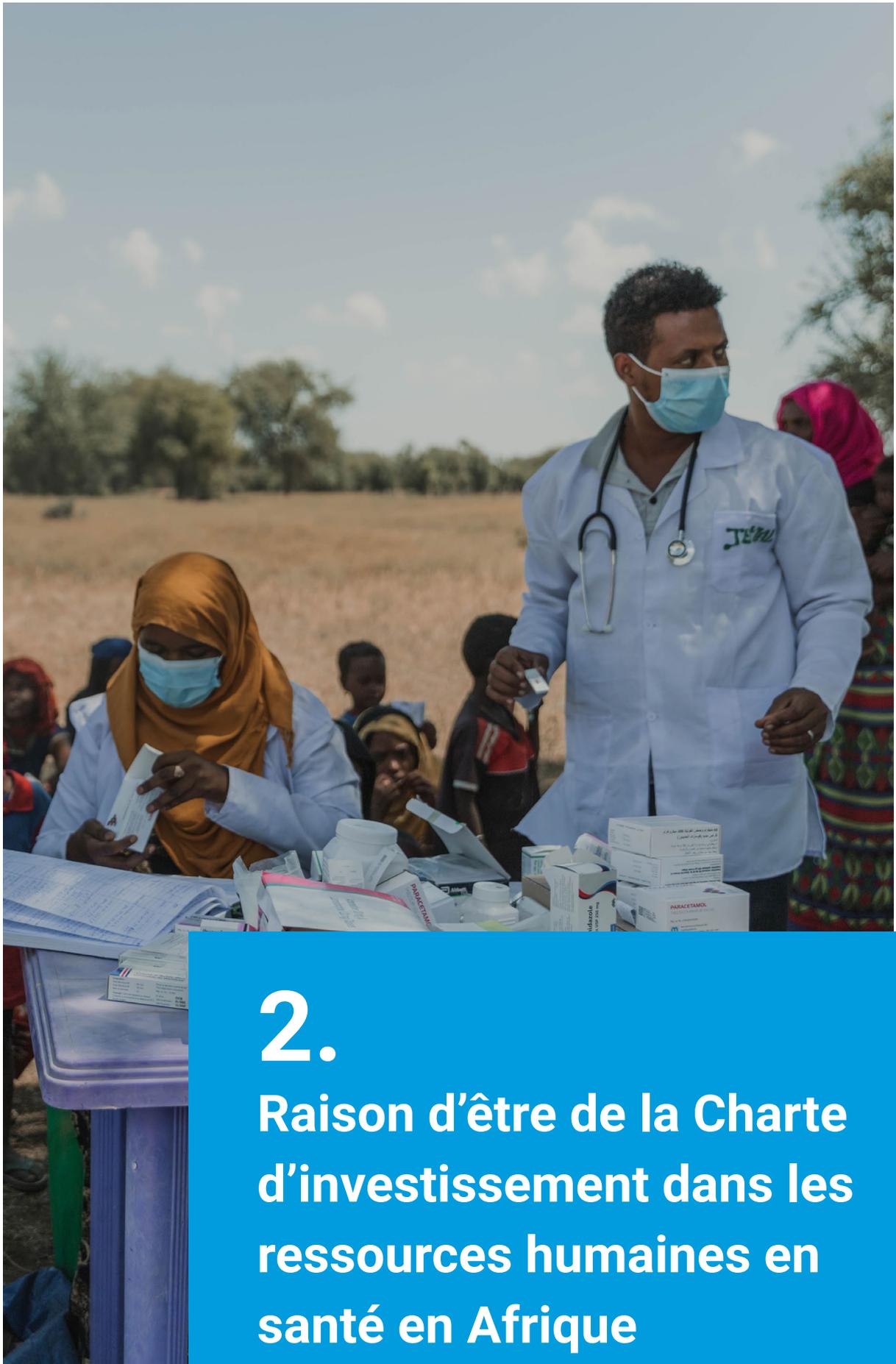
Les défis posés par la COVID-19 ont insufflé un nouvel élan et créé de nouvelles possibilités d'investissement dans les ressources humaines en santé, et ils ont déclenché une tendance consistant à accorder de l'intérêt aux investissements, après des décennies de sous-investissement chronique. Les États ont lancé de nouvelles initiatives visant à perfectionner, employer et fidéliser les ressources humaines en santé. Les principaux partenaires de développement ont annoncé d'importantes initiatives d'investissement dans les ressources humaines en santé, et les institutions financières internationales ont augmenté leurs investissements dans la santé et les infrastructures, ce qui aura un impact sur les ressources humaines en santé. Pour s'assurer que tous ces investissements répondent aux besoins des populations en matière de santé, un meilleur alignement sur des priorités concrètes et la stimulation d'investissements supplémentaires s'imposent.

6 Ambrose Talisuna et al., 'Joint External Evaluation of the International Health Regulation (2005) Capacities: Current Status and Lessons Learnt in the WHO African Region'. *BMJ Global Health* 4, no. 6 (1er novembre 2019): e001312, (<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001312>).

7 Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional pour l'Afrique, 'People Are Living Longer, but Are They Living Healthier? Analytical Factsheet (Data Analytics and Knowledge Management (DAK), 2022), (<https://aho.afro.who.int/ind/af?ind=2&dim=62&dom=Life%20Expectancy&c=af&ci=1&cn=Afro%20Region>).

8 Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional pour l'Afrique, 'Integrated African Health Observatory (IAHO) - Database of Indicators', consulté le 13 janvier 2023, <https://aho.afro.who.int/ind/>.

9 OMS, 'Tracking Universal Health Coverage: 2023 Global Monitoring Report'. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé, 2023 (<https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240080379>).



2.

**Raison d'être de la Charte
d'investissement dans les
ressources humaines en
santé en Afrique**

Les ressources humaines en santé ont été et restent encore plus indispensables pour la santé et le développement socioéconomique. La réalisation des ODD liés à la santé et la garantie de la sécurité sanitaire sont intimement liées à un accès équitable aux ressources humaines en santé au sein de systèmes de santé résilients conçus pour prévenir, prévoir, détecter en temps opportun et répondre rapidement et efficacement à toutes les situations d'urgence de santé publique tout en maintenant la continuité optimale de services de santé. Compte tenu de cette réalité, selon les estimations, plus de 50 % des investissements nécessaires à la réalisation de l'ODD 3 sont consacrés à l'emploi des ressources humaines en santé (salaires et traitements)¹⁰, et cette proportion pourrait atteindre 80 % si l'on tient compte de l'investissement requis pour leur formation. En outre, selon les estimations, la lutte contre les pandémies futures nécessite des dépenses supplémentaires d'au moins cinq dollars par habitant et par an¹¹, dont 66 % doivent être consacrés aux capacités des ressources humaines en matière de prévention, de détection et de riposte¹². Du point de vue des ressources humaines en santé, il est impératif que la CSU et la sécurité sanitaire soient un objectif d'investissement commun à poursuivre.

Au fil des ans, l'investissement dans les ressources humaines en santé a eu un réel impact, mais il reste terriblement insuffisant pour combler les déficits. Entre 2013 et 2020, les investissements consacrés dans le passé aux ressources humaines en santé ont contribué à l'augmentation du stock de ressources humaines en santé d'un million de travailleurs, culminant à une augmentation de 32 % après ajustement en tenant compte de la croissance démographique^{13,14}. Cependant, bien que ces ressources humaines en santé supplémentaires soient requis en première ligne de la prestation de services, un diplômé sur trois risque de ne pas trouver d'emploi décent après l'obtention de son diplôme en raison de l'insuffisance des investissements dans le recrutement d'ressources humaines en santé qualifiées. Malgré les progrès réalisés sur le plan de la densité des ressources humaines en santé, plus de 70 % des pays africains sont toujours confrontés à de graves pénuries – les estimations montrant que la Région africaine aura besoin de 5,3 à 6,1 millions d'ressources humaines en santé supplémentaires d'ici 2030^{15,16}. La répartition inéquitable, les mauvaises conditions de travail et la migration des ressources humaines en santé restent des défis rencontrés de longue date à l'échelle mondiale, mais ils se posent avec plus d'acuité dans les pays africains que dans le reste du monde¹⁷. À l'intérieur des pays, les établissements de soins de santé primaires, en particulier dans les zones rurales, manquent de personnels et de ressources, et à moins d'accroître les investissements en vue de recruter et fidéliser les ressources humaines en santé dans ces zones, le seul fait d'en former un plus grand nombre n'améliorera pas la situation, car les ressources humaines en santé formées s'en iront tout simplement travailler ailleurs¹⁸.

10 Karin Stenberg et al., 'Financing Transformative Health Systems towards Achievement of the Health Sustainable Development Goals: A Model for Projected Resource Needs in 67 Low-Income and Middle-Income Countries', *The Lancet Global Health* 5, no. 9 (1er septembre 2017): e875–87, [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30263-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30263-2).

11 Craven M, Sabow A, Van der Veken L, Wilson M. Not the last pandemic: Investing now to reimagine public-health systems. McKinsey and Company ;(<https://www.mckinsey.com/industries/public-and-social-sector/our-insights/not-the-last-pandemic-investing-now-to-reimagine-public-health-systems#>, consulté le 9 décembre 2022).

12 Stephanie Eaneff et al., 'Investing in Global Health Security: Estimating Cost Requirements for Country-Level Capacity Building', *PLoS Global Public Health* 2, no. 12 (<https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000880>, consulté le 5 décembre 2022).

13 Mathieu Boniol et al., 'The Global Health Workforce Stock and Distribution in 2020 and 2030: A Threat to Equity and 'Universal' Health Coverage?', *BMJ Global Health* 7, no. 6 (2022): e009316.

14 WHO/AFRO, 'The State of the Health Workforce in the WHO African Region, 2021', World Health Organization (WHO) Regional Office for Africa (AFRO), 2021, (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/348855/9789290234555-eng.pdf?sequence=1>).

15 Boniol et al., 'The Global Health Workforce Stock and Distribution in 2020 and 2030'.

16 WHO, 'Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030', World Health Organization, 2016, (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250368>).

17 Mathieu Boniol et al., 'Inequal Distribution of Nursing Personnel: A Subnational Analysis of the Distribution of Nurses across 58 Countries', *Human Resources for Health* 20, no. 1 (2022): 1–10.

18 Merlin L. Willcox et al., 'Human Resources for Primary Health Care in Sub-Saharan Africa: Progress or Stagnation?', *Human Resources for Health* 13, no. 1 (10 September 2015): 76, (<https://doi.org/10.1186/s12960-015-0073-8>).

Pour dix médecins ou infirmiers travaillant en Afrique, au moins un autre travaille dans un autre pays¹⁹. Il est difficile de fidéliser les ressources humaines en santé dans les systèmes de santé nationaux en raison du manque de condition pour un travail décent, des salaires peu attractifs et du manque de perspectives de carrière. Pour relever ces défis, il faudra aligner les priorités en matière d'investissements nouveaux et durables dans les ressources humaines en santé, en particulier au niveau des soins de santé primaires, où les besoins sont plus importants et les rendements plus élevés. Alors que la plupart des pays ont élaboré des stratégies relatives aux ressources humaines en santé en vue de relever les défis, le taux de mise en œuvre de ces stratégies est inférieur à 35 %, notamment en raison du sous-investissement et de l'absence de plans d'investissement pour mobiliser des ressources pour l'éducation, l'emploi décent et la gestion et la fidélisation des employés^{20,21}.

L'insuffisance des investissements dans le domaine de la santé et la faible priorité accordée aux ressources humaines en santé ont gravement mis à rude épreuve les systèmes de santé. Les investissements dans la santé, en particulier à partir des ressources nationales, sont encore faibles et insuffisants pour permettre à de nombreux pays d'atteindre la couverture sanitaire universelle et d'assurer la sécurité sanitaire. À titre d'exemple, 21 pays de la Région africaine ont consacré moins de 5 % de leur produit intérieur brut à la santé. En outre, 36 pays ont dépensé moins que le minimum de US \$112 par habitant et par an requis pour garantir l'accès aux services de santé essentiels en 2019. En raison du sous-investissement dans la santé, de nombreux volets du système de santé demeurent sous-financés et incapables de fournir des services à leur plein potentiel. Par exemple, une étude²² a révélé qu'entre 2010 et 2018, la **proportion** des dépenses de santé publique affectées aux ressources humaines en santé en Afrique orientale et australe était, en moyenne, de 49 %, contre 57 % à l'échelle mondiale. À ces niveaux de dépenses de personnel, c'est un déficit de financement de 37 à 43 % qui doit être comblé si l'on veut que tous les ressources humaines en santé actuels soient employés. L'aide publique au développement, part essentielle de l'investissement dans la santé en Afrique, a plafonné à une moyenne de 22 % des dépenses publiques de santé depuis 2011, dont une grande partie (44 à 55 %) est généralement consacrée à la formation continue²³. Cette situation a pour conséquence une inadéquation de l'investissement entre la formation et l'emploi, qui peut être corrigée en fonction du contexte national.

Le travail informel dans les secteurs de la santé et des services sociaux persiste et tend à être plus important que dans des secteurs comparables, comme l'éducation²⁴. Le travail domestique non rémunéré est un obstacle important à l'égalité des sexes et à la progression des femmes dans les secteurs de la santé et des services sociaux, une situation qui, dans certains contextes, est exacerbée par une dépendance excessive à l'égard des ressources humaines en santé communautaires non rémunérés. Ce travail non rémunéré, informel et bénévole est une subvention cachée aux systèmes de santé. Pour remédier à cette sous-évaluation, il faut intégrer progressivement les ressources humaines en santé, y

19 WHO/AFRO, State of the Health Workforce in Africa: A Decade Review of Progress and Emerging Priorities for Investments (Brazzaville, Republic of Congo: World Health Organization, Regional Office for Africa, 2024).

20 Adam Ahmat et al., 'Health Workforce Policy and Plan Implementation in the Context of Universal Health Coverage in the Africa Region', *BMJ Global Health* 7, no. Suppl 1 (1er mai 2022): e008319, (<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-008319>).

21 Doris Osei Afriyie, Jennifer Nyoni, et Adam Ahmat, 'The State of Strategic Plans for the Health Workforce in Africa', *BMJ Global Health* 4, no. Suppl 9 (1er octobre 2019): e001115, (<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001115>).

22 James Avoka Asamani et al., 'Investing in the Health Workforce: Fiscal Space Analysis of 20 Countries in East and Southern Africa, 2021–2026', *BMJ Global Health* 7, no. Suppl 1 (1er juin 2022): e008416, (<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-008416>).

23 Pascal Zurn, 'Official Development Assistance (ODA) Investment Trends and Economic Perspectives', in *Regional Policy Dialogue on Investment and Protection of Health and Care Workers in Africa: Towards a Health Workforce Investment Charter 15- 17 novembre 2022*, Accra (Accra: Organisation mondiale de la Santé, 2022).

24 Umberto Cattaneo and Emanuela Pozzan Valentina Beghini, 'A Quantum Leap for Gender Equality: For a Better Future of Work for All', Report, 7 March 2019, (http://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_674831/lang-en/index.htm).

compris les ressources humaines en santé communautaires, dans l'emploi informel, dans les systèmes de santé nationaux, et mettre en place des mécanismes de réglementation, d'accréditation et d'intégration de la main-d'œuvre informelle ayant des niveaux de qualification variables dans les ressources humaines en santé formels, en garantissant des emplois décents, une protection sociale, des droits au travail et un salaire égal pour un travail égal pour tous.

Pour combler les déficits de ressources humaines en santé, il faudrait consacrer près de 2 % en plus du produit intérieur brut à la santé, dont au moins 57 % à affecter aux investissements dans les ressources humaines en santé²⁵. Cependant, les systèmes de santé en Afrique ne sont efficaces²⁶ qu'à 77 %, ce qui signifie qu'un dollar sur cinq dépensés pour la santé se perd en raison de l'inefficacité technique, à laquelle la mauvaise gestion des ressources humaines en santé contribue de manière significative sous la forme de travailleurs fantômes parmi les salariés, d'absentéisme et de performances sous-optimales. Néanmoins, les pays africains gagnent en efficacité, laquelle a augmenté de 13 % entre 2014 et 2019.

Les ressources humaines en santé représentent un investissement rentable pour les États et tous les investisseurs. L'investissement dans les ressources humaines en santé a de multiples retombées positives à la fois pour la santé et pour l'économie²⁷ en ce qu'il augmente l'espérance de vie et la création d'emplois, en particulier pour les jeunes et les femmes, et qu'il améliore également l'éducation et impulse des progrès dans la réalisation des ODD et de la couverture sanitaire universelle. Le secteur de la santé a ce qu'il faut pour créer davantage d'emplois décents grâce à l'augmentation de la demande de ses services et à sa contribution à la stimulation de la croissance dans d'autres secteurs économiques, tels que les infrastructures, l'équipement, la production de fournitures et de technologies, les services administratifs et d'autre nature. Selon les estimations de l'Organisation internationale du Travail (OIT), l'augmentation des dépenses pour atteindre les cibles des ODD relatives à la santé entraînerait la création d'environ 173 millions d'emplois dans le monde dans le secteur de la santé et de l'action sociale, ainsi que dans d'autres secteurs²⁸.

Pour chaque dollar investi dans la santé et la création d'emplois décents pour les ressources humaines en santé, le rendement potentiel est d'environ neuf dollars²⁹. Il a également été démontré que la moitié de la croissance économique mondiale au cours de la dernière décennie résultait de l'amélioration de la santé, et que pour chaque année supplémentaire d'espérance de vie, le taux de croissance économique augmentait de 4 %.

Un certain nombre d'engagements ont été pris par les États et les partenaires en vue d'améliorer la situation des ressources humaines en santé en Afrique, notamment l'Agenda 2063 (2013) de l'Union africaine, l'Appel à l'action d'Addis-Abeba (2015), la Déclaration d'Astana (2018), la Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030 de l'OMS (2016), la Feuille de route pour augmenter le personnel de santé en vue d'une meilleure prestation de services de soins de santé dans la Région africaine 2012-2025 (2012), le Plan d'action de l'Union économique et monétaire ouest-afric-

25 Asamani et al., 'Investing in the Health Workforce'.

26 Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional pour l'Afrique, State of the Health Workforce in Africa: A Decade Review of Progress and Emerging Priorities for Investments.

27 OMS, 'Working for Health and Growth: Investing in the Health Workforce', 2016.

28 OIT, World Employment and Social Outlook 2023: The Value of Essential Work. (Genève, Suisse : Organisation internationale du Travail, 2023), (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_871016.pdf.)

29 Dean T. Jamison et al., 'Global Health 2035: A World Converging within a Generation', The Lancet 382, no. 9908 (7 décembre 2013): 1898–1955, ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62105-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62105-4)).

aine (UEMOA) (2018), le Plan stratégique de développement des ressources humaines de santé 2020-2030 de la Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC) (2020), le Pacte mondial les ressources humaines en santé et d'aide à la personne (2022), le plan d'action « S'engager pour la santé ou Working For Health » 2022-2030 (2022), le Nouvel ordre de santé publique (2022) et la Stratégie régionale pour la sécurité sanitaire et les situations d'urgence 2022-2023 (2022).

À la suite d'un dialogue politique entre les États Membres et les partenaires sur les actions à mener, qui s'est tenu en novembre 2022 à Accra (Ghana), un consensus s'est dégagé d'élaborer une charte d'investissement. La raison d'être de la charte est de faciliter l'alignement et la stimulation des investissements dans les ressources humaines en santé afin de mettre en œuvre les engagements régionaux et continentaux. La charte est destinée à servir d'instrument qui guidera la mise en œuvre de la résolution AFR/RC67/11 du Comité régional (2017) visant à avoir « ... *réduit au moins de moitié les inégalités d'accès aux ressources humaines en santé* »³⁰ d'ici 2030, grâce à sa capacité à « ***mobiliser et maintenir l'engagement politique et financier et favoriser la participation inclusive et la collaboration dans tous les secteurs, au titre de l'investissement dans le développement, le renforcement des performances et la fidélisation des ressources humaines pour la santé*** ».

³⁰ Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional pour l'Afrique, The African Regional Framework for the Implementation of the Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030 World Health Organization. Regional Office for Africa, 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332179>).



3.

**Objectif de la Charte
d'investissement dans
les ressources humaines
en santé en Afrique**

3. Objectif de la Charte d'investissement dans les ressources humaines en santé en Afrique

L'objectif de la Charte d'investissement dans les ressources humaines en santé en Afrique est d'aligner et de stimuler les investissements dans la formation, l'emploi, la fidélisation et la mobilité des ressources humaines en santé, afin de réduire de moitié les inégalités d'accès aux ressources humaines en santé, en particulier dans les milieux ruraux et les contextes de soins de santé primaires, créant ainsi des emplois décents, en particulier au profit des femmes et des jeunes, en renforçant les systèmes de santé et en accélérant les progrès vers la couverture sanitaire universelle, la sécurité sanitaire et les ODD en Afrique.



4.

Résultats attendus de la
Charte d'investissement
dans les ressources hu-
maines en santé en Afrique

La Charte d'investissement dans les ressources humaines en santé en Afrique vise à faciliter l'alignement et la stimulation d'investissements plus importants, plus intelligents et durables dans les ressources humaines en santé, en accélérant la mise en œuvre des stratégies nationales et des engagements régionaux et mondiaux. La Charte rassemble les efforts d'investissement dans les ressources humaines en santé de toutes les parties prenantes, y compris les États, le secteur privé de la santé, la société civile, les institutions financières externes et les partenaires de développement en Afrique.

Les résultats attendus sont les suivants :

01

Alignement des États, des partenaires de développement, des partenaires sociaux et d'autres parties prenantes clés sur les priorités en matière de ressources humaines en santé et formalisation par eux de leurs engagements dans le cadre d'un pacte national d'investissement dans les ressources humaines en santé.

02

Mobilisation accrue des fonds pour garantir la disponibilité des ressources humaines en santé requis qui bénéficient de conditions de travail décentes et jouissent de droits au travail afin de répondre aux priorités de santé, de prendre en compte la sécurité sanitaire et de contribuer à une croissance inclusive.

03

Orientation de nouveaux investissements dans les ressources humaines en santé vers le développement, le recrutement et la répartition équitable des ressources humaines en santé afin de réduire de moitié les inégalités d'accès aux ressources humaines en santé, en particulier dans les milieux ruraux et au niveau des soins de santé primaires.

04

Amélioration de la qualité des emplois, notamment grâce à une plus grande fidélisation des ressources humaines en santé, dans le respect des droits fondamentaux des ressources humaines en santé avec la liberté syndicale et la négociation collective.



5.

Principes d'investissement dans les ressources humaines en santé

S'appuyant sur des données probantes et des engagements existants, la Charte définit et donne les détails des cinq principes fondamentaux régissant l'investissement dans les ressources humaines en santé qui renforceront et pérenniseront l'objectif d'alignement et de stimulation des investissements dans les ressources humaines en santé afin de réduire de moitié les inégalités d'accès aux ressources humaines en santé en Afrique. Ces principes fondamentaux sont les suivants : (1) le leadership et la gouvernance de l'État ; (2) la priorisation basée sur des données probantes ; (3) l'alignement et la synergie (partenariat et collaboration) ; (4) la stimulation d'investissements nouveaux et accélérés ; et (5) la promotion de la durabilité de l'investissement dans les ressources humaines en santé.

1. Principe 1 : Assurer le leadership et la gouvernance de l'État :

Le leadership et la gouvernance de l'État sont les éléments les plus importants qui assurent l'alignement entre l'investissement et les priorités gouvernementales de développement. Il est essentiel d'élever les programmes des ressources humaines en santé au plus haut niveau de décisions politique et technique nationales ainsi que des dialogues gouvernementaux afin d'éliminer les obstacles liés au travail en vase clos.

2. Principe 2 : Prioriser l'investissement dans les ressources humaines en santé en se basant sur des données probantes et des conditions propices à de meilleurs résultats pour la santé :

Les ressources financières sont limitées, et il est indispensable d'établir des priorités à la lumière de données probantes afin d'éclairer la prise de décisions d'investissement rentables et novatrices. Les États, en collaboration avec les partenaires sociaux et les partenaires de développement, devraient élaborer des plans à long terme et chiffrés pour les ressources humaines en santé, fondés sur des données probantes et tenant compte des besoins prioritaires des populations en matière de santé, alignés sur les normes internationales du travail et intégrés dans les stratégies nationales de développement, d'emploi et de santé.

3. Principe 3 : Aligner et créer une synergie des investissements dans les ressources humaines en santé grâce à des partenariats et à la collaboration :

Le retour sur investissement dans les ressources humaines en santé sera maximisé grâce à la mise en œuvre intégrale du concept d'« un plan, un cadre de suivi et d'évaluation ». Assurer l'alignement et la synergie – toute chose qui améliorera l'efficacité des investissements dans les ressources humaines en santé coordonnés sous l'égide de l'État – permettra d'éviter la perte de temps et le gaspillage de ressources à cause de la répétition inutile des efforts, du défaut d'alignement, des occasions manquées et d'une piètre coordination.

4. Principe 4 : Stimuler des investissements plus importants et de meilleure qualité dans les ressources humaines en santé :

Le sous-investissement de longue date dans les ressources humaines en santé exige maintenant des mesures urgentes pour respecter les engagements relatifs au financement de la santé et prioriser les investissements dans les ressources humaines en santé. Les investissements intersectoriels visant à relever les défis liés aux ressources humaines en santé généreront des dividendes dans l'éducation et l'emploi des femmes et des jeunes, tout en s'attaquant aux inégalités de genre et en prenant en compte le développement rural. En outre, la stimulation des initiatives d'investissement contribuera aux efforts soutenus déployés par les pays pour attirer et générer des investissements plus importants et de meilleure qualité.

5. Principe 5 : Promouvoir des investissements durables dans les ressources humaines en santé :

Ce principe encourage les États et les partenaires techniques et financiers à inscrire leurs investissements dans la durée en créant des mécanismes d'intégration durables qui tiennent compte des générations futures.



6. Théorie du changement

La Charte d'investissement dans les ressources humaines en santé en Afrique considère l'investissement comme un processus qui applique les cinq principes fondamentaux d'investissement dans les ressources humaines en santé afin d'obtenir le plus grand impact possible (figure 1). Tout au long du processus d'investissement, **le leadership et la gouvernance de l'État** sont cruciaux pour établir les priorités, aligner les actions, montrer la voie pour la stimulation des investissements multisectoriels et assurer la durabilité en collaboration avec les partenaires sociaux. Une telle planification et mobilisation intégrées des investissements constitue une approche conjointe pour une action et une responsabilité partagée, suivies et renforcées à travers un forum d'investisseurs/co-investisseurs, s'appuyant dans la mesure du possible sur les structures et les systèmes existants.

Le processus d'investissement commence par l'identification et **l'établissement de l'ordre de priorité** des options d'investissement en se fondant sur des données probantes. Une fois que les priorités d'investissement sont recensées, évaluées et hiérarchisées, **l'alignement** et la **synergie** entre les investisseurs sont nécessaires pour permettre les actions d'investissement. Cela peut se faire par le biais d'un dialogue et des négociations avec les investisseurs afin de dégager un consensus et des engagements sont pris (« décisions d'investissement ») pour orienter un plan d'investissement signé par tous les partenaires concernés et servant d'instrument d'accord (pacte d'investissement).

Partant du plan et du pacte d'investissement, les États et les investisseurs peuvent ensemble **stimuler les investissements**, orienter leurs ressources financières et techniques de manière à respecter leurs engagements et à se tenir mutuellement redevables de ceux-ci. Une fois les investissements réalisés, il est essentiel de les faire croître et de protéger leur valeur et leur **pérennité** pour bénéficier des retours sur investissement. Pour ce faire, il faut veiller à ce que tous les investissements soient clairement liés à des résultats de santé mesurables à moyen et long terme afin d'avoir un impact sur la santé et la croissance inclusive tout en garantissant un travail décent et des droits au travail pour les ressources humaines en santé.

Les investissements dans les ressources humaines en santé doivent donc passer des initiatives ponctuelles de formation continue, d'éducation et de renforcement des capacités à un renforcement stratégique du secteur de l'éducation (qualité, échelle, combinaison de compétences pour répondre aux besoins). Les investissements doivent également passer des motivations ponctuelles accordées aux ressources humaines en santé à des investissements durables dans l'emploi et la fidélisation, ainsi qu'à une gestion durable de la migration des ressources humaines en santé en fonction des répercussions sur la santé.

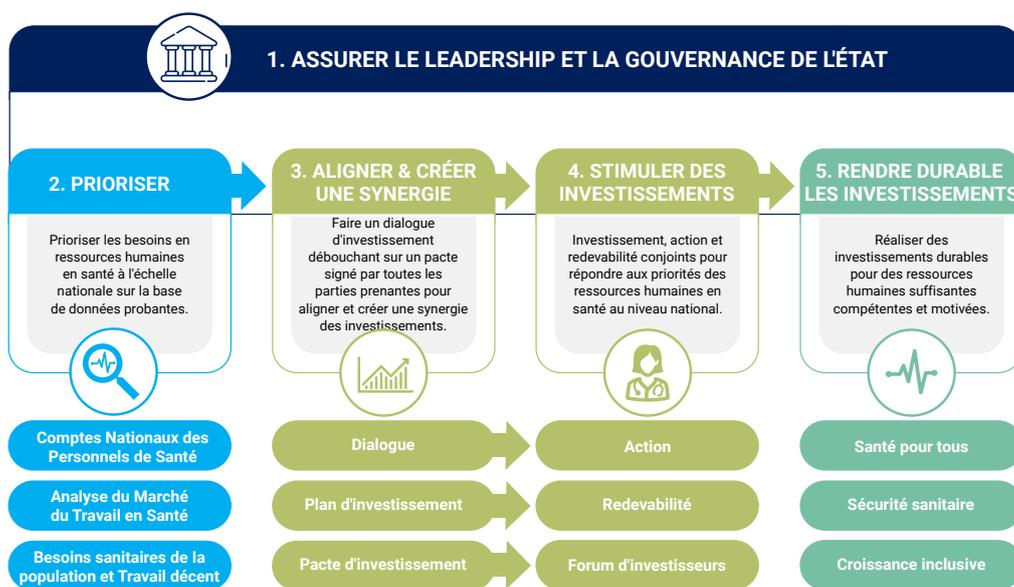


Fig. 1. Théorie du changement



7.

Engagements

En appliquant les principes d'investissement dans les ressources humaines en santé, nous affirmons notre engagement à l'égard de ce qui suit :

Principe 1 :
Assurer le leadership et la gouvernance de l'État

1.1

Nous soutenons le rôle des États dans la conduite d'un processus inclusif multipartite de contextualisation et d'utilisation des meilleures données probantes, des meilleurs outils et des meilleurs modèles disponibles pour déterminer les besoins en ressources humaines en santé définis et chiffrés à l'échelle nationale et les investissements nécessaires pour y répondre.

1.2

Nous affirmons que les États jouent un rôle prépondérant dans l'élaboration de politiques et de stratégies cohérentes et alignées servant de point central de la coordination des investissements et des actions en la matière.

1.3

Nous affirmons le rôle des États dans la conduite des investissements dans l'éducation et l'emploi.

1.4

Nous défendrons la mise en place de mécanismes permettant la libre circulation et la coordination des ressources humaines en santé entre les pays afin de combler les lacunes critiques et de répondre aux situations d'urgence sanitaire grâce à l'adoption d'accords bilatéraux et multilatéraux sur la migration des ressources humaines en santé, dans l'esprit des normes internationales du travail.

Principe 2 :
Prioriser
l'investissement dans
les ressources humaines
en santé en se basant
sur des données
probantes et des
conditions propices à
de meilleurs résultats
pour la santé

2.1

Sous l'égide des États, nous travaillerons ensemble à la production de données probantes contextuelles sur le marché du travail de la santé, avec le soutien et la participation de toutes les parties prenantes, afin d'éclairer le dialogue sur l'orientation et les modalités des investissements.

2.2

À l'aide d'une priorisation fondée sur des données probantes, nous élaborerons des plans multisectoriels d'investissement dans les ressources humaines en santé, qui présenteront un plaidoyer solide en faveur de l'investissement, tenant compte de la dynamique du marché du travail et des liens avec les besoins sanitaires des populations, garantissant la sécurité sanitaire, la couverture sanitaire universelle, la croissance inclusive et des conditions de travail décentes pour les ressources humaines en santé.

2.3

Nous tirerons parti des investissements dans la technologie, l'innovation et le développement des infrastructures comme des occasions pour assurer, accélérer et promouvoir le développement des ressources humaines en santé.

Principe 3 :

Aligner et créer une synergie des investissements dans les ressources humaines en santé grâce à des partenariats et à la collaboration

3.1

Nous nous participerons, négocierons et nous engagerons conjointement à des pactes nationaux d'investissement dans les ressources humaines en santé qui décrivent l'engagement de tous les investisseurs à investir et étudierons la possibilité de mettre en place une plateforme d'investissement conjointe afin de co-investir dans un « plan national d'investissement dans les ressources humaines en santé » sur la base du principe d'« un plan, un budget et un plan de suivi », avec différents mécanismes de financement et/ou un accord de « mise en commun des financements » en fonction de chaque contexte.

3.2

Nous travaillerons ensemble pour renforcer la prise en compte et l'inclusion des implications et des priorités en matière des ressources humaines en santé dans les investissements et les projets du secteur de la santé, tels que le financement et les réformes nécessaires pour améliorer la quantité, la répartition et la qualité des RHS nécessaires pour, par exemple, doter les formations sanitaires d'un personnel adéquat, renforcer les chaînes d'approvisionnement et fournir des services.

Principe 4 : Stimuler des investissements plus importants et de meilleure qualité dans les ressources humaines en santé

4.1

Nous travaillerons ensemble pour aider les États à accroître progressivement le financement dans les ressources humaines en santé afin de combler les déficits d'investissements nécessaires pour combler les besoins et d'assurer des synergies entre les investissements intersectoriels nationaux, privés et extérieurs, y compris l'étude de la possibilité de recourir à des financements mixtes et concessionnels pour les ressources humaines en santé. Le rôle des ministères des finances est essentiel pour stimuler et maintenir les investissements dans les ressources humaines en santé.

4.2

Nous exhorterons les institutions financières internationales à reconnaître les ressources humaines en santé comme une priorité d'investissement valable et à aider les États à tirer parti des dons et des prêts pour accroître de manière ingénieuse les investissements dans la formation, l'emploi, les conditions de travail et la fidélisation des ressources humaines en santé.

4.3

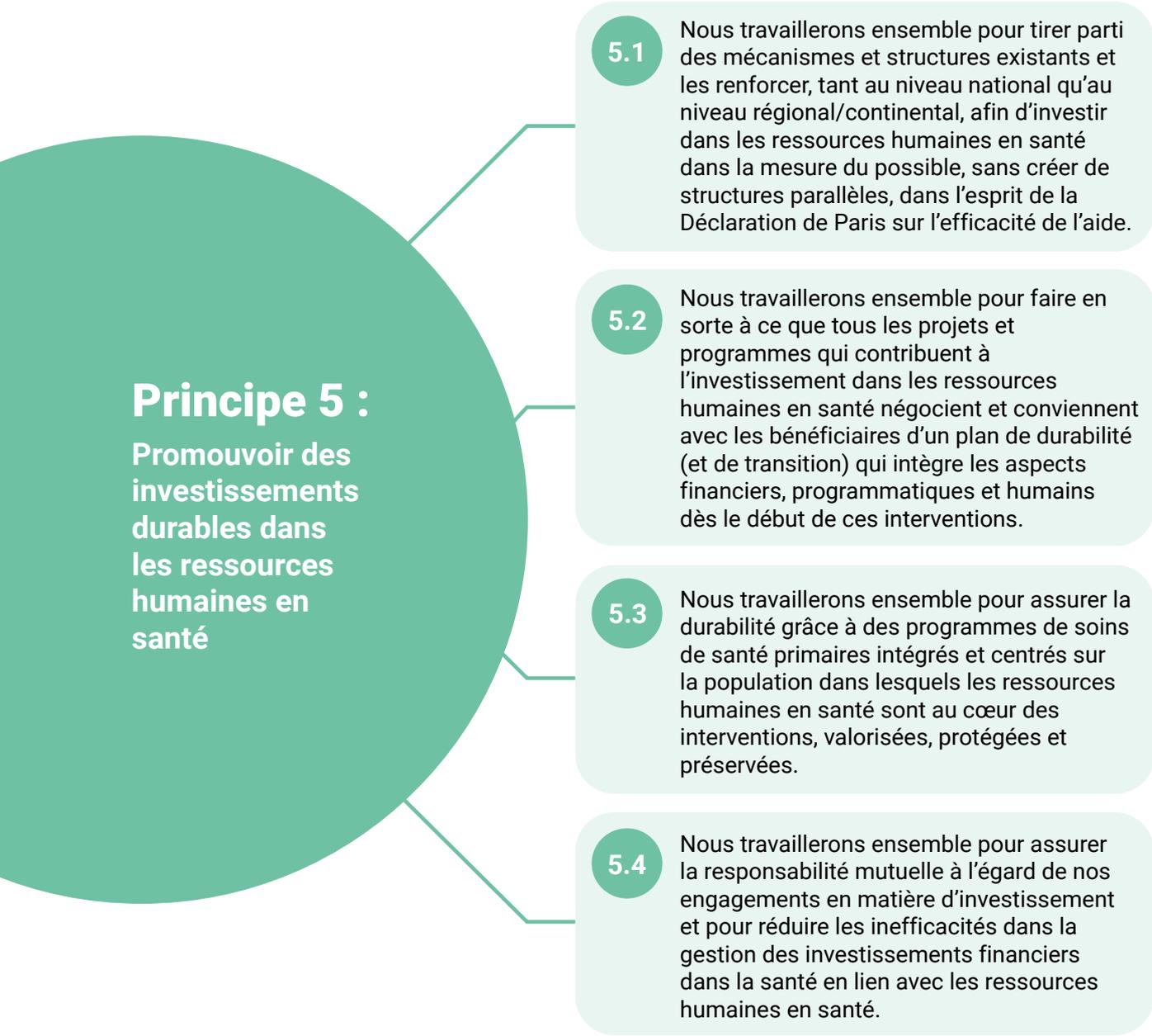
Nous maximiserons les possibilités pour les parties prenantes de co-investir dans la formation et la réglementation des ressources humaines en santé par le biais de mécanismes sous-régionaux et régionaux de mise en commun des ressources.

4.4

Nous travaillerons ensemble pour aider les États à mobiliser des investissements du secteur privé et à fournir des avantages réglementaires et d'autre nature afin de stimuler la contribution du secteur privé à l'emploi des ressources humaines en santé, en particulier au niveau des soins de santé primaires.

4.5

Nous apporterons un appui technique et financier au renforcement des capacités des ministères de la santé, y compris les gestionnaires des ressources humaines en santé, afin d'améliorer l'exécution et le suivi du budget, et de démontrer l'efficacité et les résultats obtenus avec les investissements existants.



Principe 5 : Promouvoir des investissements durables dans les ressources humaines en santé

5.1

Nous travaillerons ensemble pour tirer parti des mécanismes et structures existants et les renforcer, tant au niveau national qu'au niveau régional/continental, afin d'investir dans les ressources humaines en santé dans la mesure du possible, sans créer de structures parallèles, dans l'esprit de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide.

5.2

Nous travaillerons ensemble pour faire en sorte à ce que tous les projets et programmes qui contribuent à l'investissement dans les ressources humaines en santé négocient et conviennent avec les bénéficiaires d'un plan de durabilité (et de transition) qui intègre les aspects financiers, programmatiques et humains dès le début de ces interventions.

5.3

Nous travaillerons ensemble pour assurer la durabilité grâce à des programmes de soins de santé primaires intégrés et centrés sur la population dans lesquels les ressources humaines en santé sont au cœur des interventions, valorisées, protégées et préservées.

5.4

Nous travaillerons ensemble pour assurer la responsabilité mutuelle à l'égard de nos engagements en matière d'investissement et pour réduire les inefficacités dans la gestion des investissements financiers dans la santé en lien avec les ressources humaines en santé.



8.

**Mécanisme de
coordination et
de redevabilité**

Un comité consultatif sur l'investissement dans les ressources humaines en santé (CCIRHS) est mis sur pied pour plaider en faveur de la mise en œuvre de la Charte, suivre les indicateurs de progrès et préparer un tableau de suivi biennal de l'état d'avancement des investissements dans les ressources humaines en santé. Ce comité est présidé par un ministre de la Santé d'un État Membre (qui peut être représenté par le secrétaire permanent ou un responsable de niveau équivalent) et coprésidé par un partenaire de développement ayant un investissement et/ou une expertise substantielle dans les ressources humaines en santé dans la Région, l'OMS assurant le secrétariat. Le CCIRHS se réunira au moins une fois par an. Son président, son coprésident et ses membres auront un mandat de trois ans au terme duquel le comité sera reconstitué.

Le CCIRHS mettra au point des outils et des méthodologies appropriés pour suivre, mesurer et présenter les progrès réalisés dans les financements de tous les investisseurs (nationaux, externes, privés) et renseigner le tableau de suivi des investissements dans les ressources humaines en santé. Les rapports sur l'internalisation et la mise en œuvre de la Charte au niveau des pays seront intégrés par ces derniers dans leurs cadres et processus de suivi existants, et les rapports seront soumis à l'OMS au titre du processus annuel de communication de rapports sur les comptes nationaux des personnels de santé (CNPS). En plus d'autres paramètres de mesure pouvant être jugés pertinents à un moment donné, les domaines suivants feront l'objet d'un suivi et d'un rapport tous les deux ans :

- 1** Nombre de pays ayant adopté une approche multisectorielle pour effectuer des analyses du marché du travail de la santé afin d'orienter les réformes et/ou l'élaboration de plans d'investissement dans les ressources humaines en santé.
- 2** Nombre de pays ayant adopté une approche multisectorielle pour signer des pactes d'investissement dans les ressources humaines en santé conclus entre les États et les partenaires au niveau national.
- 3** Volume, composition et flux des investissements supplémentaires dans la formation des ressources humaines en santé (y compris les technologies numériques d'apprentissage), l'emploi, les conditions de travail et les mécanismes de fidélisation, conformément au plan d'investissement convenu au niveau national.
- 4** Augmentation du nombre d'employés et de la densité des ressources humaines en santé, ventilés par milieu rural et urbain, par sexe et par groupe professionnel.
- 5** Nombre de nouveaux diplômés et nombre de nouveaux diplômés employés et commençant à travailler dans l'année suivant l'obtention de leur diplôme.

L'Organisation mondiale de la Santé, en collaboration avec tous ses partenaires, organisera un forum régional et continental sur l'investissement dans les ressources humaines ordinaires afin de favoriser le plaidoyer, l'alignement et la négociation entre les États, les syndicats ou associations de ressources humaines en santé, le secteur privé, les partenaires sociaux et les partenaires de développement.

Au niveau national, les États promouvront, organiseront et faciliteront des dialogues nationaux annuels sur l'investissement avec les partenaires sociaux et les partenaires d'investissement dans le cadre des mécanismes et plateformes existants.

Partenaires et collaborateurs

l'élaboration de la Charte africaine pour l'investissement dans les ressources humaines en santé a bénéficié d'un soutien technique, des retours d'information et des contributions des États Membres de la Région africaine de l'OMS, du public et de plusieurs partenaires et parties prenantes, notamment l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial), la Banque mondiale, l'Organisation internationale du Travail (OIT), la Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC), la Communauté de la santé de l'Afrique orientale, centrale et australe (ECSA-HC), l'African Centre for Health and Social Transformation (ACHEST), l'African Foundation for Research and Education in Health (AFREHealth), les membres du partenariat Harmonisation pour la santé en Afrique (HHA), l'Agence japonaise de coopération internationale (JICA), le Marché commun de l'Afrique orientale et australe (COMESA) et la Fédération internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge.

L'élaboration de la Charte africaine d'investissement dans les ressources humaines en santé a été financée par le programme OIT-OCDE-OMS « S'engager pour la santé / Working For Health » et son fonds d'affectation spéciale multipartenaires.

Bureau régional de l’OMS pour l’Afrique

L’Organisation mondiale de la santé (OMS) est une institution spécialisée du système des Nations Unies créée en 1948 qui dirige et coordonne l’action sanitaire internationale et les questions de santé publique. Le Bureau régional de l’OMS pour l’Afrique est l’un des six bureaux régionaux répartis dans le monde. Chaque bureau régional a son propre programme adapté aux conditions sanitaires spécifiques aux pays qu’il dessert.

États Membres

Afrique du Sud	Madagascar
Algérie	Malawi
Angola	Mali
Bénin	Maurice
Botswana	Mauritanie
Burkina Faso	Mozambique
Burundi	Namibie
Cabo Verde	Niger
Cameroun	Nigéria
Comores	Ouganda
Congo	République centrafricaine
Côte d’Ivoire	République démocratique du Congo
Érythrée	République-Unie de Tanzanie
Eswatini	Rwanda
Éthiopie	Sao Tomé-et-Principe
Gabon	Sénégal
Gambie	Seychelles
Ghana	Sierra Leone
Guinée	Soudan du Sud
Guinée-Bissau	Tchad
Guinée équatoriale	Togo
Kenya	Zambie
Lesotho	Zimbabwe
Libéria	

Organisation mondiale de la Santé

Bureau régional de l’Afrique

Groupe organique Couverture sanitaire universelle/Parcours de vie

Unité Personnels de santé

Cité du Djoué

Boîte postale 6, Brazzaville

Congo

Téléphone : +(47 241) 39402

Télécopie : +(47 241) 39503

Courriel : afrgocom@who.int

Site Web : <https://www.afro.who.int/>