

Health
Action AIDS

PHR

Physicians for
Human Rights

Droit à la Santé et Planification du Personnel de Santé

Manuel à l'intention des Responsables Gouvernementaux, des
ONG, des Agents de santé et des Partenaires au développement



Août 2008

Copie finale: <http://physiciansforhumanrights.org/library/documents/reports/the-right-to-health-and-health-workforce-planning.pdf>

© 2008 Physicians for Human Rights. Tous droits réservés.

Photo de couverture: Vanessa Vick

Médecins pour les Droits de l'Homme (MDH) est une organisation qui fait avancer la cause de la santé et de la dignité humaine, par la protection des droits de l'homme. *Health Action AIDS* est l'une de ses campagnes. Elle mobilise les professionnels de la santé pour soutenir des stratégies globales de lutte contre le SIDA ; elle cherche à obtenir des fonds pour combattre la maladie. En outre, elle tente d'amener les professionnels de la santé américains à soutenir leurs collègues et autres activistes à travers le monde. Enfin, elle cherche à établir le lien entre les droits de l'homme et le VIH/SIDA. En tant que membre fondateur de la campagne Internationale pour l'Interdiction des Mines Terrestres, MDH a été co-réceptiendaire du Prix Nobel de la Paix en 1997.

Physicians for Human Rights
2 Arrow Street, Suite 301
Cambridge, MA 02138
Tél: 617.301.4200
Fax: 617.301.4250
www.physiciansforhumanrights.org

Physicians for Human Rights
1156 15th Street, NW
Suite 1001
Washington, DC 20005
Tél: 202.728.5335
Fax: 202.728.3053
www.physiciansforhumanrights.org

Tables des Matières

Remerciements.....	6
Sommaire Exécutif.....	8
Introduction : Pourquoi une approche de la santé et de la planification du personnel de santé fondée sur les droits :.....	11
I. Objectif du Manuel.....	14
II. Fondement Philosophique et Juridique du Droit à la Santé.....	16
III. Le Droit à la Santé : Points de repère pour les Gouvernements.....	19
IV. Obligations des Gouvernements.....	20
Quand est-ce qu'un pays honore t-il ses obligations ? Quelles sont les Obligations Fondamentales ?	
V. Un Plan National du personnel de santé : Un Droit à l'impératif de Santé.....	23
VI. Participation: Qui est impliqué dans l'élaboration du Plan ?.....	24
Quelques données sur la participation La valeur de la participation Ce qu'implique la participation Les Ressources qui rendent possible la participation Présenter différents points de vue a. Personnes vivant avec le VIH/SIDA b. Les Usagers ordinaires des systèmes de santé c. Premiers prestataires de soins de santé d. Soignants à domicile et Agents de santé des collectivités e. Les Tradipraticiens f. Les Femmes g. Les Enfants, les jeunes et les personnes âgées h. Personnes handicapées	

**VII. Non-discrimination et
Egalité.....36**

Une explication du principe de la non-discrimination
Stratégies possibles pour améliorer l'égalité
Améliorer les services de santé inévitables dans les zones rurales ou
mal desservies

- a. Incitations pour travailler dans les zones défavorisées
- b. Infrastructures de Base
- c. Développement Professionnel
- d. Formation et Recrutement
- e. Compétences diversifiées
- f. Besoins en services de la communauté
- g. Valoriser les Agents de santé

Lutter contre la discrimination de la part des agents de santé

Egalité des Genres

Traitement équitable pour combattre les discriminations contre les
agents de santé

- a. Structures Inévitables des salaires
- b. Inégalité des Indemnités

Utilisation accrue

VIII. Réponse Globale.....55

Nécessité d'une réponse globale : raisons pratiques et du point de vue des droits
de l'homme

Liens vers le Système de Santé

Liens soulignant les déterminants de la santé

Réponse globale aux besoins des agents de santé

Services globaux pour les agents de santé - services VIH/SIDA
S'appuyer sur les Agents de santé pour assurer une réponse en temps
utile

Couvrir l'ensemble du secteur de la santé, y compris le secteur privé

IX. Qualité.....70

Qualité et droit à la santé

Questions liées à la qualité

- a. Formation avant l'emploi
- b. Formation en cours d'emploi et développement professionnel

- c. Supervision et normes
 - d. Qualité et éthique
 - e. Agents de santé des collectivités et assurance-qualité
 - f. Réglementation du Secteur Privé
- Point de vue d'un médecin Kenyan

X. Financement.....75

- Exigence des droits de l'homme
- Financement du processus de planification
- Financement du plan
- Rechercher des fonds à partir de toutes les sources disponibles

XI. Responsabilité.....80

- Responsabilité et encadrement des droits de l'homme
- Responsabilité par rapport aux obligations existantes
- Comptable de qui ? Nécessité d'une surveillance, d'une évaluation et de la participation
- Niveaux de responsabilités : gouvernements, donateurs et premiers agents de santé

XII.	Durabilité.....	82
	Durabilité et droits de l’homme - poursuivre les progrès	
	Planifier la durabilité	
	Lier la durabilité aux processus de budgétisation et de planification	
	Promouvoir la durabilité - former les agents de santé aux droits de l’homme	
XIII.	Conclusion.....	90
	Annexe : Ressources Techniques	91

Remerciements

Le présent rapport a été rédigé par Maggie Cooper, MA, ancienne Associée à la Politique VIH/SIDA chez Médecins pour les Droits de l'Homme. Eric A. Friedman, JD, Conseiller mondial en chef pour la Politique, chez MDH, y a également largement contribué. Il est l'auteur du concept du rapport. Il a en outre apporté de précieux conseils et fourni son aide et son expertise pendant les phases de rédaction et de révision. Les contacter aux adresses : mgcooper@gmail.com et efriedman@MDHusa.org.

Ce rapport a bénéficié des précieux commentaires du juge Richard Goldstone, membre de la Direction de MDH et juge à la Cour Constitutionnelle d'Afrique du Sud, actuellement à la retraite ; de Katie Krauss, Coordinatrice des relations avec les médias de la campagne *Health Action AIDS Media*, et membre de MDH ; Frank Davidoff, MD, vice-président, membre de la Direction de MDH ; John Bradshaw, JD, Directeur de la Politique Publique, membre de MDH ; Barbara Ayotte, Directrice de la Communication, membre de MDH ; Lisena DeSantis, Associée au Programme *Health Action AIDS Kenya*, membre de MDH ; Nixon Niyonzima, étudiant en médecine, Makerere University Medical School, Kampala, Ouganda ; Leonard S. Rubenstein, JD, président, membre de MDH ; Trevor Lewis, Département de Politique, MDH ; George Kent, PhD, Professeur, Département de Science Politique, Université de Hawaï ; Amanda Cary, Assistant au *Health Action AIDS*, membre de MDH ; Seble Frehywot, MD, MHA, Assistant Professeur Chercheur en Politique Sanitaire et Santé Mondiale, Université George Washington.

Edité et préparé pour la publication par Mmes. Krauss et. Ayotte.

Nous remercions chaleureusement Alicia Ely Yamin, JD, MPH, Joseph H., de *Flom Global Health*, nommée Human Rights Fellow 2007-2009, à la Harvard Law School, et ancienne directrice de la Recherche et des Investigations chez MDH. Elle a gracieusement donné de son temps pour réviser les premières versions, et apporté des idées précieuses sur la manière de poursuivre une approche de la santé fondée sur les droits de l'homme.

Par ailleurs, nous tenons à remercier Sarah Kalloch, Coordinatrice principale du Programme *Health Action AIDS Africa* à MDH ; et Leonard Rubenstein, JD, président, chez MDH. Tous les deux ont distribué des questionnaires au cours de nos voyages au Kenya, en Ouganda et au Zimbabwe. Enfin, ils ont mis l'auteur en contact avec les professionnels africains de la santé et les étudiants en médecine.

Enfin, et plus particulièrement, l'auteur tient à remercier les personnes suivantes dont les anecdotes, les expériences et les conseils ont contribué à améliorer le présent rapport. La plupart sont des agents de santé ayant une expérience de première main dans le traitement de patients dans des conditions très difficiles. Leurs réflexions très instructives illustrent à suffisance l'importance d'inclure leurs voix dans les débats et les décisions concernant la planification du personnel de santé. A toutes et à tous, y compris celles et ceux dont les noms ne sont pas mentionnés dans le rapport, nous témoignons ici notre sincère appréciation pour leur aide généreuse :

Dr. Jaime Miranda, membre fondateur de la *Civil Association for Health and Human Rights Education* (EDHUCASalud), Lima, Pérou ; Dr. Bactrin M. Killingo, Meru Hospice, Meru, Kenya ; Dr. Burton Wagacha, chargé du Programme Pays pour les Réfugiés à la GTZ, Kenya ; Tony Anammah, Pharmacien, membre de la Fondation *Gede*, Abuja, Nigeria ; Fredrick Omiah, Infirmier, Hôpital de district de Homa Bay, Secrétaire National Honoraire, membre de l'Association Nationale des Infirmiers et Infirmières du Kenya, Homa Bay, Kenya ; Dr. Douglas Gwatidzo, Président de l'Association des Médecins Zimbabwéens pour les Droits de l'homme, Hararé, Zimbabwe ; *Dentist Anonymous*, Nairobi, Kenya ; Nixon Niyonzima, étudiant en médecine, Makerere University Medical School, Kampala, Ouganda ; Dr. Chukwumuanya Igboekwu, Associé au Programme Santé de *Physicians for Social Justice* (Médecins pour la Justice Sociale), Kontagora, État du Niger, Nigeria ; Dr. Evan Lyon, Hôpital de Brigham et Women's Hospital, Boston, États-Unis, *Partners in Health/Zanmi Lasante*, Haiti ; Dr. Andrew Mwanika, maître de conférence, Département de Dentisterie, Faculté de Médecine, Département de Dentisterie, Makerere University Medical School, Kampala, Ouganda ; Dr. Mann Omobayi Alli, Ministère de la Santé de l'État d'Ondo, Nigeria ; Ellen McCurley, Directrice Exécutive du *Pendulum Project*, Lilongwe, Malawi ; Dr. Nelson Musoba, Consultant, Partenariat Public-Privé dans le domaine de la Santé, Ministère de la Santé, et Directeur Exécutif, Groupe d'Action pour la Santé, Droits de l'Homme et VIH/SIDA (AGHA), Kampala, Ouganda ; Dr. Warren Rich, Clinique dentaire du Centre Médical de Kijabe, Kenya ; Jean Thomas Nouboussi, Handicap International, Nairobi, Kenya ; Anita Ghai, activiste pour le handicap, Inde ; Raphael Gikera, Technicien de laboratoire médical, Hôpital National Kenyatta, Nairobi, Kenya ; Dr. June Fisher, projet *Training for the Development of Innovative Control Technology* (TDICT), San Francisco, États-Unis ; Maxwell V. Madzikanga, Chercheur en chef VIH/SIDA auprès du Rapporteur Spécial des NU sur le Droit à la Santé, Université d'Essex, Essex, Royaume-Uni ; Dr. Ambrose Agweyu, médecin interne, Hôpital de District de Bungoma, Bungoma, Kenya et James Kamau, Mouvement Kenyan pour l'Accès au traitement (KETAM), Nairobi, Kenya.

Médecins pour les Droits de l'Homme remercient la Fondation Rockefeller et la Fondation Bill & Melinda Gates qui ont soutenu financièrement ce travail.

Je trouve ce document impressionnant, accessible, et novateur.

En lisant ce document, on ne peut qu'être frappé par les consultations intenses, intensives, à la fois générales et détaillées à l'origine de cette publication qui est unique. Il devrait exister en version livre de poche pour les professionnels de la santé, être la Bible de tout Ministre de la Santé, un guide pour tous les experts et néophytes en matière de santé et de droits de l'homme.

- Maxwell V. Madzikanga (Master en Contrôle des Maladies, EMMB, mention *Bien*)

Chercheur en Chef VIH/SIDA, auprès du Rapporteur Spécial des Nations Unies sur le Droit à la Santé.

Droit à la Santé et Planification du Personnel de Santé

Manuel à l'intention des Responsables Gouvernementaux, des ONG, des Agents de santé et des Partenaires au développement

Résumé

Le présent manuel vise à expliquer la nécessité d'ancrer la planification du personnel de santé dans les droits de l'homme, et la manière de réaliser cet objectif.

Après plusieurs années marquées par des investissements insuffisants, une attention inadéquate, et des politiques malavisées, le personnel de santé est revenu au centre des préoccupations. Sans un personnel de santé qualifié, motivé, bien équipé et accessible à tous, les objectifs en matière de santé ne seront pas réalisés et le droit au meilleur état de santé possible ne sera pas une réalité. De fait, le personnel de santé, l'amélioration des résultats en matière de santé, et les droits de l'homme sont inextricablement liés. Un personnel de santé est non seulement nécessaire pour améliorer la santé et réaliser les droits de l'homme, mais ces derniers sont également nécessaires pour développer un personnel de santé capable d'améliorer la santé de façon générale.

L'Organisation Mondiale de la Santé, le *Global Health Workforce Alliance*, et de façon plus significative, les alliances au niveau national, sont déterminés à mettre en place des stratégies pour répondre aux besoins du personnel de santé dans les pays en voie de développement – et beaucoup est déjà en train d'être fait à cette fin. L'objectif du présent manuel est d'expliquer et d'explorer la façon dont les droits de l'homme, notamment le droit à la santé, peuvent et devraient guider les stratégies nationales touchant le personnel de santé.

Les décideurs, les agents de santé, les ONG, les agences techniques, et d'autres acteurs impliqués dans l'élaboration et la mise en œuvre de plans du personnel de santé pourront adapter les principes et exemples contenus dans ce manuel, selon leur situation particulière, et faire en sorte que les droits de l'homme soient intégrés aux stratégies nationales touchant le personnel de santé.

De fait, le principal message de ce manuel est de dire que les droits de l'homme ne sont pas un simple accessoire ou un luxe qui serait l'apanage d'une poignée de pays. Les droits de l'homme devraient plutôt faire partie intégrante du processus et des stratégies des personnels de santé, dans tous les pays. Ce n'est qu'à cette condition que la dignité de tous – y compris celle des pauvres, des personnes marginalisées ainsi que des personnes socialement défavorisés – sera respectée et préservée.

L'intégration des droits de l'homme dans la planification du personnel de santé commence dès la phase d'élaboration du plan. Les points de vue de tous les segments de la société devraient être pris en compte dès le début du développement du plan – et non pas après coup ou pour chercher confirmation, ou encore solliciter des contributions au plan qui aura été déjà développé. Le Gouvernement, qui généralement sera en charge de mener le processus de planification, devrait veiller à ce que les membres marginalisés ou défavorisés de la société – tels que les personnes vivant dans les zones rurales, celles vivant avec le VIH/SIDA, et les personnes handicapées – participent effectivement à l'élaboration des plans, et que les ressources adéquates soient mises à leur disposition pour leur permettre de participer de manière significative au processus de planification. Les agents de santé devraient également être impliqués dans le processus de planification.

Par ailleurs, il est un autre principe capital des droits de l'homme, à savoir, la conformité aux obligations, qui commence également dès le début du processus de planification, et se poursuit pendant le développement et la mise en œuvre du plan. Les plans devraient être conformes aux obligations en matière de droits de l'homme et d'autres objectifs et engagements en matière de santé, tels que les Objectifs du Millénaire pour le Développement et l'Engagement pour l'Accès Universel aux Services VIH d'ici 2010. Une large participation au développement du plan permettra une meilleure prise en charge des besoins, des priorités et des droits de la population. Cela implique également de rendre le plan du personnel de santé facilement accessible, d'effectuer un suivi et une évaluation efficaces, d'impliquer les communautés dans le processus de suivi, et de mettre en place des mécanismes pour prendre en charge les revendications des populations, notamment celles qui portent sur la violation des droits des patients. De même, les donateurs doivent, en apportant leur soutien, promouvoir les processus et les plans locaux. Ils doivent également éviter les conséquences non voulues, comme cela peut être le cas lorsque les programmes de santé sont isolés des autres composantes du secteur de la santé.

Les principes des droits de l'homme mettent fortement l'accent sur la nécessité pour les stratégies des personnels de santé de promouvoir l'égalité et d'éviter toute discrimination. Une illustration de ce principe d'égalité peut se voir dans le mode de répartition du

personnel, et dans l'importance d'une approche globale pour le renforcer dans les zones rurales et dans d'autres zones mal desservies afin de faire du droit à la santé une réalité pour tous.

Afin de réaliser le droit à l'accès égal aux soins de santé, les planificateurs pourraient être amenés à offrir des mesures incitatives d'ordre financier ou non aux travailleurs de la santé. Dans certaines zones, ils devront améliorer les infrastructures de santé, s'appuyer sur le système éducatif pour recruter, former et garder les agents de santé dans les zones rurales (par le biais d'une réforme des programmes d'enseignement, de bourses, et d'un recrutement local dans les zones rurales), trouver les voies et moyens de promouvoir une combinaison de compétences qui mette en valeur les travailleurs servant dans les zones rurales, établir des exigences de service dans les communautés, et faire en sorte que les agents de santé dans les zones rurales – et partout d'ailleurs, – se sentent valorisés. Une formation spéciale pour les agents de santé ainsi que des politiques appropriées sont également nécessaires pour éviter qu'eux-mêmes ne soient à leur tour auteurs de discrimination à l'encontre des femmes, des personnes vivant avec le VIH, etc. Au sein du personnel de santé, les préoccupations spécifiques des femmes devront être prises en charge et l'égalité assurée des genres.

Il faudrait apporter une réponse complète à la crise du personnel de santé, en couvrant les aspects tels que les effectifs, leur distribution, la qualité des formations, la productivité, la gestion, et les systèmes d'information. Le plan du personnel de santé ne saurait être développé en vase clos. Il devrait au contraire s'articuler avec des stratégies plus larges de développement de la santé, condition nécessaire pour que les agents de santé disposent des médicaments, des approvisionnements, et d'autres outils indispensables à leur travail, et pour que les systèmes d'information soient en place pour mettre à la disposition des agents de santé et des planificateurs une information fiable et en temps utile. Une telle réponse devrait également appuyer l'amélioration des déterminants de la santé, tels que l'eau potable, l'assainissement et une bonne alimentation. Le plan devrait également répondre à un certain nombre de préoccupations des agents de santé (matérielles, professionnelles, et psychosociales), et leur garantir des services de santé confidentiels, notamment des services VIH complets. En outre, le plan devra être complet dans sa portée afin de couvrir à la fois le secteur public et le secteur privé dans toute sa diversité (notamment les institutions à but non lucratif, les ONG et les entreprises commerciales). Par ailleurs, il devra prendre en compte l'ensemble des agents de santé dont les services pourraient être utilisés pour améliorer rapidement les services de santé, y compris les agents de santé sans emploi, les agents à la retraite et ceux disséminés dans la diaspora.

Dans beaucoup de pays, le personnel de santé devra augmenter rapidement. Toutefois, cela ne devrait en aucun cas se faire au détriment de la qualité. A titre d'exemple, une production accrue d'agents de santé devra aller de pair avec un nombre suffisant de formateurs et d'autres mesures indispensables à la qualité ; les plans devront répondre au besoin d'une supervision de soutien ; les agents de santé devront être formés aux normes

d'éthiques, et le Gouvernement devra garantir la qualité du personnel de santé du secteur privé.

Un plan du personnel de santé bien conçu n'aura de sens que s'il est mis effectivement en œuvre. Il faudra, pour ce faire, un financement suffisant, souvent supérieur – et parfois nettement supérieur – au budget en cours. Afin d'honorer leurs obligations en matière de droits de l'homme, les pays devront accorder la priorité à la santé et à d'autres dépenses nécessaires à la réalisation de ces droits. Conformément au droit des droits de l'homme, les pays devront chercher à obtenir des financements à partir de toutes les sources disponibles, et en augmentant, le cas échéant, la part de leur budget consacrée à la santé ; en explorant les moyens d'augmenter les ressources totales disponibles pour l'investissement public, et en sollicitant un financement extérieur pour combler les déficits, le cas échéant. En retour, les nations riches ont l'obligation de coopérer pour garantir la disponibilité de tels financements.

Enfin, les stratégies du personnel de santé doivent être durables, afin que les pays puissent offrir à leurs populations des services de santé d'un niveau toujours meilleur, et maintenir et renforcer leur engagement en faveur de l'égalité. Pour ce faire, il faudra fixer des priorités qui permettront de garantir la pérennité des services essentiels de santé, notamment dans les zones enclavées en cas de déficit de financement inévitable pour un pays donné. Les agents de santé sont eux-mêmes essentiels pour maintenir un personnel et un secteur de santé de qualité, et pour garantir que les principes des droits de l'homme continuent de guider le système de santé. Il faudra pour cela que les agents de santé comprennent et soient à même de promouvoir les droits de l'homme à travers les traitements qu'ils apportent aux patients, leur rôle de décideurs, et le plaidoyer. Tous les agents de santé devraient être formés aux droits de l'homme, notamment au droit à la santé.

Introduction

La forte pénurie d'agents de santé en Afrique et ailleurs, et l'attention nationale et internationale accrue portée au personnel de santé au cours des dernières années, offrent une occasion unique de ré-envisager et de développer ce même personnel. Si les gouvernements et les partenaires au développement veulent sérieusement atteindre l'objectif de l'Accès Universel au traitement, à la prévention, à la prise en charge et au soutien en matière de VIH/SIDA d'ici 2010, de même que les Objectifs du Millénaire pour le Développement ainsi que d'autres objectifs en matière de santé, il faudra faire d'importants investissements dans le personnel de santé et développer

des stratégies du personnel de santé au niveau national. Ce personnel ne devra pas simplement être une version élargie des personnels actuels. Bien au contraire, les pays ont l'occasion - et l'obligation - de créer un nouveau genre de personnel de santé qui soit formé aux droits de l'homme, y compris le droit à la santé, qui soit distribué de manière équitable et enfin, qui possède les outils nécessaires pour offrir aux populations un état de santé le plus élevé possible.

L'impact de la pénurie et de la mauvaise distribution des prestataires de services de santé sur les résultats en matière de santé dans les pays en voie de développement, particulièrement en Afrique sub-saharienne, a récemment fait l'objet d'une attention internationale considérable. D'après *Le Rapport Mondial sur la Santé 2006* intitulé : *Travailler Ensemble pour la Santé*, l'Afrique Sub-saharienne manque de 800,000 médecins, d'intervenants dans les centres de santé, d'infirmiers, de sages-femmes, et de 1,5 millions d'agents de santé.¹ L'impact dévastateur du VIH/SIDA a également mis en lumière la nécessité impérieuse pour les agents de santé et les systèmes de santé d'administrer et de surveiller les régimes de traitement antirétroviraux, de fournir des soins palliatifs ainsi que des services de consultation et de dépistage volontaires, empêcher la transmission de la mère à l'enfant, et prendre en charge le surplus d'admissions en hôpital liées aux maladies du VIH.² Le manque d'agents de santé accessibles et bien formés a également été cité comme obstacle principal à la réduction des taux élevés de mortalité maternelle³ et comme source de décès évitables.

A cause de la pénurie de médecins et d'infirmières dans notre hôpital, nous nous retrouvons avec une infirmière pour 40 malades. C'est un véritable cauchemar pour les malades qui ont besoin de soins en urgence, comme ceux qui souffrent d'asthme ou de diabète aigu. Nous avons ainsi perdu des malades qui autrement auraient été maintenus dans un état stable. La qualité du service est ainsi fortement compromise et confine à une pratique contraire à la déontologie. Ceci est un traitement inhumain infligé par des êtres humains à leurs semblables.

*- Technicien de laboratoire médical,
Hôpital National de Kenyatta, Nairobi, Kenya⁴*

¹ Organisation Mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde 2006: Travailler ensemble pour la santé* (2006), pages 8, 12-13. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/whr/2006/en/index.html>. D'autres estimations des besoins en médecins, infirmiers, et sages-femmes supplémentaires en Afrique sont même plus élevées. Voir l'Initiative d'Apprentissage conjointe, *Ressources humaines en santé : Surmonter la Crise* (2004), page 28. Disponible à l'adresse : <http://www.globalhealthtrust.org/Report.html>.

² Olive Shisana, et al. (Conseil pour la Recherche en Sciences Humaines, Université Médicale d'Afrique du Sud & Conseil pour la Recherche Médicale d'Afrique du Sud), *l'Impact du VIH/SIDA sur le secteur de la Santé. Etude Nationale sur le personnel de santé, les malades ambulatoires et hospitalisés, et les structures de santé, 2002* (2003). Téléchargeable gratuitement à l'adresse : <http://www.hsrcpress.ac.za/product.php?mode=search&page=1&freedownload=1&productid=1986>.

³ Marge Kobinsky, et al., "Going to Scale with Professional Skilled Care." *Lancet* (Oct. 14, 2003) 368:1377-1386, at 1379-1380.

⁴ Communication personnelle de Raphael Gikera, Technicien de laboratoire médical, Hôpital National de Kenyatta, Nairobi, Kenya, 18 Juillet 2006.

Les pays et les partenaires internationaux prennent conscience que pour répondre aux besoins actuels en santé, réaliser l'accès universel aux services VIH d'ici 2010 et les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), et se préparer aux scénarios éventuels en matière de santé (une poussée de SRAS ou une épizootie de grippe aviaire par exemple), ils doivent élaborer des plans stratégiques, anticipatifs et exhaustifs afin de produire, garder et gérer le personnel de santé. Ce personnel est composé, en plus des médecins et des infirmiers, des sages-femmes, des physiothérapeutes et des thérapeutes professionnels, des intervenants des centres de santé, des médecins et des assistants infirmiers, des psychiatres et d'autres prestataires de soins de santé mentale ; des techniciens de laboratoire, des nutritionnistes, des travailleurs sociaux, des gestionnaires, de personnel de logistique, des guérisseurs traditionnels, des agents de santé des collectivités et de plusieurs autres catégories d'agents de santé.

Des pays comme l'Erythrée, le Kenya, le Lesotho, le Malawi, l'Afrique du Sud, le Swaziland et la Zambie ont déjà élaboré des plans stratégiques pour leurs personnels de santé respectifs, même si leur concrétisation en plan d'actions et leur mise en œuvre ont parfois été fragmentaires et jalonnées de difficultés.⁵ En 2005, les Ministres de la Santé de l'Union Africaine se sont engagés à « ...préparer et à mettre en œuvre des ressources humaines chiffrées pour des plans de développement de la santé. »⁶ et la Stratégie de Santé de l'Afrique pour la période 2007-2015, adoptée par les Ministres de la Santé de l'Union Africaine en avril 2007, engage les pays à « élaborer des plans de développement et de déploiement chiffrés des ressources humaines au niveau national, y compris des dispositifs révisés ainsi que des mesures incitatives, notamment dans les zones défavorisées. »⁷ Ces plans devront se fonder sur les considérations techniques, mais également sur les principes et obligations en matière de droits de l'homme, notamment le droit au meilleur état de santé possible.

⁵ Ummuro Adano (Capacity Project), *Collecte et Analyse des Ressources en personnel de santé (HRH) Plans Stratégiques* (Déc. 2006). Disponible à l'adresse :

http://www.capacityproject.org/images/stories/files/resourcepaper_strategicplans.pdf.

⁶ Déclaration de Gaborone sur la feuille de route vers l'accès universel à la prévention, au traitement et à la prise en charge, 2^{ème} session ordinaire de la Conférence des ministres Africains de la santé (CAMH2), Gaborone, Botswana, 10-14 Oct. 2005, page 2 (v). Disponible à l'adresse : <http://www.physiciansforhumanrights.org/library/documents/reports/gaborone-declaration.pdf>. Plus tôt, la 4^{ème} session ordinaire de l'Assemblée de l'Union Africaine, réunie en janvier 2005, demandait aux États membres de « préparer des plans interministériels de développement et de déploiement chiffrés pour répondre à la crise des ressources humaines en santé. » Assemblée de l'Union Africaine, 4^{ème} session ordinaire, 30-31 Jan. 2005, Abuja, Nigeria, *Décision sur le rapport intérimaire sur le VIH/Sida, la Tuberculose, le Paludisme et la Polio*. Disponible à l'adresse :

<http://www.africa-union.org/summit/jan2005/Assembly/Assembly%20Décisions%2055%20-%2072.doc>.

⁷ Stratégie de Santé de l'Afrique : 2007-2015, au para. 56. adoptée lors de la troisième session de la Conférence des Ministres de la Santé de l'Union Africaine, Johannesburg, Afrique du Sud, 9-13 Avril, 2007. Disponible à l'adresse : http://www.africa-union.org/root/UA/Conferences/2007/avril/SA/9-13%20avr/doc/en/SA/AFRICA_HEALTH_STRATEGY_FINAL.doc.

Pourquoi une approche de la Santé et de la Planification du Personnel de Santé fondée sur les Droits ?

Les droits à la santé, à l'instar des autres droits de l'homme, ne doivent pas être considérés comme des exigences déraisonnables. Ils constituent des droits qui viennent renforcer des obligations spécifiques réclamés par les individus à leurs États. Les personnes n'ont pas seulement « besoin » de biens, de services et de conditions propices à la santé. Ils ont en plus le « droit » de réclamer de leurs gouvernements qu'ils les leur fournissent sur la base de la dignité inhérente à tout être humain, et de l'ordre juridique mondial qui reconnaît que la responsabilité première des Gouvernements est de protéger et de préserver ce droit.⁸ Une approche fondée sur les droits reconnaît et insiste sur le fait que les Gouvernements ont la responsabilité d'incorporer les principes des droits de l'homme, tels que l'équité et la non-discrimination, dans la formulation de politiques et leur mise en œuvre.⁹

Les droits de l'homme ont pour préoccupation centrale de corriger les déséquilibres historiques et autres, tout en répondant aux besoins et en réalisant les droits des personnes et des populations pauvres, défavorisées, et marginalisées.¹⁰ Ces groupes sont davantage vulnérables aux conséquences d'une mauvaise santé, notamment parce qu'ils disposent de l'accès le moins fiable aux services de santé appropriés et à des conditions de vie saines, souvent en raison d'une négligence ou d'une discrimination. Une approche de la santé fondée sur les droits peut maintenir et renforcer les objectifs de santé publique en cherchant à corriger de telles disparités.

⁸ « Les droits de l'homme et les libertés fondamentales sont inhérents à tous les êtres humains ; leur promotion et leur protection incombent au premier chef aux gouvernements.. » Déclaration de Vienne, Conférence mondiale sur les Droits de l'Homme, Vienne, 14 - 25 Juin, 1993, Doc N.U.A/CONF.157/24 (Part I) at 20 (1993), au para. 1. Disponible à l'adresse : <http://www1.umn.edu/humanrts/instreet/l1viedec.html>.

⁹ Projet du Millénaire des N.U., *Document Final de l'Equipe sur la Santé Infantile et Maternelle : Qui détient le pouvoir ? Transformer les systèmes de santé pour les femmes et les enfants* (2005), page 35. Disponible à l'adresse : <http://www.unmillenniumproject.org/documents/TF4Childandmaternalhealth.pdf>.

¹⁰ Audrey R. Chapman (Association américaine pour le Progrès de la Science), *Explorer une Approche de la Réforme du Système de soins fondée sur les Droits de l'Homme* (1993), page 23.

I. Objectif du manuel

Le premier objectif de ce manuel est d'aider au développement et à l'évaluation des plans nationaux du personnel de santé qui soient fondés sur les droits de l'homme, et principalement sur la base des obligations essentielles à la réalisation et au respect du droit à la santé. Les normes en matière de droits de l'homme devraient faire partie intégrante des politiques du personnel de santé et non en être un simple accessoire.

Ce manuel se veut un guide technique censé informer les responsables des ministères de la santé et de l'éducation, les experts du personnel de santé, les agents de santé, les ONG, et tous les acteurs impliqués dans l'élaboration des stratégies nationales du personnel de santé sur les facteurs à prendre en considération pour que le plan et le processus de planification lui-même soient en accord avec les normes en matière de droits de l'homme, (à l'aune desquelles ces mêmes plans devraient être mesurés). De façon plus générale, le présent manuel devrait informer toute personne s'intéressant à la manière dont les pays doivent répondre à la crise du personnel de santé sur certains éléments critiques et fondés sur les droits, tout en contribuant à intégrer des principes fondés sur les droits au dialogue national et mondial autour du personnel de santé. L'Organisation Mondiale de la Santé, le *Global Health Workforce Alliance* ou toute autre entité voulant définir un bon plan du personnel de santé devront placer les droits de l'homme au cœur de ces critères.

En outre, ce manuel vise à élargir la connaissance du droit à la santé plus généralement. On ne peut efficacement parler de droit à la santé que si les personnes savent ce dont il s'agit et le sens qu'il a dans leurs vies.¹¹ Si les individus, les groupes, les décideurs, les personnes chargées du plaidoyer sont suffisamment autonomisés pour exiger un processus inclusif et comptable de la planification du personnel de santé, ces plans auront plus de chances d'être efficaces, équitables et durables dans leur mise en œuvre.

Ce manuel n'est pas un plan pour incorporer les droits de l'homme dans le processus de planification du personnel de santé. Il n'existe pas de plan standard. Chaque plan du personnel de santé devrait être une stratégie dynamique qui réponde aux circonstances uniques et changeantes de chaque pays et, idéalement, faire l'objet d'une réévaluation régulière, pour s'assurer que de telles circonstances sont bien prises en charge. Il ne faudrait pas dissuader les pays d'adopter une approche de la planification du personnel de santé fondée sur les droits de l'homme, même si des limitations au niveau de leurs capacités risquent de les empêcher de procéder à la mise en œuvre immédiate de l'ensemble des aspects d'une telle approche.

Toutefois, la conception d'un plan du personnel de santé complet et fondé sur les droits ne devrait pas détourner l'attention des questions opérationnelles à court terme, et qui sont essentielles au bon fonctionnement des services de santé, telles que le renforcement de la capacité de laboratoire pour répondre aux épidémies de tuberculose et de VIH. Le fait d'attendre de disposer d'un plan pour procéder à de telles interventions aurait des implications au niveau des droits de l'homme, d'autant

¹¹ Judith Asher, *Le Droit à la Santé : Manuel Ressource à l'intention des ONG* (2004), page 4. Disponible à l'adresse : http://shr.aaas.org/pubs/rt_health/rt_health_maN.U.al.pdf.

plus que ce sont les populations pauvres et marginalisées qui sont le plus susceptibles d'être affectées par de tels décalages.¹²

Ce manuel se contente d'aborder une approche de la planification du personnel de santé fondée sur les droits. Par conséquent, il n'aborde pas d'autres variables importantes affectant les personnels de santé nationaux. Pour cette raison, les questions plus générales tels que les systèmes, les migrations internationales ou la « fuite des cerveaux » des agents de santé, et l'impact des politiques macroéconomiques (telles que celles prescrites ou influencées par le Fonds Monétaire International) sur les secteurs nationaux de la santé, seront abordées dans la limite à leur pertinence par rapport à la planification du personnel de santé.

¹² Projet du Millenium des N.U., *Document Final de l'Equipe sur la Santé Infantile et Maternelle: Qui détient le pouvoir ? Transformer les systèmes de santé pour les femmes et les enfants* (2005), page 35. Disponible à l'adresse <http://www.unmillenniumproject.org/documents/TF4Childandmaternalhealth.pdf>.

II. Fondement philosophique et juridique du Droit à la Santé

Par leur nature, les droits de l'homme sont universels, car ils découlent de la dignité inhérente à chaque personne.¹³ Un certain nombre de droits de l'homme sont impliqués dans l'approche de la planification du personnel de santé fondée sur les droits, car la réalisation du droit à la santé est tributaire de l'atteinte d'autres droits de l'homme, par exemple, le droit à l'alimentation, au logement, au travail, à l'accès à l'information et à la liberté de mouvement, entre autres.¹⁴ Ce manuel se focalise principalement sur le droit à la santé car ce dernier est fondamental pour l'exercice d'autres droits de l'homme et parce qu'il dépend de l'existence d'un personnel de santé qualifié, motivé, et accessible.

Le droit à la santé peut être interprété comme étant (1) un droit aux soins de santé (2) un droit à des conditions propices à une bonne santé. Il ne s'agit pas du droit d'être en bonne santé. La génétique, les choix et la vulnérabilité affectent autant la santé.¹⁵ Dans sa formulation la plus commune, c'est le droit au *meilleur état de santé possible*.

Les individus et les communautés sont des « détenteurs de droits » - ils détiennent ou revendiquent le droit à la santé ; les États et les autorités publiques sont des « débiteurs d'obligations » - ils ont le devoir de mettre en place les conditions pour la réalisation du droit à la santé dans la pratique. Le droit à la santé s'applique à toutes les personnes, dans tous les pays. C'est un droit universel, non négociable. Les Gouvernements doivent entreprendre les actions nécessaires pour progresser vers la réalisation de ce droit, qu'ils aient ratifié ou non les traités relatifs au droit à la santé, bien que certaines obligations spécifiques à ce droit ne s'appliquent qu'aux pays ayant

¹³ Audrey R. Chapman (Association américaine pour le progrès de la science), *Explorer une Approche de la Réforme des Systèmes de soins fondée sur les Droits de l'Homme* (1993), page 22. Certains ont remis en question l'universalité des droits de l'homme, ou de certains droits particuliers. Toutefois, le Droit International est sans équivoque quant à leur universalité. Voir, e.g., Déclaration de Vienne, Conférence mondiale sur les Droits de l'Homme, Vienne, 14 - 25 Juin, 1993, Doc N.U. A/CONF.157/24 (Part I) page 20 (1993), au para. 1 « La nature universelle de ces droits ne saurait être remise en question ». Disponible à l'adresse : <http://www1.umn.edu/humanrts/instree/I1viedec.html>.

¹⁴ Comité sur les droits économiques, sociaux, et culturels, *Observation Générale No 14, Le droit au meilleur état de santé possible*, Doc N.U. E/C.12/2000/4 (2000), au para 3. Disponible à l'adresse : <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/escgencom14.htm>.

¹⁵ Judith Asher, *Le Droit à la santé : Manuel Ressource à l'intention des ONG* (2004), page 17. Disponible à l'adresse : http://shr.aaas.org/pubs/rt_health/rt_health_maN.U.al.pdf.

ratifié les traités pertinents.¹⁶ La plupart des pays, dont les plus pauvres, ont déjà ratifié les traités pertinents.¹⁷

C'est dans le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC).¹⁸, en son article 12, que l'on retrouve la principale consécration du droit à la santé dans le droit du droit international humanitaire. Il y est défini en son article 12 (1) comme suit :

1. « Les États parties reconnaissent "le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mental qu'elle soit capable d'atteindre. »

L'article 12 (2) définit plusieurs obligations spécifiques des gouvernements :

2. « Parmi les mesures à prendre par les Etats parties au présent Pacte pour assurer la pleine réalisation de ce droit, figure :
 - (a) La diminution de la mortalité et de la mortalité infantile, ainsi que le développement sain de l'enfant ;
 - (b) L'amélioration de tous les aspects de l'hygiène du milieu et de l'hygiène industrielle;
 - (c) La prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies;
 - (d) La création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie.

On peut trouver une définition plus détaillée du droit à la santé dans L'Observation Générale No 14 *sur le droit au meilleur état de santé possible*. Ce document est une interprétation par le Comité sur les Droits Économiques, Sociaux et Culturels de l'article 12.¹⁹ Il fournit une explication faisant autorité sur les obligations des gouvernements et précise que le droit à la santé englobe à la fois le droit aux soins de

¹⁶ *Id.* page 4. Voir aussi Déclaration de Vienne, Conférence mondiale sur les Droits de l'Homme, Vienne, 14 - 25 Juin, 1993, Doc N.UA/CONF.157/24 (Part I) page 20 (1993), au para. 5 (« Tous les droits de l'homme sont universels, indissociables, interdépendants et intimement liés. La communauté internationale doit traiter des droits de l'homme globalement, de manière équitable et équilibrée, sur un pied d'égalité et en leur accordant la même importance. S'il convient de ne pas perdre de vue l'importance des particularismes nationaux et régionaux et la diversité historique, culturelle et religieuse, il est du devoir des Etats, quel qu'en soit le système politique, économique et culturel, de promouvoir et de protéger tous les droits de l'homme et toutes les libertés fondamentales. ») Disponible à l'adresse : <http://www1.umn.edu/humanrts/instree/l1viedec.html>.

¹⁷ Audrey R. Chapman (Association américaine pour le progrès de la science), *Explorer une Approche de la Réforme des Systèmes de soins fondée sur les Droits de l'Homme* (1993), page 7.

¹⁸ Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, A.G.res.2200A (XXI), 21 N.U.GAOR Supp. (No. 16) page 49, Doc N.UA/6316 (1966), 993, N.U.T.S. 3, *entré en vigueur le* 3 Jan 1976, art. 12 (*c'est nous qui soulignons*). Disponible à l'adresse : <http://www1.umn.edu/humanrts/instree/b2esc.htm>.

¹⁹ Comité sur les droits économiques, sociaux, et culturels, *Observation Générale No 14, Le droit au meilleur état de santé possible*, Doc N.UE/C.12/2000/4 (2000). Disponible à l'adresse : <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/escgencom14.htm>.

santé et aux « déterminants de la santé », c'est-à-dire, les conditions socio-économiques, notamment l'alimentation et la nutrition, le logement, l'eau potable et l'assainissement, des conditions de travail sûres et un environnement sain, éléments essentiels d'une vie saine.²⁰

Le PIDESC et les États doivent garantir que leurs lois nationales donnent effet aux droits contenus dans le PIDESC, bien qu'il « revienne à chaque État de définir la manière d'y arriver ». ²¹ Dans certains pays, la loi nationale (généralement la Constitution) donne automatiquement force de loi aux traités internationaux sur les droits de l'homme. D'autres pays votent de nouvelles lois qui reprennent les droits contenus dans le PIDESC ou amendent la législation existante, pour la rendre conforme à ces droits. Certains pays n'ont à ce jour rien fait pour intégrer le PIDESC dans leur loi nationale, ce qui pose un problème particulier pour la l'application de ces droits contenus dans le PIDESC au niveau des tribunaux.²² La loi nationale peut elle-même contenir un droit à la santé, et les juges devraient (même s'ils ne le souhaitent pas toujours) se fonder sur les obligations juridiques internationales pour interpréter les obligations des Gouvernements en matière de droits de l'homme.²³ Les tribunaux nationaux peuvent décider d'adopter une interprétation des droits différente de celle du PIDESC. Les décisions de la Cour Constitutionnelle d'Afrique du Sud, un pays dont la Constitution contient une clause relative au droit à la santé, a fait clairement savoir qu'elle ne jugeait pas les Observations Générales du PIDESC contraignantes en Afrique du Sud.²⁴

La dignité individuelle est un pilier du droit à la santé, qui est fait à la fois de libertés et de prérogatives. Parmi les libertés, il y a le droit de chaque personne de contrôler sa santé de disposer de son corps, et le droit de ne pas subir de traitement ou d'expérimentation médicale sans consentement. Tout individu a le droit d'accéder à un système de soins de santé équitable. Selon l'Observation Générale No 14, le droit à la santé doit être entendu comme étant un "droit de jouir de structures, de biens et services, et de conditions nécessaires à l'atteinte du meilleur état de santé possible."²⁵

²⁰ *Id.* au para 4.

²¹ Comité sur les droits économiques, sociaux, et culturels, *Commentaire Général No 9, Application du Pacte au niveau National* (dix neuvième session, 1998), Doc N.UE/C.12/1998/24 (1998), au para. 5. Disponible à l'adresse : <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/escgencom9.htm>.

²² *Id.* au para. 6.

²³ Rakeb Messele, *Application des Droits de l'Homme en Ethiopie* (2002), page 16. Disponible à l'adresse : <http://www.apapeth.org/Docs/ENFORCEMENT%20OF%20HR.pdf>.

²⁴ *Ministre de la Santé v. Treatment Action Campaign (No. 2)* (2002), Cour Constitutionnelle d'Afrique du Sud, CCT 8/02A, aux para. 26-39 (rejet du concept d'obligations fondamentales minimales), promulguée dans le Commentaire Général No 3 du Comité sur les droits économiques, sociaux, et culturels, en tant que droit autonome et indépendant par la Constitution Sud-Africaine). Disponible à l'adresse : <http://www.constitutionalcourt.org.za/>.

²⁵ Comité sur les droits économiques, sociaux, et culturels, *Observation Générale No 14, Le droit au meilleur état de santé possible*, Doc N.UE/C.12/2000/4 (2000), au para. 9. Disponible à l'adresse : <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/escgencom14.htm>.

III. Le Droit à la Santé : Points de Repères pour les Gouvernements

Il existe plusieurs points de repère essentiels et qui sont liés entre eux qui permettent de déterminer qu'un État avance effectivement vers la l'atteinte du droit à la santé :

- **Disponibilité** - Les structures fournissant des services de santé publique, des biens et services doivent être à la fois fonctionnelles et disponibles en quantité suffisante dans un pays, et selon son niveau de développement.
- **Accessibilité** - Les structures de santé, les biens et services doivent être accessibles à tous. L'accessibilité englobe la non-discrimination, l'accessibilité physique, économique (le caractère abordable) et l'accès à l'information.
- **Acceptabilité** - Les structures de santé, les biens et services doivent respecter l'éthique médicale et la dignité du patient. Elles doivent également respecter la culture des individus, des minorités, des peuples et des communautés, et être sensibles aux exigences des genres et du cycle de vie. Les structures de santé, les biens et services doivent protéger la confidentialité et viser à améliorer l'état de santé de toutes les personnes concernées.
- **Qualité** - Les structures de santé, les biens et services doivent être appropriés à la fois d'un point de vue scientifique et médical et être de bonne qualité. Il faut, pour ce faire, un personnel de santé qualifié et des médicaments approuvés scientifiquement et en cours de validité, ainsi que des équipements en bon état de fonctionnement, de l'eau salubre et potable et un assainissement adéquat.

Les normes en matière de droits de l'homme sur lesquelles s'appuie l'article 12 et qui se retrouvent également dans l'Observation Générale No 14 sont directement pertinentes pour tout processus de planification sanitaire, car elles servent de critères d'évaluation de plans ou de programmes potentiels.²⁶ Les ONG, les activistes et les décideurs peuvent s'appuyer sur ces critères pour déterminer si oui ou non, le processus, la substance et la mise en oeuvre de la planification sanitaire sont conformes aux obligations fondées sur les droits.

²⁶ Judith Asher, *Le Droit à la santé : Manuel Ressource à l'intention des ONGs (2004)*, page 29. Disponible à l'adresse : http://shr.aaas.org/pubs/rt_health/rt_health_maN.U.al.pdf.

IV. Obligations des Gouvernements

Ces obligations peuvent être déclinées en trois grandes catégories : *respect*, *protection* et *réalisation*.

- Les États sont sous l'obligation de *respecter* le droit à la santé ; il ne doivent pas bloquer l'accès égal aux soins de santé à toutes les personnes ou maintenir des politiques discriminatoires ou des pratiques coercitives susceptibles de constituer un obstacle à l'atteinte du droit à la santé, par exemple, en faisant de la rétention d'une information liée à la santé ou en présentant celle-ci de manière inexacte.
- Les États ont également l'obligation de *protéger* les individus et les communautés des mesures néfastes de tierces parties qui pourraient interférer avec le droit à la santé, par exemple, à travers la réglementation et l'application de normes de pratique pour le personnel médical et des normes environnementales.
- Les États ont l'obligation de *réaliser* le droit à la santé à travers l'adoption de politiques et de lois qui reconnaissent et donnent la priorité à la réalisation de ce droit. L'obligation de réaliser le droit à la santé spécifie que les États doivent « *se doter d'une politique nationale de santé comprenant un plan détaillé tendant à lui donner effet* ». ²⁷

Le droit au « meilleur état de santé possible » tient compte des disparités au niveau des ressources disponibles, et reconnaît que les pays ne jouissent pas du même niveau de développement, du même profil de santé, des mêmes moyens financiers et conditions sociales. Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels appelle tous les États à « agir, tant par leur effort propre que par l'assistance et la coopération internationales...au maximum de leurs ressources disponibles, en vue d'assurer progressivement le plein exercice des droits reconnus dans le Pacte²⁸. Par conséquent, les États sont tenus d'utiliser au maximum leurs ressources disponibles pour avancer vers la pleine réalisation du droit à la santé et des autres droits économiques, sociaux et culturels.

Quand est-ce qu'un pays honore t-il ses Obligations ?

Ce n'est pas le niveau absolu de ressources ou la différence entre ce niveau et les niveaux précédents qui permettent de savoir qu'un État remplit ses obligations pour ce qui est des ressources qu'il consacre à la réalisation du droit à la santé - même si ces deux mesures peuvent être de bonnes indications - La véritable mesure, c'est le niveau de priorité que cet État accorde au droit à la santé et à d'autres droits, en

²⁷ Comité sur les droits économiques, sociaux, et culturels, *Observation Générale No 14, Le droit au meilleur état de santé possible*, Doc N.U. E/C.12/2000/4 (2000), au para. 36 (c'est nous qui soulignons). Disponible à l'adresse : <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/escgencom14.htm>.

²⁸ Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, A.G.res.2200A (XXI), 21 N.U.GAOR Supp. (No. 16) page 49, Doc N.UA/6316 (1966), 993, N.U.T.S. 3, *entré en vigueur* le 3 Jan. 1976, art. 2. Disponible à l'adresse : <http://www1.umn.edu/humanrts/instreet/b2esc.htm>.

consacrant le *maximum* de ses ressources disponibles à leur réalisation. L'observation Générale No 14 explique que, lorsque des contraintes au niveau des ressources empêchent un État de réaliser pleinement ses obligations aux termes du Pacte, cet État « a la charge de démontrer qu'il n'a négligé aucun effort pour exploiter toutes les ressources à sa disposition en vue de s'acquitter à titre prioritaire des obligations indiquées ci-dessus. » Les États qui n'agissent pas de la sorte sont en violation de leurs obligations relatives au droit à la santé.²⁹

Et même les États qui consacrent le maximum de leurs ressources disponibles auront des niveaux de ressources disponibles très différents. C'est pour cette raison que le concept de *réalisation progressive* est appliqué au droit à la santé. Ce concept reconnaît que les pays, notamment ceux en voie de développement, peuvent être limités au niveau des capacités et donc, ne pas être en mesure de mettre en œuvre leurs obligations relatives au droit à la santé. Par conséquent, il fait preuve de souplesse en ce qui concerne la manière et le délai de mise en œuvre selon les situations particulières de chaque pays.³⁰ Toutefois, la réalisation progressive ne saurait être une excuse à l'inaction. Les États doivent « progresser, le plus rapidement et le plus efficacement possible, vers la réalisation pleine et entière du droit à la santé ». ³¹

Quelles sont les Obligations Fondamentales ?

Les obligations fondamentales ne sont pas concernées par la réalisation progressive - elles doivent être réalisées immédiatement, nonobstant la rareté des ressources,³² car

²⁹ Comité sur les droits économiques, sociaux, et culturels, *Observation Générale No 14, Le droit au meilleur état de santé possible*, Doc N.UE/C.12/2000/4 (2000), au para. 47.

Disponible à l'adresse : <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/escgencom14.htm>.

³⁰ Judith Asher, *Le Droit à la santé : Manuel Ressource à l'intention des ONG (2004)*, pages 22-23. Disponible à l'adresse : http://shr.aaas.org/pubs/rt_health/rt_health_maN.U.al.pdf.

³¹ Comité sur les droits économiques, sociaux, et culturels, *Commentaire Général No 3, La nature des obligations des États parties* (cinquième session, 1990), Doc N.UE/1991/23, annexe III page 86 (1991), au para 10. Disponible à l'adresse : <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm3.htm>.

³² « Toutefois, il convient de souligner, qu'un État partie ne peut, en aucun cas, justifier le non respect de ses obligations fondamentales . . . qui n'admettent aucune dérogation. » Comité sur les droits économiques, sociaux, et culturels, *Observation Générale No 14, Le droit au meilleur état de santé possible*, Doc N.UE/C.12/2000/4 (2000), at para. 47. Disponible à l'adresse : <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/escgencom14.htm>. Cette position est encore plus forte que celle adoptée par le Comité sur les droits économiques, sociaux, et culturels dans son Commentaire Général No 3, en parlant des obligations des États parties : « Le Comité tient à souligner cependant que, même s'il est démontré que les ressources disponibles sont insuffisantes, l'obligation demeure, pour un Etat partie, de s'efforcer d'assurer la jouissance la plus large possible des droits pertinents dans les circonstances qui lui sont propres. En outre, le manque de ressources n'élimine nullement l'obligation de contrôler l'ampleur de la réalisation, et plus encore de la non-réalisation, des droits économiques, sociaux et culturels, et d'élaborer des stratégies et des programmes visant à promouvoir ces droits » Comité sur les droits économiques, sociaux, et culturels, *Commentaire Général No 3, La nature des obligations des États parties* (cinquième session, 1990), Doc N.U. E/1991/23, annexe III page 86 (1991), aux paras. 10-11. Disponible à l'adresse : <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm3.htm>. Ce changement est intervenu après l'adoption des Directives de Masstricht en 1997. Elles stipulent que : « ces obligations

elles constituent des normes minimales en matière de soins de santé nécessaires à la bonne santé et pour éviter la « mortalité évitable ». »³³ Selon le Comité sur les droits Économiques, Sociaux et Culturels, sans de telles obligations minimales fondamentales, le Pacte « serait dépourvu en grande partie de sa raison d'être ». »³⁴ Tous les États ont le devoir immédiat de progresser, de manière délibérée, vers la réalisation de leurs obligations au travers, par exemple, de mesures législatives, politiques et réglementaires, en y consacrant suffisamment de ressources pour rendre ces mesures effectives .³⁵

Pour remplir leurs obligations fondamentales, les gouvernements doivent :

- garantir le droit d'accès aux structures de santé, aux biens et services, notamment aux groupes vulnérables et marginalisés ;
- garantir l'accès à une alimentation sûre et adéquate du point de vue nutritionnel ;
- garantir l'accès à un logement de base, au logement, à l'assainissement et à l'eau potable ;
- fournir les médicaments essentiels ;
- garantir une répartition équitable des structures de santé, des biens et services, et ;
- adopter une stratégie nationale en matière de santé et un plan d'action.³⁶

Les Gouvernements ont également l'obligation de :

- garantir des soins de santé reproductive, maternelle et infantile ;
- fournir des vaccins contre les principales maladies infectieuses ;
- prendre des mesures pour prévenir, traiter et contrôler les maladies épidémiques et endémiques ;
- fournir une éducation sanitaire et assurer l'accès à l'information sur les principaux problèmes de santé de la communauté ; et
- apporter une formation appropriée au personnel de santé, notamment sur les questions de santé et de droits de l'homme.³⁷

minimales fondamentales s'appliquent indépendamment de la disponibilité des ressources dans le pays concerné ou de tous autres facteurs ou difficultés ». Directives de Maastricht sur les Violations des droits Économiques, Sociaux et Culturels (Maastricht, 22-26 Janvier, 1997, au para. 9. Disponible à l'adresse :

http://www1.umn.edu/humanrts/instree/Maastrichtguidelines_.html.

³³ Judith Asher, *Le Droit à la santé : Manuel Ressource à l'intention des ONG* (2004), page 50. Disponible à l'adresse : http://shr.aaas.org/pubs/rt_health/rt_health_maN.U.al.pdf.

³⁴ Comité sur les droits économiques, sociaux, et culturels, *Commentaire Général No 3, La nature des obligations des États parties* (cinquième session, 1990), Doc N.UE/1991/23, annexe III page 86 (1991), au para 10. Disponible à l'adresse :

<http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm3.htm>.

³⁵ Judith Asher, *Le Droit à la santé : Manuel Ressource à l'intention des ONG s*(2004), page 50. Disponible à l'adresse : http://shr.aaas.org/pubs/rt_health/rt_health_maN.U.al.pdf.

³⁶ Comité sur les droits économiques, sociaux, et culturels, *Observation Générale No 14, Le droit au meilleur état de santé possible*, Doc N.UE/C.12/2000/4 (2000), au para. 43. Disponible à l'adresse : <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/escgencom14.htm>.

³⁷ *Id.* au para 44.

V. Un Plan National pour le Personnel de Santé: Un Droit à l'Impératif de Santé

La création et la mise en œuvre d'un plan national pour le personnel de santé est une étape essentielle vers la réalisation du droit à la santé, notamment lorsque le personnel de santé est en nombre insuffisant pour répondre aux besoins essentiels et en perpétuelle évolution de la population. Parmi les obligations minimales fondamentales d'un État pour réaliser le droit à la santé, figure celle « ...d'adopter et de mettre en œuvre une stratégie nationale en matière de santé publique et un plan d'action. »³⁸ Le personnel de santé joue un rôle central dans la réussite de toute stratégie globale de santé et d'un plan d'action. Par conséquent, toute stratégie de santé publique devra comporter un plan pour le personnel de santé. Pour cette raison, la création et la mise en œuvre d'un plan national pour le personnel de santé doivent être inscrites comme priorité majeure dans les programmes des États.

Le processus d'élaboration d'un tel plan est critique à sa réussite.³⁹ Un plan élaboré sans une approche fondée sur les droits aura peu de chances d'aboutir à une amélioration durable de la santé des groupes pauvres, marginalisés et vulnérables ; il ne répondra pas non plus aux besoins et préoccupations identifiées par les agents de santé eux-mêmes. La fidélité à une approche fondée sur les droits au cours du processus de planification lui-même, notamment l'adhésion aux principes de participation, d'égalité et de non-discrimination, permettront d'intégrer au plan les critères de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité.

Les deux sections à suivre vont aborder les principes clé des droits de l'homme tels que la participation, l'équité et la non-discrimination (essentiels à la promotion effective et à la protection du droit à la santé) par rapport à la planification du personnel de santé.⁴⁰

³⁸ *Id.* au para. 43 (f).

³⁹ Charles O. Oyaya & Susan B. Rifkin, « Réformes du Secteur de la Santé au Kenya: Une Etude de la planification au niveau du District. » *Politique de Santé* (2003) 64: 113-127.

⁴⁰ Virginia Leary, « Le Droit à la Santé dans le Droit International. » *Santé et Droits de l'Homme* (1994) 1(1). Disponible à l'adresse : <http://www.hsph.harvard.edu/xfbcenter/V1N1leary.htm>.

VI. Participation: Qui est impliqué dans l'Elaboration du Plan ?

La participation est un élément fondamental du droit au meilleur état de santé possible. Le droit à la santé non seulement accorde de l'importance à la réduction du fardeau de la mauvaise santé, il souligne également l'importance de processus démocratiques et inclusifs devant permettre l'atteinte de cet objectif.

- Paul Hunt, Rapporteur Spécial des NU sur le Droit à la Santé⁴¹

Le droit à la santé concerne non seulement le contenu d'une stratégie de santé, et la manière dont cette dernière est mise en œuvre, mais également le processus par lequel elle est développée. Un tel processus ne devrait pas se résumer à un ensemble de politiques dictées par les autorités gouvernementales. Au contraire, ce processus doit être participatif, c'est-à-dire que les personnes dont les droits seront affectés par ces politiques - dans le cas des plans du personnel de santé, tout le monde est affecté - devront avoir une véritable possibilité de s'impliquer dans l'élaboration et l'évaluation de ces politiques. Cela ne veut pas dire que tous les citoyens seront impliqués dans l'élaboration de la stratégie (cela ne serait tout simplement pas pratique). Plutôt, cela signifie que le plan prend effectivement en charge les préoccupations et les besoins des populations, qui n'auront pas été simplement résumés, mais directement recueillis. Cela peut se faire de plusieurs manières : en demandant par exemple à une équipe inclusive de mener l'élaboration de la stratégie, en organisant des forums aux niveaux communautaire et national ouverts au public pour discuter du plan ; en organisant des consultations avec des ONG, des associations de professionnels de la santé, et d'autres entités représentant certains intérêts et points de vue, en menant des enquêtes d'opinion auprès des usagers ordinaires du système de santé et des populations marginalisées, des agents de santé, sur leurs perspectives et leurs besoins, et en leur permettant de faire des suggestions et des feedbacks écrits.

Il convient ici de noter un modèle de participation intéressant, car il donne une autorité considérable à la société civile et aux agents de santé eux-mêmes : les conseils de la santé qui sont démocratiquement élus et présents dans plusieurs pays. Ils offrent à la société civile une tribune pour s'exprimer sur la planification sanitaire. Dans certains cas, ces conseils de la santé sont investis de pouvoirs de prise de décision, entre autres, ceux d'approuver des plans et des budgets et de servir de mécanismes de gestion des plaintes. Au Brésil par exemple, ce sont les conseils de la santé municipaux qui approuvent les plans de santé et les budgets, une moitié de leurs membres étant issue de la société civile, et l'autre moitié étant composée d'un mélange de travailleurs de la santé, de responsables gouvernementaux et de prestataires de services sous-traitants. Les réunions mensuelles sont ouvertes au

⁴¹ Paul Hunt, *Quelques Observations finales sur la Participation et le Droit au meilleur état de santé possible*, Troisième Conférence Nationale sur la Santé, Pérou: Participation Civile et Droit à la Santé, 12 Juillet 2006. Disponible à l'adresse : http://www2.essex.ac.uk/human_rights_centre/rth/docs/PH's%20draft%20for%20Juillet%2006%20Pérou.doc.

public.⁴² Dans le contexte de la planification du personnel de santé, les équipes développant le plan, tels que ces conseils de la santé, devraient être composées de différents secteurs du gouvernement, de représentants de la société civile, et de travailleurs de la santé.

Cette obligation est d'une pertinence particulière pour les processus de planification sanitaire des pays. L'Observation Générale No 14 souligne que la « participation de la population dans les prises de décisions liées à la santé aux niveaux communautaire, national et international » est « ...un autre aspect important du droit à la santé ». ⁴³ De plus, le Comité a stipulé que la « participation populaire aux décisions politiques liées au droit à la santé prises aux niveaux communautaire et national » constitue un élément important pour créer les conditions d'un accès aux structures de santé, ainsi qu'aux biens et services.⁴⁴ L'Observation Générale No 14 identifie la planification sanitaire participative en tant qu'élément essentiel du droit à la santé. Les États parties ont l'obligation de :

« ...adopter et mettre en œuvre au niveau national une stratégie et un plan d'action en matière de santé publique, reposant sur des données épidémiologiques et répondant aux préoccupations de l'ensemble de la population dans le domaine de la santé; cette stratégie et ce plan d'action seront mis au point et examinés périodiquement dans le cadre d'un processus participatif et transparent... »⁴⁵

La valeur de la participation

En tant que dimension critique du droit à la santé, la participation est un élément précieux pour plusieurs raisons :

- La participation est une condition nécessaire pour garantir des services de santé qui répondent effectivement aux besoins des communautés à qui ils sont destinés. Elle leur donne en effet l'occasion d'exprimer leurs besoins et leurs attentes. Les personnes recevant ou fournissant des services de santé sont mieux à même de dire si leurs besoins ont été satisfaits, et comment ils pourraient l'être, le cas échéant.
- Grâce à la participation des travailleurs de la santé, les plans pourront mieux prendre en charge leurs besoins. Voici comment un médecin Kenyan souligne le décalage décourageant entre les attentes et la qualité des soins dans un contexte de forte limitation des ressources :

⁴² Helen Potts, *Responsabilité et Droit au meilleur état de santé possible* (2008), at 22.

Disponible à l'adresse :

http://www2.essex.ac.uk/human_rights_centre/rth/docs/HRC_Accountability_Mar08.pdf.

⁴³ Comité sur les droits économiques, sociaux, et culturels, *Observation Générale No 14, Le droit au meilleur état de santé possible*, Doc N.U E/C.12/2000/4 (2000), au para. 11.

Disponible à l'adresse : <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/escgencom14.htm>.

⁴⁴ *Id.* au para. 17.

⁴⁵ *Id.* au para. 43 (f).

Il n'y a rien de plus démotivant pour un travailleur [de la santé] que de se retrouver dans un bureau sans aucune ressource pour faire son travail. La plupart d'entre nous avons travaillé dans des hôpitaux où nous avons dû réutiliser des gants à l'époque du VIH. Nous avons travaillé dans des salles d'accouchement et d'opération où les autoclaves pouvaient tomber en panne pendant plusieurs jours, et pourtant, l'on nous demande de fournir des services de maternité sans risques.

- Un médecin, Kenya⁴⁶

Il est crucial d'inclure les points de vue des agents de santé afin que les ressources renforcent directement leur capacité à faire leur travail, ce qui est fondamental pour les motiver et les garder.

- On ne saurait séparer la participation des autres droits fondamentaux, notamment l'égalité et la non-discrimination. La nature et le niveau de participation sont décisifs pour la réalisation de ces droits dans le cadre du plan en cours d'élaboration.⁴⁷ En participant au processus de planification, les communautés peuvent également exercer une influence sur les ressources et, en dernière instance, sur l'accès aux soins de santé. La participation permet de focaliser l'attention sur la fourniture inéquitable ou insuffisante des ressources et de faire en sorte que les processus de planification soient engagés et mis en œuvre d'une façon équitable et non-discriminatoire. Si les populations marginalisées- les personnes handicapées, par exemple - ont la possibilité de participer à la planification du personnel qui répondra - ou non - à leurs besoins, ceux-ci auront plus de chances d'être pris en charge dans le processus de planification, et d'être satisfaits dans le cadre de la stratégie sanitaire qui en découlera.
- En contribuant au processus de planification et en étant sensibilisées par le biais de la participation, les populations sauront ce qu'elles peuvent attendre des services de santé, mieux juger de la satisfaction de ces attentes et prendre ensuite des mesures par le biais des représentants de la communauté et du gouvernement, des médias, et entreprendre toute autre action allant dans le sens de combler des déficiences.
- Ce processus de participation permet d'autonomiser les populations et les communautés en leur offrant une tribune pour contribuer aux processus affectant leurs vies.
- Il est nécessaire d'identifier les besoins en matière de santé de la communauté et de mettre en œuvre des programmes pour y répondre. Cela permet en outre d'établir ou de rétablir la confiance entre le public et le secteur de la santé. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) reconnaît que cette relation de confiance est essentielle pour bâtir des systèmes de santé qui fonctionnent et qui soient bien adaptés. L'OMS en appelle explicitement à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un plan du personnel de santé qui promeuve la confiance entre les

⁴⁶ Communication personnelle de Dr. Burton Wagacha, Coordonnateur Santé, Programme Réfugiés, Kenya, 6 Juillet 2006.

⁴⁷ Barbara Klugman, *Responsabilité et Participation en Afrique* (2006), at 1.

citoyens et les travailleurs de la santé, notamment à travers l' « [établissement] de processus de prise de décisions qui soient perçus comme justes et inclusifs. »⁴⁸ A travers cette participation, les membres de la communauté pourront interagir avec les travailleurs de la santé, prendre conscience des contraintes et défis auxquels les agents de santé et le système de santé dans son ensemble font face, et sentir qu'ils ont eu une véritable occasion de développer un personnel de santé qui favorise la satisfaction de leurs besoins.

- L'implication du grand public dans la planification du personnel de santé, et du secteur de la santé de façon générale, est une condition nécessaire pour que les plans prennent en charge l'implication des communautés dans la promotion de la santé et des systèmes de santé.⁴⁹ Par exemple, quel rôle le personnel de santé jouera-t-il dans la promotion de la connaissance sanitaire au sein de la population dans son ensemble ? Quels seront les liens entre les communautés et le secteur formel de la santé (y compris entre les services de santé et les services sociaux communautaires) et qui assureront la continuité des soins ; comment le plan peut-il amener les agents de santé à connaître ces services communautaires et à être sensibles aux besoins et préoccupations locales ? Comment les agents de santé peuvent-ils appuyer les soignants non professionnels ?
- La participation et ses acteurs sont un très bon indicateur de la société. Elle est un engagement positif qui prouve que les contributions des populations comptent. Ceci est particulièrement vrai des groupes pauvres et marginalisés, qui souvent, sont mis à l'écart des processus de prises de décisions concernant la fourniture de leurs services de santé.

Ce que la participation implique

La participation ne doit pas être une politique de pure forme,⁵⁰ ou une approche symbolique ou consistant tout simplement à « cocher une case » pouvant être utilisée pour donner l'impression d'une participation ou pour légitimer un projet ou une politique particulière. Elle devrait être représentative, réunir une grande diversité de personnes et de points de vue, et non pas un grand nombre de personnes toutes issues d'un seul secteur de la société.

Il est important de s'assurer que les points de vue de la communauté et des parties prenantes ne sont pas simplement sollicités, mais également respectés et intégrés aux processus de prise de décisions. La participation est bien définie comme suit :

⁴⁸ Organisation Mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde 2006: Travailler ensemble pour la santé* (2006), page 121. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/whr/2006/en/index.html>.

⁴⁹ Stratégie de Santé de l'Afrique 2007-2015, au para. 74-78. Adoptée à la Troisième Session de la Conférence des Ministres de la Santé de l'Union Africaine, à Johannesburg, Afrique du Sud, 9-13 Avril 2007. Disponible à l'adresse : http://www.africa-union.org/root/UA/Conferences/2007/avril/SA/9-13%20avr/doc/en/SA/AFRICA_HEALTH_STRATEGY_FINAL.doc.

⁵⁰ UNICEF, *Fiche technique: Droit à la Participation*, <http://www.unicef.org/crc/files/Right-to-Participation.pdf>. Dernière modification 15 Déc. 2005.

*Faire intervenir des partenariats véritables et volontaires entre les différentes parties prenantes dans les communautés, les services de santé et d'autres secteurs ; sur la base d'un engagement partagé, d'une contribution, d'une appropriation, d'un contrôle, d'une responsabilité par rapport à des valeurs profitant à tous, d'objectifs, de plans, de ressources et d'actions autour de la santé.*⁵¹

Pour que la participation aille au-delà de la simple consultation et devienne un processus plus réciproque, elle doit être 1) valablement informée et 2) dotée des ressources adéquates.

La participation devrait être valablement informée

Je dirais que les politiques [de santé] sont généralement imposées (ce n'est pas joli comme terme, mais il décrit bien la réalité d'une poignée d'experts détachés des contextes qui mettent en place/suggèrent des solutions aux problèmes des 'autres'). Selon moi, c'est cela le véritable processus de prise de décisions.

*- Dr. Jaime Miranda, Civil Association for Health and Human Rights Education (EDHUCASalud), Lima, Pérou*⁵²

Si la participation peut être officiellement appuyée et adoptée en tant que politique, sa mise en œuvre effective dans la planification sanitaire ou dans l'élaboration de politiques est souvent très limitée. Pour réaliser le droit à la participation, les parties prenantes doivent être valablement informées et, le cas échéant, assistées pour comprendre les décisions techniques ayant un impact sur la santé. Historiquement, la participation à la planification sanitaire a toujours été un processus particulièrement vertical, et caractérisé par une approche hiérarchique de prise de décisions, et orienté vers l'aspect clinique, risquant ainsi d'exclure purement et simplement les groupes pauvres et marginalisés.

Il faut repenser la participation à la planification sanitaire de sorte à reconnaître et valoriser les contributions de la communauté, au lieu de considérer celles-ci comme non-scientifiques et non-informées, comme cela a trop souvent été le cas.⁵³ Les décideurs ont la responsabilité de garantir que la participation de la communauté soit informée, et que cette dernière possède la capacité, l'organisation, l'information et le « langage » pour s'engager de manière efficace dans les discussions autour de la politique et de la planification sanitaires.⁵⁴ Au besoin, il faudra distribuer des documents essentiels à l'avance, expliquer directement l'impact dans la vie réelle des décisions et des politiques techniques, et encourager les participants à poser des questions dans une atmosphère d'ouverture, non-intimidante, à l'exclusion de tout

⁵¹ Rene Loewenson (EQUINET/TARSC), *Rapport du TARSC/ Réunion Régionale d'Equinet sur la Participation Publique en Santé, en coopération avec le CRDI (Canada) et l'OMS (AFRO/HSSD), Séries Politiques d'Equine tNo. 5* (2000).

⁵² Communication personnelle de Dr. Jaime Miranda, Civil Association for Health and Human Rights Education (EDHUCASalud), Lima, Pérou.

⁵³ Rene Loewenson, *Participation et Responsabilité dans les Systèmes de Santé : Le Chaînon manquant de l'égalité* (2000), page 10. Disponible à l'adresse <http://www.equinet africa.org/bibl/docs/partic&account.pdf>.

⁵⁴ *Id.*

jugement, donnant ainsi aux membres de la communauté le temps d'exprimer leurs points de vue. Cela permettra notamment aux représentants de la communauté de jouer un rôle plus actif, plus informé et plus efficace dans la planification du personnel de santé, et ainsi mieux défendre les intérêts de leurs communautés.

Les agents de santé et les décideurs pour leur part, peuvent ignorer la valeur de la participation des citoyens dans les décisions concernant la santé, ou ce qu'elle implique. Pour rendre possible ce genre d'engagement informé, il faudra entre autres :

- Sensibiliser les professionnels de la santé, les experts techniques et les décideurs au droit à la santé dans le contexte d'autres droits économiques, sociaux et culturels, et particulièrement, au droit des populations de participer aux prises de décisions concernant la santé.
- Des citoyens, qu'ils soient usagers ou fournisseurs de services de santé, informés de leur droit d'apporter leur contribution et d'exiger la conformité des stratégies du personnel de santé avec les obligations pertinentes.
- Apporter aux membres et représentants de la communauté une « autonomisation technique »,⁵⁵ pour leur permettre de comprendre et d'influencer la planification du personnel et la fourniture des services.

Ressources rendant la participation possible

Pour assurer une participation significative, des ressources spécifiques doivent être allouées à cette fin. La participation à la planification sanitaire ne sera érigée en droit de manière spontanée. Pour ce faire, il faut une volonté politique et engager des ressources afin de permettre aux parties prenantes de prendre part à toutes les étapes du processus de planification du personnel sanitaire, y compris l'élaboration du plan, sa mise en œuvre et son suivi. Certes, le processus visant à faciliter la participation variera nécessairement, mais sans élaboration ni adhésion à des engagements politiques et budgétaires explicites, la participation ne fonctionnera pas.

Présenter différents points de vue

*La capacité effective des communautés à participer à la définition et la mise en œuvre des programmes de santé a été limitée par des contraintes au niveau des ressources, des hiérarchies professionnelles et sociales rigides, ainsi que par des modèles de santé publique portés sur des comportements individuels et des interventions curatives et biomédicales. La discrimination fondée sur le genre, la race et les classes sociales joue également un rôle.*⁵⁶

- Organisation Mondiale de la Santé

⁵⁵ Carmen Baez & Peter Barron, *La Voix des Communautés et le Rôle des Systèmes de Santé des districts en Afrique australe et orientale : Une Revue de la littérature. Document de travail, EQUINET 39* (Juin 2006), at 35. Disponible à l'adresse : <http://www.equinet africa.org/bibl/docs/DIS39GOVbaez.pdf>.

⁵⁶ Organisation Mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde 2004: Changer le cours de l'Histoire*. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/whr/2004/chapter3/en/print.html>.

La participation dans les systèmes de santé se fait à plusieurs niveaux. Elle reflète les rapports de force et d'influence au sein et entre les communautés. Les élites locales ou des groupes d'intérêt médicaux plus puissants pourraient bénéficier des réformes politiques au détriment de populations moins organisées ou plus marginalisées, telles que les personnes vivant en état de pauvreté, les jeunes, les communautés rurales et les personnes handicapées.⁵⁷

L'OMS, ainsi que d'autres organisations, reconnaissent qu'une approche multilatérale et multisectorielle doit servir de principe directeur pour la formulation de stratégies nationales du personnel de santé. Un processus de planification inclusif doit englober les ministères concernés (par exemple, les ministères de la santé, des finances et de l'éducation) et les groupes d'intérêt tels que les ONG, les associations de malades, les associations de professionnels et les comités de coordination des donateurs.⁵⁸

Par ailleurs, il est crucial de prendre des mesures pour identifier minutieusement les groupes qui sont généralement marginalisés dans les processus de planification sanitaire et de renforcer leur capacité de participation au développement, au contenu et à la mise en œuvre de telles stratégies.⁵⁹ L'implication des citoyens ordinaires et des groupes vulnérables cités plus haut dans la planification du personnel de santé est essentielle à la réalisation du droit à la santé et au développement de services de santé durables et de qualité, répondant aux besoins des communautés.⁶⁰

a. Personnes vivant avec le VIH/SIDA

L'implication des personnes vivant avec le VIH/SIDA est le socle d'interventions éthiques et efficaces contre le VIH/SIDA.⁶¹ Les personnes vivant avec le VIH/SIDA doivent être impliquées à toutes les phases de prise de décisions. Ces personnes sont mieux placées pour informer les processus de prise de décisions et pour faire part de leurs besoins spécifiques. Toutefois, la stigmatisation et l'absence de clauses explicites garantissant la participation, peuvent empêcher ces personnes de participer aux processus de prise de décisions, diminuant ainsi les chances de voir leurs droits et leurs besoins pris en compte.⁶² Le niveau d'organisation du personnel de santé, sa répartition, les services de santé communautaires, et les rôles des différents agents de santé auront un impact considérable sur l'ensemble des services de santé liés au VIH.

⁵⁷ Rene Loewenson, *Participation et Responsabilité dans les Systèmes de Santé : Le Chaînon manquant de l'égalité* (2000), at 6. Disponible à l'adresse <http://www.equinet africa.org/bibl/docs/partic&account.pdf>.

⁵⁸ Mario R. Dal Poz, et al. « Surmonter la crise du personnel de santé : Vers une approche commune. » *Des Ressources Humaines pour la Santé* (3 Août, 2006) 4:21 page 3. Disponible à l'adresse : <http://www.human-resources-health.com/content/4/1/21>.

⁵⁹ Barbara Klugman, *Responsabilité et Participation en Afrique* (2006), page 21.

⁶⁰ Carmen Baez & Peter Barron, « La Voix des Communautés et le Rôle des Systèmes de Santé des districts en Afrique australe et orientale : Une Revue de la littérature ». *Document de travail, EQUINET 39* (Juin 2006), page 35. Disponible à l'adresse : <http://www.equinet africa.org/bibl/docs/DIS39GOVbaez.pdf>.

⁶¹ ONUSIDA, *Plus Grande Implication des Personnes Vivant avec le VIH - GIPA* http://www.ONUSIDA.org/en/Issues/Affected_communities/gipa.asp, consultée le 8 Fév. 2008.

⁶² Madeleen Wegelin-Schuringa & Evelien Kamminga, « L'eau et l'Assainissement dans le contexte du VIH/SIDA : Le Droit d'Accès dans les pays pauvres en ressources. » *Droit à la santé et droits de l'homme* (2006) 9:152-172, page 163.

Professionnels de la santé et séropositivité : la participation à la planification sanitaire est une manière d'affirmer le rôle et les droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Mais elle est également particulièrement importante pour forger des ressources humaines nationales en vue de stratégies qui intègrent et reconnaissent le rôle des fournisseurs de services de santé séropositifs dans la fourniture de ces mêmes services. Vu le manque criard de personnel de santé bien formé et la forte prévalence du VIH parmi le personnel de santé en Afrique Sub-saharienne (d'après une étude, près de 16 % des professionnels de la santé en Afrique du Sud sont séropositifs⁶³), les contributions du personnel de santé séropositif sont essentielles pour une bonne prestation de services. Le maintien en poste de ces travailleurs dépendra dans une large mesure du degré de satisfaction de leurs besoins (par exemple, l'existence de services médicaux et de soutien confidentiels, ainsi que des horaires de travail flexibles pour permettre les visites du médecin) et d'un environnement de travail favorable et non-discriminatoire. La participation du personnel de santé séropositif aux processus de planification nationale du personnel sanitaire est essentielle pour faciliter une prise en charge totale de ces questions importantes.

b. Usagers ordinaires du système de santé, notamment les habitants pauvres des zones rurales et autres groupes marginalisés.

Pour les usagers de la santé, les stratégies nationales du personnel de santé auront réussi s'ils reçoivent des soins de santé individualisés, de qualité, en temps utile et de manière appropriée. Les plans nationaux du personnel de santé doivent aller au delà des considérations managériales et techniques pour englober les points de vue des usagers de la santé,⁶⁴ notamment les personnes pauvres vivant en zones rurales et d'autres populations marginalisées, telles que les minorités ethniques. Ces groupes sont souvent les plus défavorisés en termes d'accès aux services de santé, et ils ont moins de chances d'être entendus dans les processus de politique et de planification. La participation des usagers du système de santé peut se faire sous plusieurs modalités : groupes de réflexion, réunions au niveau communautaire ; inclusion d'équipes d'animation. Toutes les contributions réunies à travers ces forums ont un rôle légitime dans la définition même du plan du personnel de santé. Toutes les personnes ne pouvant pas participer, les ONG (telles que les organisations des usagers de la santé) et d'autres représentants de la société civile ont un rôle important à jouer. En participant, ces organisations peuvent faire en sorte que les préoccupations et les points de vue des usagers de la santé soient reflétés dans les plans du personnel de santé.

c. Premiers prestataires de soins

⁶³ Olive Shisana, et al. (Conseil pour la Recherche en Sciences Humaines, Université médicale d'Afrique du Sud & Conseil pour la Recherche médicale d'Afrique du Sud), *L'Impact du VIH/SIDA sur le secteur de la Santé. Etude Nationale sur le personnel de santé, les malades ambulatoires et hospitalisés, et les Structures de santé, 2002* (2003), page 34. Téléchargeable gratuitement à l'adresse : <http://www.hspress.ac.za/product.php?mode=search&page=1&freedownload=1&productid=1986>.

⁶⁴ Organisation Mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde 2006: Travailler ensemble pour la santé* (2006), page 120. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/whr/2006/en/index.html>.

Les prestataires de services de santé sont mieux placés pour définir les outils et les conditions nécessaires pour livrer aux malades des soins de qualité et en temps utile :

Notre capacité à délivrer des services de santé serait améliorée par un environnement propice, des infrastructures de base adéquates, une bonne gestion des fournitures médicales, une rémunération meilleure et régulière, ainsi que des opportunités de poursuivre des études et une formation.⁶⁵

- Un médecin, Meru, Kenya

Il faudrait impliquer les travailleurs de la santé, dans la diversité de leurs catégories et à différentes étapes de leurs carrières, afin de rassembler plusieurs points de vue . Les médecins débutants auront des points de vue et des expériences différentes par rapport aux médecins plus anciens. Étant donné que beaucoup de médecins changent de poste tôt dans leurs carrières, les contributions des jeunes médecins à la planification du personnel sont particulièrement précieuses.

d. Soignants à domicile et agents de santé communautaires

L'ONUSIDA a récemment estimé que 90 % des soins aux personnes vivant avec le SIDA se font à domicile.⁶⁶ Cela répond certainement à un besoin, mais correspond parfois à une préférence,⁶⁷ car les soins à domicile- et communautaires, existent, mais au lieu d'être intégrés et reconnus par les systèmes de santé formels, les soignants communautaires - qu'il s'agisse d'agents de santé communautaires, de volontaires ou de membres de la famille - comblent les manquements des systèmes de santé publique pour fournir des services de santé à leurs concitoyens. Toutefois, parce que ces fournisseurs de soins de santé ne sont pas intégrés aux systèmes de santé formels, les politiques conçues pour améliorer les conditions de service et la compensation, et élargir les opportunités de formation et d'autres avantages pour les agents de santé n'atteindront pas nécessairement les agents de santé communautaires.⁶⁸ Pour surmonter cette invisibilité, il faudra inclure les agents de santé communautaires dans la planification du personnel de santé. Cela est crucial pour préserver les droits des soignants et ceux de leurs patients - par exemple, en apportant la formation nécessaire, la supervision et l'équipement (trousses de soins à domicile et médicaments de base) pour assurer la conformité avec les normes établies en matière de soins,⁶⁹ normes qui pourront également être développées dans le cadre du processus de planification du personnel de santé.

⁶⁵ Communication personnelle de Dr. Bactrin M. Killingo, Meru Hospice, Meru, Kenya, 13 Juillet 2006.

⁶⁶ ONUSIDA, *Rapport 2004 sur l'épidémie du SIDA* (2004), at 118. Disponible à l'adresse : http://www.ONUSIDA.org/bangkok2004/GAR2004_html/GAR2004_00_en.htm.

⁶⁷ Selon le VSO (Voluntary Service Overseas), 90% des Zambiens disent préférer les soins à domicile et communautaires aux soins fournis en milieu clinique. Voluntary Service Overseas (VSO), *Réduire le fardeau des soins du VIH et du SIDA sur les Femmes et les Filles*. Revue Stratégique du VSO (2006), page 5. Disponible à l'adresse http://www.vso.org.uk/Images/RBHACWG_tcm8-8415.pdf.

⁶⁸ *Id.* page 17.

⁶⁹ *Id.* page 3.

e. Praticiens de la médecine traditionnelle

On estime à 80 % la proportion des personnes utilisant la médecine traditionnelle en Afrique. Toutefois, il existe peu de politiques nationales pour réglementer sa pratique ou l'intégrer aux autres aspects des systèmes de santé.⁷⁰ Les guérisseurs traditionnels jouent un rôle très important dans les communautés - leurs services sont fortement sollicités, ce qui indique un degré élevé de confiance établie de longue date. Leur inclusion dans la planification du personnel de santé est l'occasion de mieux comprendre les croyances et les pratiques locales autour de la santé. Vu le manque extrême de travailleurs de la santé, les praticiens traditionnels constituent une importante ressource humaine et peuvent entretenir une relation de complémentarité avec les services de santé formels, par exemple, en orientant les malades vers les services de santé formels, et en leur fournissant des services de conseils, entre autres.⁷¹ En outre, le dialogue qui naît de la participation des praticiens traditionnels à la planification du personnel de santé peut permettre de connaître et d'influencer les pratiques traditionnelles néfastes à la santé.

f. Les Femmes

La sous représentation ou l'exclusion des femmes des structures de prise de décisions concernant les soins de santé pourraient faire omettre des questions qualitatives importantes lors de la planification du personnel de santé. Par exemple, le personnel de santé féminin peut avoir des besoins différents pour la conciliation de leur vie professionnelle et familiale, ou au moment de reprendre le travail, de suivre un programme de remise à niveau après une grossesse ; après un congé de maternité, ou des problèmes liés à leur sécurité ou à des actes de violence sur leur lieu de travail. Au lieu de considérer ces besoins comme dérisoires, la planification du personnel de santé devrait envisager des possibilités pour prendre en charge ces besoins, afin d'optimiser les contributions du personnel de santé féminin et favoriser son maintien.

g. Enfants, jeunes et personnes âgées

Les enfants, les jeunes et les personnes âgées ont le droit de participer aux prises de décisions ayant un impact sur leurs vies. Ceci est particulièrement valable pour la planification du personnel de santé dans le contexte du VIH/SIDA qui oblige des jeunes (dont beaucoup d'orphelins) et des personnes âgées à assumer le rôle de fournisseurs de soins de santé dans leurs familles et leurs communautés. Toutefois, les faits établissent l'exclusion des foyers dirigés par les enfants et les personnes âgées des processus ou organes de prise de décisions, en raison de la stigmatisation entourant le

⁷⁰ Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD), Programme de Développement des Ressources Humaines - *Stratégie du NEPAD pour la Santé (Avant-projet 10)* (2003), page 4. *extrait de WHO/AFRO, Promouvoir le rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé : Une stratégie pour l'Afrique* (1999). Disponible à l'adresse : <http://www.nepad.org/2005/files/documents/115.pdf>.

⁷¹ L'ONG Ougandaise *Guérisseurs Traditionnels et Praticiens de la médecine moderne Ensemble contre le SIDA* est un exemple d'une telle collaboration. Voir Commission Ougandaise sur le SIDA, Réponses par Pays - http://www.aidsOuganda.org/response/govt_sectors/cso_programs/theta.htm, visité le 8 Dec., 2007.

SIDA.⁷² Comme pour les soignants à domicile et communautaires, il importe que les plans du personnel de santé reconnaissent le rôle de pourvoyeur de soins joué par les enfants et les personnes âgées afin qu'ils puissent mieux exprimer leurs besoins. Par exemple, les foyers dirigés par des enfants ou les personnes âgées auront plus de mal à accéder aux centres médicaux eux-mêmes ou pour amener un membre de leur famille à une structure en raison des contraintes au niveau du transport, ou financières ou même physiques. Les plans du personnel de santé pourront permettre de lever certains de ces obstacles, par exemple, en prévoyant des aménagements pour les travailleurs excentrés et en créant des dispensaires mobiles.

h. Personnes handicapées

Les personnes souffrant d'un handicap physique ou mental font partie des groupes les plus pauvres et les plus marginalisés. Les personnes handicapées ont un accès limité à l'éducation, à l'emploi, aux soins de santé de base ; elles vivent souvent dans la pauvreté crasse et souffrent d'une profonde exclusion économique et sociale. Les attitudes de la société, la stigmatisation, la discrimination et le manque de logement limitent fortement leurs possibilités et leur participation dans la vie publique. Les structures sanitaires sont souvent indisponibles ou inaccessibles aux personnes handicapées. De plus, les services de réadaptation sont rares, notamment dans les zones rurales.⁷³ Les directives en matière de prévention et de traitement pour les maladies courantes tiennent rarement compte des besoins spécifiques des personnes handicapées.⁷⁴

Afin de mettre fin à cette exclusion, la planification du personnel de santé doit inclure les personnes handicapées, leurs familles, les groupes de plaidoyer en faveur des personnes handicapées et les prestataires de services aux personnes handicapées, pour effectivement identifier et prendre en charge leurs besoins - elles représentent 10 % de la population mondiale, dont 80 % vivent dans les pays en développement.⁷⁵ Les exigences de services en matière de handicap, tels que les services de réadaptation et les structures de soins communautaires, sont-elles pleinement intégrées dans la

⁷² Madeleen Wegelin-Schuringa & Evelien Kamminga, « L'eau et l'Assainissement dans le contexte du VIH/SIDA : Le Droit d'Accès dans les pays pauvres en ressources. » *Droit à la santé et droits de l'homme* (2006) 9:152-172, at 163.

⁷³ Banque Mondiale, *Bref aperçu sur le Handicap et le VIH/SIDA* (Nov. 2004). Disponible à l'adresse :

<http://siteresources.worldbank.org/INTPHAAG/Resources/AAGEngDisabilityHIVr4.pdf>.

L'UNICEF estime que seuls 3 % des personnes handicapées bénéficient de services de réadaptation répondant à leurs besoins. *Id.* En Ethiopie, moins de 5 % en bénéficient. Base de données des services aux victimes des mines terrestres, *Ethiopie*.

http://www.lsndatabase.org/country_rehab.php?country=ethiopia. Consultée le 13 Jan 2008.

En Namibie, 15 % des personnes handicapées habitant les zones urbaines bénéficient de services de réadaptation, contre 2 % pour celles habitant en zones rurales. Ronald Wiman, Einar Helander & Joan Westland, *Répondre aux besoins des personnes handicapées—Nouvelles Approches dans le secteur de la Santé* (2002), at 4. Disponible à l'adresse :

<http://siteresources.worldbank.org/DISABILITY/Resources/280658-1172610662358/MeetingNeedsWiman.pdf>.

⁷⁴ Communication personnelle de Jean Thomas Nouboussi, Handicap International, 15Jan, 2008.

⁷⁵ Banque Mondiale, *Bref aperçu sur le Handicap et le VIH/SIDA* (Nov. 2004). Disponible à l'adresse :

<http://siteresources.worldbank.org/INTPHAAG/Resources/AAGEngDisabilityHIVr4.pdf>.

planification nationale du personnel de santé ? La formation de sensibilisation au handicap est-elle intégrée aux programmes de formation en santé ? Les institutions de formation en santé offrent-elles des spécialisations en soins infirmiers mentaux ou psychiatriques, et ces programmes reçoivent-ils suffisamment de personnes ? Les personnes handicapées peuvent-elles suivre des formations ou occuper des emplois liés à la santé ? Voici quelques unes des questions qu'il faudra poser tout le long du processus de planification du personnel de santé.

Participation et résultats positifs

La participation peut mener à des politiques qui sont non seulement plus inclusives, mais également plus efficaces, plus solides, plus durables, et plus pertinentes pour les personnes vivant dans la pauvreté.

- Paul Hunt, Rapporteur Spécial des NU sur le Droit à la Santé⁷⁶

La participation des communautés et d'autres parties prenantes à la planification de la santé publique, assure la durabilité et l'efficacité des politiques et programmes qui en découlent, en établissant la confiance et le soutien de la communauté au plan, tout en promouvant une meilleure connaissance des objectifs visés par les politiques et les programmes.⁷⁷ Par exemple, les prestataires et les usagers de services de santé peuvent faire des évaluations extrêmement précieuses sur l'efficacité des politiques du personnel de santé dans la satisfaction de leurs besoins au quotidien. Des décisions de politiques bien informées sur la base de ces contributions, notamment sur la façon d'établir une priorité dans les ressources limitées, peuvent donner des résultats tout à fait positifs, comme cela a été le cas dans l'État d'Ondo, au Nigeria.

L'État d'Ondo est situé dans la partie sud-ouest du Nigeria. Il compte une population de 4 millions d'habitants. Il est aussi grand que certains pays d'Afrique sub-saharienne. En 2003, une nouvelle administration est arrivée au pouvoir, avec un programme global de développement et pour remettre en rails un État qui traversait à l'époque des difficultés. Dans le domaine de la santé, le Gouvernement a mené une enquête auprès des prestataires de services de santé afin de connaître leurs besoins. Il est apparu que le besoin numéro un - la priorité pour 62 % des agents de santé- était de disposer de médicaments, d'approvisionnements et d'équipements appropriés. Le Gouvernement s'est attelé à l'amélioration de ces nécessités de base afin de générer un système de santé qui fonctionne, notamment en améliorant les conditions de travail dans les structures de santé rurales, qui se trouvent dans un piètre état.

Les résultats ont été extraordinaires. Avant cette campagne, seuls 28 % des infirmiers et infirmières pratiquaient dans les zones rurales de cet État à prédominance rurale.

⁷⁶ Paul Hunt, « *Quelques Observations finales sur la Participation et le Droit au meilleur état de santé possible.* » Troisième conférence nationale, Pérou : Participation Civile et Droit à la santé, 12 Juillet 2006. Disponible à l'adresse : http://www2.essex.ac.uk/human_rights_centre/rth/docs/PH's%20draft%20for%20Juillet%202006%20Pérou.doc.

⁷⁷ Helen Potts, *Le Droit de participer au développement de la Stratégie de santé publique* (2005). Disponible à l'adresse : <http://www.engagingcommunities2005.org/abstracts/Potts-Helen-final.pdf>.

Ce chiffre a fait un grand bon pour atteindre 66 %.⁷⁸ L'amélioration des conditions de travail dans les structures de santé rurales semble avoir joué un rôle décisif dans ce changement. Il faut retenir au moins deux leçons. Tout d'abord, il faut, pour trouver des solutions à la crise des travailleurs de la santé, écouter les agents de santé eux-mêmes. Le Gouvernement a recueilli les avis des travailleurs de la santé, et pris des mesures par la suite. Deuxièmement, le renforcement du personnel de santé est intimement lié à d'autres améliorations dans le système de santé. On ne saurait isoler le personnel de santé des manquements du système de santé dans son ensemble, tels que les approvisionnements inadéquats en médicaments et en équipements. En créant les conditions permettant aux agents de santé de devenir de véritables guérisseurs, on favorisera leur maintien.⁷⁹

La participation pleine et entière à la planification du personnel de santé revêt une valeur intrinsèque en elle-même. Grâce à l'implication des personnes dans la prise de décisions, les individus et les communautés deviennent des agents efficaces dans leurs propres vies : ils posent des questions, cherchent des solutions et demandent des comptes.⁸⁰

⁷⁸ Présentation Powerpoint du Commissaire à la santé, État d'Ondo, Nigeria & CHESTRAD International, Nigeria, État d'Ondo, Nigeria : Preuves, Leçons & Action pour les Ressources Humaines de la Santé, présentée en Août 2006, à Akure, État d'Ondo, Nigeria, diapositives 10, 30.

⁷⁹ D'autres activités de développement, notamment la construction de routes dans des zones naguère accessibles que par bateau, ont également contribué à l'augmentation du nombre d'infirmiers dans les zones rurales. Actuellement, l'État d'Ondo est à la recherche de financements pour élargir et consolider ces améliorations. Communication personnelle du Dr. Lola Dare, Secrétaire Exécutif du Conseil Africain pour un Développement durable de la Santé (ACOSHED), 14 Jan. 2008.

⁸⁰ Projet du Millénaire des N.U., *Document Final de l'Équipe sur la Santé Infantile et Maternelle : Qui détient le pouvoir ? Transformer les systèmes de santé pour les femmes et les enfants* (2005), at 35. Disponible à l'adresse : <http://www.unmillenniumproject.org/documents/TF4Childandmaternalhealth.pdf>.

VII. Non-discrimination et Egalité

[Les programmes de traitement du Sida se] focalisent sur les zones urbaines. Les zones rurales sont laissées pour compte. Les malades n'ont pas les moyens financiers pour se déplacer. Cinq de mes patients sont morts au cours des six derniers mois parce qu'ils n'ont pas eu accès au traitement contre le SIDA...Il n'y a pas d'électricité sur mon lieu de travail, les routes sont en mauvais état, il n'y a pas d'équipements. Si je dois pratiquer une ponction avec une aiguille, il n'y a pas de prophylaxie. Je suis livré à moi-même. Je suis en alerte 24 h sur 24 ; cela conduit à des erreurs fatales. Ceci est un cas classique de marginalisation.

- Un médecin, État du Niger, Nigeria ⁸¹

Les principes de non-discrimination et d'égalité

La non-discrimination est l'un des principes les plus fondamentaux du droit international des droits de l'homme. Elle est également centrale dans l'approche de la santé fondée sur les droits de l'homme.⁸² Tous les États, indépendamment de leurs contraintes au niveau des ressources, doivent immédiatement se conformer à cette obligation, qui interdit :

...toute discrimination dans l'accès aux soins de santé et aux éléments déterminants de la santé ainsi qu'aux moyens et titres permettant de se les procurer, qu'elle soit fondée sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'opinion politique ou toute autre opinion, l'origine nationale ou sociale, la fortune, la naissance, un handicap physique ou mental, l'état de santé (y compris l'infection par le VIH/sida), l'orientation sexuelle, la situation civile, politique, sociale ou autre, dans l'intention ou avec pour effet de contrarier ou de rendre impossible l'exercice sur un pied d'égalité du droit à la santé.⁸³

Les États ont non seulement l'obligation de ne pas appliquer des politiques ou de prendre des actions discriminatoires, mais également de prendre de manière résolue, des mesures équitables, qui garantissent un minimum de normes essentielles en matière de santé pour tous. Dans ce contexte, la non-discrimination et l'égalité sont deux concepts distincts, mais liés. L'égalité est au cœur de la réalisation du droit à la santé : Les États ont l'obligation immédiate d'œuvrer à la promotion de l'égalité et de rectifier les effets collectifs des discriminations passées et actuelles. Cela veut dire que les États sont activement invités à prendre des mesures tendant à réaliser l'égalité sanitaire dans tous segments de la population.

⁸¹ Communication personnelle du Dr. Chukwumanya Igboekwu, Associé au Programme Santé de Physicians for Social Justice (PSJ) et médecin en exercice à Kontagora, État du Niger, Nigeria, Nov. 2006.

⁸² Judith Asher, *Le Droit à la santé : Manuel Ressource à l'intention des ONG (2004)*, page 53. Disponible à l'adresse : http://shr.aaas.org/pubs/rt_health/rt_health_maN.U.al.pdf.

⁸³ Comité sur les droits économiques, sociaux, et culturels, *Observation Générale No 14, Le droit au meilleur état de santé possible*, Doc N.U. E/C.12/2000/4 (2000), au para. 18. Disponible à l'adresse : <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/escgencom14.htm>.

La préoccupation principale du droit à la santé est d'assurer l'accès aux structures de santé, aux biens et services pour les « groupes vulnérables et marginalisés. »⁸⁴ Ceci est une obligation fondamentale, ce qui veut dire que tous les États, indépendamment de la disponibilité des ressources ou de leur niveau de développement, ont l'obligation d'engager des actions spécifiques et ciblées afin que tous les groupes vulnérables ou marginalisés jouissent de niveaux minimum de services de santé essentiels.

Pour être conformes à ces obligations, les plans du personnel de santé devraient s'intéresser spécifiquement aux pénuries du personnel de santé et à sa mauvaise répartition. Ces deux maux restreignent l'accès des groupes vulnérables ou marginalisés aux services de santé auxquels ils ont droit. Chacun de ces groupes, à savoir les femmes, les réfugiés, les demandeurs d'asile, les migrants, les personnes handicapées et les populations indigènes, se heurtent à des défis particuliers pour accéder à des soins de santé répondant aux normes minimales.

Ces groupes ont le moins de chances de bénéficier des avancées globales en matière de santé et sont plus susceptibles de porter le fardeau disproportionné d'une mauvaise santé en raison, soit d'une discrimination notoire, soit d'une négligence. Dans certains cas, l'état de santé même d'une personne - par exemple, les personnes vivant avec le VIH/SIDA ou un handicap physique ou mental - peut favoriser la discrimination ou la stigmatisation, renforçant ainsi un peu plus l'exclusion et la vulnérabilité de ces groupes.⁸⁵ De plus, la discrimination inhibe les réponses efficaces aux problèmes de santé publique - les populations victimes de stigmatisation ou de discrimination ont plus de difficultés d'accès et sont plus réticents à recourir aux services de santé.⁸⁶

La pénurie du personnel de santé perpétue et aggrave les schémas d'inégalité au niveau mondial. Le monde développé, bien qu'ayant un fardeau de maladie moins pesant, regroupe la majorité des agents de santé dans le monde. Et les disparités sont encore plus sévères en Afrique Sub-saharienne, qui porte 24 % du fardeau des maladies du monde et ne regroupe que 3 % des agents de santé, pour seulement 1 % du financement de la santé mondiale. En revanche, la région Amérique, qui réunit les États-Unis et le Canada, possède 37 % du personnel de santé mondial, et ne porte que 10 % du fardeau mondial des maladies. Malgré cela, elle est responsable d'au moins 50 % des dépenses mondiales en matière de santé.⁸⁷ Cette disparité au niveau de la couverture se reflète sur les résultats de la santé : taux de mortalité maternelle nettement plus élevés dans les pays en voie de développement, fortement liés au

⁸⁴ *Id.* au para 43(a).

⁸⁵ Paul Hunt, *Le Droit que toute personne a de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, Rapport du Rapporteur Spécial*. Doc N.UE/CN.4/2003/58 (13 Fév., 2003), au para. 59. Disponible à l'adresse :

<http://www2.essex.ac.uk/human%5Frights%5Fcentre/rth/docs/CHR%202003.pdf>.

⁸⁶ *Id.* aux para. 59-63; Judith Asher, *Le Droit à la santé : Manuel Ressource à l'intention des ONG* (2004), page 57. Disponible à l'adresse :

http://shr.aaas.org/pubs/rt_health/rt_health_maN.U.al.pdf.

⁸⁷ Organisation Mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde 2006: Travailler ensemble pour la santé* (2006), page 8. Disponible à l'adresse :

<http://www.who.int/whr/2006/en/index.html>.

manque d'accès à des agents de santé qualifiés.⁸⁸ Une femme en Afrique Sub-saharienne a une chance sur 16 de mourir de complications liées à la grossesse ; contre seulement une chance sur 2.800 pour une femme habitant dans le monde développé ; de fait, moins de 1 % des décès maternels qui surviennent dans le monde, sont enregistrés dans les pays à revenus élevés.⁸⁹

L'hôpital où je travaille, qui sert 100.000 personnes dans le district, enregistre en moyenne 2 à 3 décès maternels par semaine à cause d'opérations retardées. Les deux médecins sont débordés. Ils doivent répondre à d'autres urgences et reçoivent des malades d'autres districts.

- Un Infirmier, Homa Bay, Kenya⁹⁰

Ces disparités se retrouvent au sein et entre les pays. Les centres urbains comptent plus d'agents de santé que les zones rurales, ce qui rend les services de santé moins accessibles aux personnes habitant dans ces zones et les résultats de la santé disparates. Par exemple, en 2004, la capitale Ghanéenne, Accra et sa périphérie comptaient 30 fois plus de médecins et quatre fois plus d'infirmiers, en proportion de la population, que la région rurale du Nord.⁹¹ Ce déséquilibre a abouti à des résultats de la santé désastreux pour les populations rurales. Selon l'UNICEF, la mortalité infantile dans la région nord du pays est deux fois plus élevée que dans la capitale.⁹²

Les communautés vivant dans les régions rurales de l'Ouganda ont beaucoup de difficultés à accéder à un agent de santé. Par exemple, dans les structures déséquilibrées de l'intérieur du pays, il peut y avoir jusqu'à 200 personnes par jour qui viennent se soigner, mais il n'y a qu'un seul agent de santé et un dispensaire à 25 km à la ronde. Vous pouvez voir un médecin ou un infirmier, mais la qualité des soins n'est pas garantie. Ce n'est pas la même chose de voir un patient le matin que d'en voir défiler plusieurs dans la journée -ma fraîcheur et ma lucidité pourraient être altérées après tant de consultations.

- Un étudiant en médecine, Kampala, Ouganda⁹³

La plupart de ces disparités ont pour origine une distribution inappropriée et inégale des ressources. Les investissements disproportionnés dans les « services de santé curative coûteux et qui souvent, ne sont accessibles qu'à une petite fraction

⁸⁸ Carla AbouZahr, « Mortalité Maternelle : Aider les Femmes à vivre. » *OECD Observer* (Dec. 2000). Disponible à l'adresse : <http://www.oecdobserver.org/news/fullstory.php/aid/374>.

⁸⁹ Organisation Mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde 2005: Make Every Mother and Child Count* (2005), at 11. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/whr/2005/en/>.

⁹⁰ Communication personnelle de Fredrick Omiah, infirmier en exercice, Hôpital du District de Homa Bay, et secrétaire national honoraire, Association Nationale des Infirmiers du Kenya, Homa Bay, Kenya, 6 Juillet 2006.

⁹¹ Extrait d'une présentation du Dr. Yaw Antwi-Boasiako, Directeur du Département Ressources en personnel de santé, Ministère de la Santé, Ghana ; il a pris part à la Consultation d'Oslo : Ressources en personnel de santé, Oslo, Norvège, 24-25 Fév. 2005.

⁹² *A la découverte de l'UNICEF : Ghana - Situation d'ensemble.* http://www.unicef.org/infobycountry/ghana_1878.html, visité le 8 Fév. 2008.

⁹³ Communication personnelle de Nixon Niyonzima, étudiant en médecine, Université de Makerere, Kampala, Ouganda, Juillet 12, 2006.

privilégiée de la population, et non [dans] les soins primaires et préventifs, pour une proportion beaucoup plus importante de la population »⁹⁴ constituent également une forme de discrimination.

Il faudrait un effort concerté et de collaboration à tous les niveaux pour corriger ces disparités. Au Nigeria par exemple, le Gouvernement fédéral est responsable des structures tertiaires, les gouvernements provinciaux, des hôpitaux provinciaux et les gouvernements locaux s'occupent des hôpitaux de district et des structures locales de santé. Même en l'absence d'une stratégie conjointe pour améliorer la distribution des ressources, les structures tertiaires disposeraient de ressources suffisantes grâce aux fonds du Gouvernement fédéral, mais les structures primaires pourraient en être sévèrement privées.

La correction de ces disparités passe par une redistribution de l'autorité aux différents niveaux de gouvernement, et par une redéfinition de leurs rôles respectifs. Afin d'augmenter le nombre d'agents de santé recrutés dans les zones rurales, le ministère Ghanéen de la santé a demandé aux assemblées de district de parrainer des étudiants, qui devront ensuite retourner dans leurs districts pour y servir.⁹⁵

Les groupes particulièrement exposés à la discrimination - les personnes handicapées, les minorités et les personnes pauvres - sont très souvent privées de leurs droits à un état de santé le plus élevé possible du fait de ressources insuffisantes, en plus d'autres formes de discrimination ouverte. Beaucoup de pays par exemple allouent peu de moyens à la santé mentale. Par conséquent, beaucoup de personnes souffrant de handicap mental ne peuvent pas réaliser leur droit à la santé, au même titre que les autres groupes de la population.⁹⁶

Un plan national du personnel de santé fondé sur les droits offre l'occasion de corriger les inégalités existantes et de favoriser des résultats de santé plus équitables dans un pays. Pour ce faire, il faut donner la priorité aux groupes pauvres, vulnérables et marginalisés lors de l'élaboration et de la mise en œuvre du plan du personnel de santé. C'est une condition *sine qua non* pour réaliser l'objectif des soins de santé équitables pour tous les groupes de la population, ainsi que les priorités en matière de santé publique et se conformer immédiatement à l'obligation de prévenir toute discrimination dans l'accès aux services de soins de santé, et enfin, mettre en place

⁹⁴ Comité sur les droits économiques, sociaux, et culturels, *Observation Générale No 14, Le droit au meilleur état de santé possible*, Doc N.UE/C.12/2000/4 (2000), au para. 19.

Disponible à l'adresse : <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/escgencom14.htm>.

⁹⁵ Ministère de la Santé, République du Ghana, *Faire face à la crise des personnels de santé : Projet de Politique sur les Perspectives d'un Développement durable des ressources Humaines* (Sept. 2005), page 9. Disponible à l'adresse :

http://www.interchurch.org/resources/uploads/files/292Addressing_the_HR_crisis_Mld_level_care.doc. Voir aussi Organisation Mondiale de la Santé, *Etat de la santé Mentale (Ghana) 2003* (c. 2003), page 34. Disponible à l'adresse :

http://www.who.int/countries/gha/publications/MENTAL_HEALTH_PROFILE.pdf.

⁹⁶ Paul Hunt, *Rapport du Rapporteur Spécial sur le droit qu'a toute personne à jouir du meilleur état de santé physique et mentale*. Doc N.UE/CN.4/2005/51 (11 Fév., 2005), au para. 58. Disponible à l'adresse :

<http://www2.essex.ac.uk/human%5Frights%5Fcentre/rth/docs/CHR%202005.pdf>.

les déterminants de la santé tels que l'accès à l'eau potable.⁹⁷ Ne pas prendre de telles mesures concertées, délibérées et ciblées - avec une allocation de ressources suffisante - constituerait une violation de l'obligation de réaliser le droit à santé.⁹⁸

A Tororo, un district rural dans l'est de l'Ouganda, j'ai assisté à la souffrance d'une femme qui risquait de faire une fausse couche. Il n'y avait pas un seul médecin à 10 km à la ronde - nous n'étions que des étudiants en médecine. Nous avons stabilisé la femme et l'avons amenée à bicyclette vers une structure de santé de plus haut niveau, à plus de 10km.

- Un étudiant en médecine, Ouganda⁹⁹

Stratégies possibles pour améliorer l'égalité

Les États ont l'obligation de « prendre des mesures pour réduire la distribution inégale des structures de santé, ainsi que des biens et services. »¹⁰⁰ Afin d'avancer vers l'élimination de ces inégalités, le plan du personnel de santé devrait examiner les causes des écarts dans la couverture, leur impact sur la capacité des groupes vulnérables et marginalisés à accéder aux services de santé, et établir en conséquence une hiérarchie des priorités. Par exemple :

- Les budgets alloués à la santé sont-ils inéquitables, donnent-ils la priorité aux services de santé curative ou tertiaire au détriment des soins de santé primaire ?
- Quel est le nombre de généralistes de formation et celui des spécialistes (ces derniers étant le plus souvent basés dans les zones urbaines et dans les structures de santé tertiaire) ?
- Les agents de santé disposent-ils d'un accès sûr aux approvisionnements essentiels et aux infrastructures de base dans les zones rurales ?
- Quels groupes se heurtent à des difficultés pour accéder aux services de santé, même dans les zones où les services sont disponibles ?

Dans le cadre de ce processus, il faudrait utiliser autant que possible les données sanitaires concernant les zones rurales et urbaines ainsi que le genre, afin d'aider les planificateurs du personnel de santé à identifier les cas de discrimination existants et

⁹⁷ Judith Asher, *Le Droit à la santé : Manuel Ressource à l'intention des ONG (2004)*, page 53. Disponible à l'adresse : http://shr.aaas.org/pubs/rt_health/rt_health_maN.U.al.pdf.

⁹⁸ Comité sur les droits économiques, sociaux, et culturels, *Observation Générale No 14, Le droit au meilleur état de santé possible*, Doc N.UE/C.12/2000/4 (2000), au para. 52 Disponible à l'adresse : <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/escgencom14.htm>.

⁹⁹ Communication personnelle de Nixon Niyonzima, étudiant en médecine, Université de Makerere, Kampala, Ouganda, Jan. 23, 2008.

¹⁰⁰ Comité sur les droits économiques, sociaux, et culturels, *Observation Générale No 14, Le droit au meilleur état de santé possible*, Doc N.UE/C.12/2000/4 (2000), au para. 52 Disponible à l'adresse : <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/escgencom14.htm>.

les disparités.¹⁰¹ Cela pourrait aider également les pays à définir des priorités qui permettront la distribution, la formation et la gestion du personnel de santé de façon à améliorer, et non rendre difficile, l'accès équitable aux soins de santé.

Améliorer l'égalité des services de santé dans les zones rurales et les régions mal desservies

La distribution inégale des agents de santé (plus nombreux dans les zones urbaines que dans les zones rurales) et d'autres zones mal desservies (telles que les zones réputées pauvres à la périphérie des villes) a un impact majeur sur la capacité de ces populations à accéder aux services de santé. Les postes de santé dans les zones rurales ne disposent pas de tout le personnel nécessaire pour plusieurs raisons, notamment le manque d'approvisionnements essentiels, des infrastructures inadéquates, de mauvaises conditions de travail et de logement pour les agents de santé, l'isolement socioprofessionnel, et des opportunités d'emploi et d'éducation limitées pour leurs conjoints et leurs enfants. Les gouvernements doivent s'atteler à corriger ces disparités afin de remplir leur obligation de réaliser le droit à la santé.

Etant donné que le manque de personnel constitue probablement le plus grand obstacle à la fourniture de soins de santé de qualité et accessibles dans les zones rurales et mal desservies, les plans nationaux du personnel de santé devraient prêter une attention toute particulière aux facteurs qui rendent difficile le recrutement et le maintien des agents de santé dans ces zones. Sans oublier qu'une coopération multisectorielle pour s'attaquer à l'ensemble de ces facteurs est nécessaire. Les stratégies de développement professionnel, de formation et de recrutement entrent en droite ligne de la planification du personnel de santé, par conséquent, il faudrait les envisager du point de vue de l'égalité et de la non-discrimination.

a. Incitations pour travailler dans les zones défavorisées

La Stratégie de Santé de l'Afrique pour la période 2007-2015 demande aux pays de développer des dispositifs et des mesures incitatives pour favoriser l'afflux des travailleurs dans les zones défavorisées.¹⁰² Il existe une large palette de mesures incitatives financières et non financières pour encourager les agents de santé à servir dans ces zones : primes de sujétion, logement, soutien aux études des enfants, prêts pour achat de voiture ; équipements de télécommunication, indemnités de déplacement, aménagements de créneaux pour la formation. La Zambie par exemple, a eu recours à une combinaison de ces mesures pour encourager les médecins à servir dans les zones rurales. Au moins 66 médecins servent ou ont servi dans les zones

¹⁰¹ Paul Hunt, *Le droit que toute personne a de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible: Rapport du Rapporteur spécial, Mission au Mozambique*, Doc N.U. E/CN.4/2005/51/Add.2 (Jan. 4, 2005), au para. 38. Disponible à l'adresse : <http://www2.essex.ac.uk/human%5Frights%5Fcentre/rth/docs/mozambique.pdf>. Les données devraient par exemple être désagrégées en fonction des discriminations fondées sur le genre et autres discriminations interdites. *Id.*

¹⁰² Stratégie de Santé de l'Afrique 2007-2015, au para. 56. Adoptée lors de la Troisième Session de la Réunion des Ministres Africains de la Santé, Johannesburg, Afrique du Sud, 9-13 Avril 2007. Disponible à l'adresse : http://www.africa-union.org/root/UA/Conferences/2007/avril/SA/9-13%20avr/doc/en/SA/AFRICA_HEALTH_STRATEGY_FINAL.doc.

rurales, dans le cadre d'un contrat de trois ans : ils ont reçu une prime de sujétion, une indemnité de logement, une indemnité d'études pour leurs enfants ; ils peuvent également prétendre à des financements pour des formations de troisième cycle et à des prêts.¹⁰³ Quant aux professionnels de la santé Sud-Africains, ils reçoivent une indemnité spéciale pour travailler dans les zones rurales. Le montant de cette indemnité varie selon la profession et la zone.¹⁰⁴ La *Christian Health Association* du Malawi aurait ainsi pu retenir des agents de santé hautement qualifiés dans les zones rurales grâce à plusieurs indemnités : prêt pour l'achat d'une voiture, prime de sujétion correspondant au double du salaire net.¹⁰⁵

Ces mesures incitatives deviennent certes plus fréquentes, mais elles sont loin d'être universelles. Dans l'État du Niger, au Nigeria, un médecin servant dans une zone rurale rapporte qu'il est moins bien payé que ses collègues des zones urbaines.¹⁰⁶ Un tel plan salarial, qui n'encourage pas à exercer dans les zones rurales, n'est pas conforme aux obligations en matière de droit à la santé.

b. Infrastructures de base

L'état de délabrement qui caractérise souvent les structures de santé dans les zones rurales décourage les malades de s'y rendre, et les agents de santé d'y servir. L'État d'Ondo au Nigeria a réussi à augmenter la proportion des infirmiers et infirmières servant dans les zones rurales en partie, en se focalisant sur l'amélioration des approvisionnements en médicaments, en équipements, et en fournitures de ses structures de santé. La Zambie qui tente également de retenir le personnel de santé dans les zones rurales, recevra le soutien de GAVI pour amener l'eau et l'électricité dans les structures de santé rurales.¹⁰⁷ Et dans la région rurale du centre de Haïti, *Partners In Health*, a développé une approche globale pour retenir les agents de santé. Celle-ci a consisté à réhabiliter les structures dans lesquelles il travaillait et en les dotant de médicaments essentiels.¹⁰⁸

¹⁰³ « Forte augmentation du nombre de médecins » - Chituwo. *Times of Zambia*, 28 Août - 4 Juillet, 2005. Disponible à l'adresse : <http://www.times.co.zm/news/viewnews.cgi?category=4&id=1122582782>; Jaap Koot et al., *Programme de supplément de revenu de la Dutch Medical Doctors 1978-2003 Leçons apprises ; Plan de Rétenion, Médecins de Zambie 2003-2006 Suggestions : Rapport Final* (Dec. 2003), page 27.

¹⁰⁴ Conseil Sectoriel de Négociation pour la Santé Publique & et le Bien-être, *Résolution No 2, 2004 : Indemnités de recrutement non-cotisables révisées, dénommées « L'Indemnité de Recrutement » : Professionnels du secteur de la santé servant dans les Hôpitaux/Institutions gérées par le Health Employer dans ISRDS Nodes ; et les zones rurales* (Jan. 2004). Disponible à l'adresse : http://www.doh.gov.za/docs/misc/resolution2_2004.pdf.

¹⁰⁵ Yoswa M. Dambisya, *Une revue des incitations non-financières pour la rétention des agents de santé en Afrique orientale et australe* (2007), page 18. Disponible à l'adresse : <http://www.equinet africa.org/bibl/docs/DIS44HRdambisya.pdf>.

¹⁰⁶ Communication personnelle du Dr. Chukwumanya Igboekwu, Associé au Programme Santé de Physicians for Social Justice (PSJ) et médecin en exercice à Kontagora, État du Niger, Nigeria, Jan. 12, 2008.

¹⁰⁷ Communication personnelle de Lisa Oldring, Conseillère Spéciale, Réaliser les Droits : L'Initiative pour une Mondialisation Ethique, 1 Nov. 2007.

¹⁰⁸ Maggie Cooper (Médecins pour les Droits de l'Homme), *Des Solutions courageuses à la crise des personnels de santé en Afrique* (2006), page 6. Disponible à l'adresse :

c. Développement professionnel

Les praticiens de la santé servant dans les zones rurales craignent d'être laissés pour compte ou ignorés à l'heure des promotions, au profit de leurs collègues qui occupent des « postes plus prestigieux » dans les zones urbaines¹⁰⁹. Ce sentiment est exacerbé par un manque d'opportunités de formation et de développement professionnel pour les agents de santé des zones rurales ou éloignées. Par conséquent, les plans du personnel de santé devraient se fixer comme priorité de faire en sorte que les professionnels de la santé des zones rurales (notamment, et non pas exclusivement, les médecins) améliorent leurs compétences et restent au contact du domaine médical dans son ensemble, tout en leur permettant d'atteindre leurs objectifs professionnels, d'interagir avec leurs collègues, et de se perfectionner en tant que praticiens.

En Afrique du Sud, les médecins de l'hôpital du district rural de la Province de Western Cape ont dit devoir faire régulièrement appel à un grand nombre de compétences et de connaissances en raison de la variété des problèmes médicaux qu'ils rencontrent. Ils ont également évoqué le besoin récurrent de compétences en matière de gestion du traumatisme, en chirurgie, en obstétrique et en anesthésie. Toutefois, les médecins ont souligné que les opportunités limitées pour réaliser d'autres procédures plus inhabituelles, combinées aux capacités d'orientation peu fiables, ont causé une réduction des compétences : « Mais parce que si vous faites mal une chose ici, et que cela se passe vraiment mal, vous êtes de toutes façons trop loin de la ville B (hôpital secondaire) pour prendre le risque de faire quoi que ce soit. Et c'est ainsi que, petit à petit, vous désapprenez certaines des compétences que vous possédiez. » Ils ont relevé l'importance cruciale de développer des compétences et l'utilité des rotations dans les hôpitaux secondaires et tertiaires ; ils ont également dit préférer l'apprentissage sur le tas aux cours. Les visites chez les spécialistes ont été retenues comme un moyen très utile en complément de la formation en cours d'emploi donnée par des collègues plus expérimentés (dans la mesure où ces visites sont adaptées aux besoins des hôpitaux de district). Les médecins ont également souligné le besoin de feedbacks plus réguliers sur des cas qui ont été transmis à la chaîne des soins : « Transmettre quelque chose à un hôpital (secondaire) X - c'est comme envoyer quelque chose dans le triangle des Bermudes. Ils ne nous reviennent jamais avec des résumés, nous ne savons jamais ce qui leur est arrivé, il n'y a pas de liens entre les deux. »¹¹⁰

d. Formation et recrutement

<http://physiciansforhumanrights.org/library/documents/reports/report-boldsolutions-2006.pdf>.

¹⁰⁹ Giles Dussault & Maria Cristina Franceschini, « Pas assez ici, Beaucoup trop ailleurs : Comprendre les disparités géographiques dans la distribution du personnel de santé. » *Ressources en personnel de santé* (Mai 27, 2006) 4:12. Disponible à l'adresse : <http://www.human-resources-health.com/content/4/1/12>.

¹¹⁰ M. De Villiers & P. De Villiers, « Avis des médecins sur les conditions de travail dans les hôpitaux ruraux de Western Cape », *Soins infirmiers à domicile en Afrique du Sud* (2004) 46(3): 21-26.

Les plans nationaux du personnel de santé doivent également tenir compte de l'obligation des gouvernements de fournir « une formation appropriée au personnel de santé »¹¹¹ afin de « [satisfaire] les besoins en santé de l'ensemble de la population. »¹¹² C'est une formation appropriée qui permettra au personnel de santé de « reconnaître et de répondre aux besoins spécifiques des groupes vulnérables et marginalisés. »¹¹³ De plus, elle permettra au personnel de santé d'être mieux outillé pour fournir des services de santé tels que les soins de santé reproductive, maternelle et infantile ; des vaccins ; assurer la prévention de maladies et mener des activités d'éducation sanitaire.¹¹⁴ La plupart de ces services seront généralement fournis dans des structures de santé primaire.¹¹⁵

Ainsi, les formations avant et pendant l'emploi doivent donner la priorité à la fourniture de soins de santé primaire dans les zones rurales et celles pauvres en ressources. Cela peut être dur et décourageant de pratiquer dans une zone éloignée et limitée en ressources lorsque l'on a fait sa formation dans une structure tertiaire, en ayant accès aux ressources, aux capacités d'orientation et à l'interaction collégiale :

...c'est frustrant parce que je possède des compétences, et je ne peux pas vraiment les utiliser. J'oriente les malades quand j'estime qu'ils ont besoin de consulter un médecin. Cela me frustre parce que dans certains cas, je sais ce qu'il y a à faire, mais je ne dispose ni de l'équipement, ni de l'espace pour le faire.

- Un infirmier en soins de santé primaire Sud-Africain¹¹⁶

Les agents de santé sont également frustrés, parce que leur formation ne les a pas bien préparés aux tâches qu'exige leur travail dans les structures de santé primaire : en Afrique du Sud par exemple, la formation des agents de santé primaire, notamment celles des infirmiers et infirmières, reste fortement concentrée dans les hôpitaux universitaires urbains, et néglige des compétences que les infirmiers et infirmières de santé primaire doivent déployer au quotidien, notamment la sensibilité aux réalités culturelles, la mobilisation et la participation des communautés, et la collaboration intersectorielle.¹¹⁷

Une bonne formation contribuera également à une distribution plus équitable du personnel de santé, en produisant des professionnels de la santé qui ont une certaine

¹¹¹ Comité sur les droits économiques, sociaux, et culturels, *Observation Générale No 14, Le droit au meilleur état de santé possible*, Doc N.U. E/C.12/2000/4 (2000), au para. 44(e). Disponible à l'adresse : <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/escgencom14.htm>.

¹¹² *Id.* au para. 43f.

¹¹³ *Id.* au para. 37.

¹¹⁴ *Id.* au para. 44.

¹¹⁵ Médecins pour les Droits de l'Homme, *Un Plan d'Action contre la fuite des cerveaux : Bâtir des systèmes de santé équitables en Afrique* (Juin 2004), at 116. Disponible à l'adresse : <http://physiciansforhumanrights.org/library/documents/reports/report-2004-juillet.pdf>.

¹¹⁶ Petrida Ijumba, « La Voix des Agents de santé primaire. » *Dans Health Systems Trust* (Petrida Ijumba, ed.), *Revue Sud-Africaine sur la santé 2002* (2002), page 184. Disponible à l'adresse : <http://www.hst.org.za/uploads/files/chapter10.pdf>.

¹¹⁷ *Id.* pages 182-183.

connaissance des zones rurales et mal desservies, et qui sont préparés à y travailler.¹¹⁸ Elle contribuera de même à sensibiliser ce personnel aux inégalités en matière de santé qui sont la conséquence de mauvaises conditions qui caractérisent beaucoup de services de santé ruraux.

L'Université de Makerere a mis en place un programme dénommé « Community Based Education and Service » (*Education et Service Communautaire*) (COBES), qui permet à ses étudiants en science de la santé d'acquérir de l'expérience en travaillant dans les communautés rurales mal desservies. Les étudiants en médecine, en infirmerie, en dentisterie, en pharmacie, et en radiographie sont divisés en groupes et placés pendant quatre à six semaines dans les centres de santé des districts ruraux, tout en continuant de suivre leurs cours. Ils interagissent de près avec la communauté, en animant des activités d'éducation sanitaire, entre autres. Selon le Dr. Andrew Mwanika, directeur du COBES, l'objectif de cette exposition aux réalités de la pratique en zone rurale est « d'acclimater les étudiants aux conditions de travail en zone rurale, pour mieux les y préparer et les inciter à y servir. » Dr. Mwanika a souligné que les efforts du COBES ont porté leurs fruits depuis son lancement en 2003 : « La couverture de services dans les structures, les domiciles, les écoles et les communautés augmente dès lors que les étudiants sont présents dans les districts. Les relations entre les étudiants et les communautés sont excellentes – leurs réticences à *apprendre* dans les communautés rurales sont dissipées. « Depuis l'avènement du COBES, les étudiants comprennent mieux les besoins en santé des communautés ...Le potentiel est immense, notamment pour ce qui est des partenariats, du façonnement de l'attitude des étudiants en zones rurales, de la recherche et des projets communautaires. »¹¹⁹ Voici ce qu'a dit un étudiant après son expérience en zone rurale : « Les structures ne sont pas en nombre suffisant. Il manque des médicaments et des équipements ; beaucoup de personnes ne peuvent pas acheter les médicaments ni payer pour leur traitement. Tout cela vous fait changer de perspective et vous amène à réfléchir au système de santé en Ouganda. Et cela vous donne envie de changer les choses. Nous - mes collègues et moi - voulons faire quelque chose. Nous pourrions faire beaucoup de choses si on nous donnait les moyens. »¹²⁰

Mais en plus d'intégrer l'exposition aux communautés mal desservies dans les programmes de formation, les plans du personnel de santé devraient envisager d'investir dans des programmes de bourse et d'autres mesures incitatives ciblées, ainsi que dans des stratégies de recrutement afin d'encourager les étudiants originaires des zones rurales, (gage le plus sûr d'une pratique future en zone rurale),¹²¹ à poursuivre des carrières de professionnels de la santé. Cet accent mis sur l'éducation des étudiants issus des zones rurales contribue à une couverture sanitaire plus équitable,

¹¹⁸ Médecins pour les Droits de l'Homme, *Un Plan d'Action contre la fuite des cerveaux : Bâtir des systèmes de santé équitables en Afrique* (Juin 2004), page 116. Disponible à l'adresse : <http://physiciansforhumanrights.org/library/documents/reports/report-2004-juillet.pdf>.

¹¹⁹ Communication personnelle de Dr. Andrew Mwanika, Université de Makerere, Kampala, Ouganda, 24 Juillet 2006.

¹²⁰ Communication personnelle de Nixon Niyonzima, étudiant en médecine, Université de Makerere, Kampala, Ouganda, 12 Juillet, 2006.

¹²¹ Elma de Vries & Steve Reid, « Les étudiants en médecine Sud-africains issus des zones rurales retournent-ils pour y servir dans leur région d'origine ? » *Journal Médical d'Afrique du Sud* (Mai 2003): 93 789-793. Disponible à l'adresse : <http://www.ajol.info/viewarticle.php?jid=1&id=6552>.

puisque ces étudiants sont plus susceptibles de retourner pour servir dans les zones rurales (ils auraient trois à huit fois plus de chances de le faire selon une étude menée auprès des étudiants en médecine Sud-Africains).¹²²

Pour attirer et retenir les professionnels de la santé qualifiés dans une zone rurale démunie du Kwa-Zulu Natal, en Afrique du Sud, le Mosvold Hospital a lancé un programme de bourses qui s'adresse exclusivement aux étudiants de cette zone (ils ont plus de chances de retourner dans leur district rural pour y servir que leurs pairs des zones urbaines). Lancé en 1998, ce programme couvre l'achat des livres, le paiement des frais de scolarité, le logement & la nourriture ; en retour, les étudiants signent avec le Mosvold Hospital un contrat d'un an renouvelable, par lequel ils s'engagent à retourner servir dans leurs districts. En 2005, quatorze étudiants ont ainsi obtenu leurs diplômes en médecine, infirmerie, pharmacie, optométrie, et en radiographie. Tous sont retournés dans leurs districts ruraux. 46 autres étudiants ont été enrôlés dans les programmes de diplômes afin de suivre des études en science de la santé. Le Mosvold Hospital a connu un grand succès. Il a fait des émules dans d'autres régions du pays. Ainsi est né le *Wits Initiative for Rural Health Education* de l'Université de Witwatersrand. Vingt étudiants issus des communautés rurales des provinces du Nord Ouest et du Limpopo bénéficient ainsi d'une bourse pour étudier les sciences de la santé à la Wits Medical School ; au terme de leurs études, ils retourneront travailler dans les hôpitaux de leurs localités. Le succès remporté par l'initiative du Mosvold a également poussé les départements de la santé des provinces à offrir des bourses au niveau du district, afin de mieux rapprocher les bénéficiaires de leurs communautés.

e. Compétences diversifiées

Différents types d'agents de santé auront plus ou moins de chances de travailler dans les zones rurales. Les agents des centres médicaux par exemple et d'autres cliniciens non-médecins - les agents de santé ayant trois à quatre ans de formation dans la plupart des compétences d'un médecin - sont plus susceptibles de travailler dans les zones rurales que les médecins.¹²³ Certaines catégories d'infirmiers, telles que les infirmiers des communautés, peuvent être formées pour travailler dans ces zones.¹²⁴ Le Ghana a créé une nouvelle catégorie : les Agents de Santé pour les Collectivités. Ce sont des infirmiers ayant reçu deux années de formation (dont un stage de six mois) et qui sont affectés à des districts ruraux démunis. Ils passent le plus clair de leur temps à faire des visites dans les communautés, et à gérer de petits dispensaires communautaires.¹²⁵

Les agents de santé des collectivités peuvent fournir certains services de santé de base dans les zones rurales. De plus, ils sont de plus en plus pris en compte dans la

¹²² *Id.*

¹²³ Fitzhugh Mullan & Seble Frehywot, « Personnel Clinique non-médecin dans 47 pays subsahariens. » *Lancet* (22 Dec., 2007) 370: 2158-2163, page 2161.

¹²⁴ Communication personnelle d'Isabella Mbai, Chef du Département des Sciences en Infirmerie, Ecole de Médecine, Université de Moi, Eldoret, Kenya, 10 Oct. 2006.

¹²⁵ Seth Acquah, Graeme Frelick & Richard Matikanya, *Fournir des services de proximité aux populations des zones rurales mal desservies : Agents de santé des collectivités au Ghana* (Oct. 2006). Disponible à l'adresse :

http://www.capacityproject.org/images/stories/files/community_health_workers_ghana.pdf.

stratégie pour l'amélioration des services de santé (notamment les services SIDA).¹²⁶ Les agents de santé des collectivités peuvent contribuer à étendre les soins dans les zones rurales et difficiles d'accès, même s'ils auront besoin d'une supervision et d'un soutien adéquats, et devront être intégrés dans un système d'orientation intégral et efficace.

Les efforts déployés pour développer et augmenter le nombre d'agents de santé des collectivités devraient s'accompagner d'autres stratégies visant à augmenter le nombre d'agents de santé ruraux, non seulement du fait du nombre limité des services que les agents de santé des collectivités peuvent fournir, mais également, afin de leur assurer une supervision et un soutien adéquats. Le Malawi par exemple, qui vise l'objectif d'un agent de santé des collectivités (Assistant à la Surveillance de la Santé) pour 1.000 habitants, est en train de recruter et de déployer plus de 1.000 infirmiers dans les villages ruraux pour y servir comme infirmiers communautaires, afin, en partie, d'améliorer la supervision et le soutien aux Assistants à la Surveillance de la Santé.¹²⁷

D'autres décisions concernant le personnel et la diversification des compétences auront un impact sur la disponibilité des soins de santé aux populations mal desservies. Ces décisions portent sur les niveaux de dotation en personnel dans les différents types de structures de santé et sur le degré de spécialisation des professions de la santé. Comment est-ce que le plan distribue les agents de santé dans les structures de santé primaire, secondaire et tertiaire ? Existe-t-il des plans pour suffisamment d'agents de santé au niveau primaire, et des stratégies (y compris celles abordées plus haut dans cette section) pour les recruter dans ces structures ? Quelle est la proportion de généralistes et de spécialistes ? Les spécialistes sont plus susceptibles d'être basés dans les structures tertiaires en zones urbaines, bénéficiant ainsi du soutien de la population.

f. Exigence de service à la communauté

Les pays peuvent exiger de leurs agents de santé qu'ils passent leurs premières années de service dans des postes communautaires, souvent situés en zones rurales. D'ailleurs, la Stratégie de Santé de l'Afrique pour la période 2007-2015 recommande aux États membres de l'Union Africaine de « veiller à ce que les agents de santé ayant fait leur formation grâce aux fonds publics, offrent des services à la communauté obligatoires pendant une certaine durée, pour ainsi rembourser leur dette à la société. »¹²⁸ L'Afrique du Sud par exemple, demande à ses médecins, ses dentistes,

¹²⁶ Organisation Mondiale de la Santé, *Délégation des Tâches : Vers une redistribution rationnelle des tâches parmi le personnel de santé, Recommandations et Directives Globales* (2008). Disponible à l'adresse :

http://www.who.int/entity/healthsystems/TTR_TaskShifting.pdf.

¹²⁷ Gouvernement du Malawi, 5ème Round. Proposition de renforcement du système de santé (Renforcement des Systèmes de santé et des soins et du soutien aux orphelins) (Juin 2005), at 62-63. Disponible à l'adresse :

http://www.theglobalfund.org/search/docs/5MLWH_1142_0_full.pdf

¹²⁸ Stratégie de Santé de l'Afrique 2007-2015, au para. 56. Adoptée lors de la Troisième Session de la Réunion des Ministres Africains de la Santé, Johannesburg, Afrique du Sud, 9-13 Avril 2007. Disponible à l'adresse : <http://www.africa->

ses pharmaciens et autres professionnels de la santé, de servir pendant une année, dans le secteur public avant d'être totalement intégrés aux conseils professionnels.¹²⁹ Les infirmiers et infirmières pour leur part, sont tenus de commencer en janvier 2008.¹³⁰ Cette méthode est précieuse pour assurer la disponibilité des agents de santé qualifiés dans les zones rurales,¹³¹ bien que ce mode d'affectation suscite des interrogations sur la qualité de la supervision des professionnels de la santé nouvellement formés, ainsi que sur le rythme élevé de rotation du personnel.¹³²

g. Valoriser les agents de santé

Un autre moyen pour les pays d'encourager les agents de santé à servir dans les zones rurales est de démontrer à ces derniers que leur pays et leurs communautés valorisent leur service. Au Kenya par exemple, les agents de santé recrutés pour servir dans les zones rurales, dans le cadre de l'*Emergency Hiring Program*, ont suivi une formation et un cours d'orientation pendant deux semaines. Il s'en est suivi une cérémonie de remise de diplômes fort enthousiasmante. Ce programme utilise également un processus de recrutement rapide, juste et transparent.¹³³ De telles approches peuvent être des compléments précieux à d'autres mesures pour assurer une distribution équitable du personnel de santé. De fait, elles peuvent contribuer à retenir et à améliorer la motivation du personnel de santé au niveau national.

Combattre la discrimination de la part des agents de santé

Même là où les agents de santé sont présents, la stigmatisation et l'ignorance parmi le personnel de santé lui-même peuvent limiter l'accès de la population à des soins de qualité et acceptables. Et il importe d'être franc sur la question, afin que le plan du personnel puisse intégrer des programmes et allouer des ressources budgétaires pour combattre les pratiques discriminatoires de la part des agents de santé.

La discrimination sous la forme d'une exclusion et de mauvais traitement empêche les interventions efficaces en matière de santé publique.

union.org/root/UA/Conferences/2007/avril/SA/9-13%20avr/doc/en/SA/AFRICA_HEALTH_STRATEGY_FINAL.doc.

¹²⁹ Groupe de travail Africain de l'initiative conjointe (Initiative d'Apprentissage Conjointe) sur les Ressources en personnel de santé & et son Développement, *Le personnel de santé en Afrique : Défis et Perspectives* (Sept. 2006), pages 41-42. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/hrh/documents/HRH_Africa_JLreport.pdf.

¹³⁰ "Afrique du Sud: Les étudiants en infirmerie défiant le (Set to Challenge) Manto." *Cape Argus* (Cape Town, Afrique du Sud), Nov. 22, 2007. Disponible à l'adresse : <http://allafrica.com/stories/200711230381.html>.

¹³¹ La réalité n'est pas toujours ce que l'on nous promet. Jusqu'en 2001, trois-quarts des médecins servant dans les communautés en Afrique du Sud le faisaient dans les zones urbaines. Association des Médecins ruraux de l'Afrique Australe, *Exposé de Principe : La Crise de la Gestion du personnel des hôpitaux ruraux* (Jan. 2001), page 1. Disponible à l'adresse : http://www.rudasa.org.za/download/crises_staffing.doc.

¹³² Voir *id.* aussi, les nouveaux professionnels de la santé ont moins d'expérience et donc des compétences et des connaissances supplémentaires.

¹³³ Ummuro Adano (Capacity Project), *Réflexions sur le Plan de recrutement d'urgence* (Sept. 2006). Disponible à l'adresse : http://www.capacityproject.org/index.php?option=com_content&task=view&id=132&Itemid=147.

Le personnel du dispensaire ne voulaient pas me dépister parce qu'ils ne pensaient pas que les personnes âgées comme moi étaient exposées à un risque, mais les résultats se sont révélés positifs. J'ai accepté la maladie et je ne peux rien faire contre.

- Un grand-mère Sud-Africaine de 62 ans¹³⁴

Souvent, les personnes handicapées rapportent que le personnel du centre de santé les renvoie chez eux car il part du principe que les personnes handicapées « ne peuvent pas contracter le SIDA. » Là où les traitements contre le SIDA sont rares, les services et le soutien aux personnes atteintes du VIH ou du SIDA sont limités, les personnes ayant un handicap préexistant disent être placées en bas de la liste des personnes ayant droit aux soins.¹³⁵

Les malades ne vont pas recourir aux services de santé s'ils font l'objet de traitements discriminatoires et dégradants dans le système de santé ou de la part des agents de santé.

Malheureusement pour moi, l'infirmière que j'ai rencontrée savait que j'étais séropositif ; elle a refusé de toucher ma blessure et m'a donné le bandage pour arrêter moi-même le saignement. Son attitude a suscité la suspicion de ses collègues. Elle ne leur a pas révélé mon statut, autant que je sache, mais je savais qu'ils soupçonnaient que j'étais séropositif. Je me suis senti très mal. Je ne suis plus jamais retourné à cet hôpital.

- Un malade vivant avec le VIH/SIDA, Nigeria¹³⁶

Les pratiques discriminatoires révèlent souvent un manque de connaissances et de formation de la part des agents de santé. Les informations inexactes et une formation insuffisante, combinées à des services de soutien inadéquats, encouragent la stigmatisation et conduisent souvent à l'isolement ou à l'internement inutile des personnes souffrant de handicaps mentaux, et parfois même, à des pratiques abusives.¹³⁷ En Serbie par exemple, un médecin a déconseillé aux parents d'un nouveau-né une intervention chirurgicale nécessaire à la survie de leur enfant qui souffrait d'hydrocéphalie « puisque, de toute façon, il allait mourir. »¹³⁸

¹³⁴ Help Age International, *Une personne sur quatorze vivant avec le VIH est âgée de plus de 50 ans et des millions de personnes âgées sont en situation de risque* (Nov. 29, 2006). Disponible à l'adresse : <http://www.helpage.org/News/Mediacentre/Pressreleases/wSGB>.

¹³⁵ Banque Mondiale, *Bref aperçu sur le Handicap et le VIH/SIDA* (Nov. 2004). Disponible à l'adresse <http://siteresources.worldbank.org/INTPHAAG/Resources/AAGEngDisabilityHIVr4.pdf>.

¹³⁶ Médecins pour les Droits de l'Homme, *Nigeria: Accès aux soins de santé pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA*(2006), page 36. Disponible à l'adresse : <http://physiciansforhumanrights.org/library/documents/reports/nigeria-access.pdf>.

¹³⁷ Paul Hunt, *Rapport du Rapporteur Spécial sur le droit qu'a toute personne à jouir du meilleur état de santé physique et mentale*. Doc N.UE/CN.4/2005/51 (11 Fév. 2005), aux para. 53-55. Disponible à l'adresse :

<http://www2.essex.ac.uk/human%5Frights%5Fcentre/rth/docs/CHR%202005.pdf>.

¹³⁸ Mental Disability Rights International, *Torment not Treatment: Association Serbe de lutte contre les Ségrégations et les Abus sur les Enfants et les Adultes handicapés* (2007), chapitre vii. Disponible à l'adresse : <http://www.mdri.org/projects/serbia/Serbia-rep-english.pdf>.

Mon travail est rendu difficile par l'attitude négative des gens à l'égard de la santé mentale... Certains de mes collègues appellent les malades mentaux 'vos gens' comme s'ils n'avaient rien à faire avec eux. Nous essayons de nous débarrasser de cette culture.

- Un infirmier psychiatrique, Province d'Eastern Cape, Afrique du Sud¹³⁹

Il a été établi que les agents de santé en Inde - des professionnels de haut niveau au personnel de salle- avaient des pratiques discriminatoires vis-à-vis des malades séropositifs. C'est le personnel de salle qui a le plus démontré des attitudes discriminatoires à l'égard des malades.¹⁴⁰ Au Nigeria, 59 % des professionnels de la santé interrogés, estiment que les malades du SIDA devraient être placés dans des pavillons séparés, alors que 40 % croyaient que l'apparence d'une personne pouvait révéler sa séropositivité.¹⁴¹ Quelques 12 % des agents de santé interrogés au Kenya en 2006 ont révélé apporter des niveaux de soins différents aux personnes séropositives et aux personnes séronégatives, alors qu'une proportion plus importante d'agents de santé a révélé être auteurs d'attitudes discriminatoires.¹⁴²

[Les professionnels de la santé] vivent dans des milieux qui ont une très faible connaissance de la maladie. Beaucoup [de professionnels de la santé] apprennent sur le tas et n'ont reçu aucune formation formelle sur le VIH. La plupart d'entre eux n'ont pas l'occasion de recevoir une formation continue ou un perfectionnement sur le VIH ; ils n'ont pas non plus accès aux dernières informations sur le VIH et le SIDA.

- Un décideur Nigérian¹⁴³

Tous ces exemples illustrent bien l'importance d'inclure dans la planification du personnel de santé (et dans l'élaboration du budget) la formation avant et pendant l'emploi ainsi que la formation relative au VIH/SIDA, le handicap physique et mental, la stigmatisation, les droits des malades, et les droits de l'homme, en tant que partie intégrante de la formation et du développement professionnel des agents de santé à tous les niveaux (au lieu que ce soient des éléments auxquels on pense après coup et

¹³⁹ Kerry Cullinann, « La Voix d'une infirmière : Gugu Majola, Gateway Clinic at Mary, Theresa Hospital. » *Dans Health Systems Trust (Petrida Ijumba & Peter Barron, eds.), Revue Sud-Africaine sur la santé* (2005), pages 160-161. Disponible à l'adresse : http://www.hst.org.za/uploads/files/sahr05_voices5.pdf.

¹⁴⁰ Programme Horizons /Conseil de la population, Sharan & l'Institut de la croissance économique, *Réduire la stigmatisation et la discrimination liées au SIDA dans les Hôpitaux Indiens* (2006), pages 24-27. Disponible à l'adresse : <http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/inplhafriendly.pdf>.

¹⁴¹ Médecins pour les Droits de l'Homme, *Nigeria: Accès aux soins de santé pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA*(2006), page 51. Disponible à l'adresse : <http://physiciansforhumanrights.org/library/documents/reports/nigeria-access.pdf>.

¹⁴² Kenya Treatment Action Movement (avec le soutien financier de l'USAID (Health Policy Initiative Task Order 1)), *Measuring Facility/Provider Index of Stigma and Discrimination in Kenya* (2007), pages 9, 20.

¹⁴³ Médecins pour les Droits de l'Homme, *Nigeria: Accès aux soins de santé pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA* (2006), page 51. Disponible à l'adresse : <http://physiciansforhumanrights.org/library/documents/reports/nigeria-access.pdf>.

qui peuvent être supprimés lorsque les budgets sont serrés). Cela est essentiel pour promouvoir la non-discrimination et garantir l'accès égal aux soins de santé pour tous les malades.

La discrimination contre les malades procède également de la peur des infections et des blessures, en raison des mauvaises conditions de travail et de l'absence des équipements essentiels tels que les gants. L'absence d'équipements de protection par exemple, contribue largement aux comportements discriminatoires de la part des agents de santé Nigériens vis-à-vis des personnes atteintes du VIH ou soupçonnées de l'être.¹⁴⁴

Comment peut-on parler du devoir moral d'un infirmier de fournir des soins alors qu'on ne lui donne pas les moyens de le faire, sans risquer à tout moment de se blesser ?¹⁴⁵

Pour diminuer ces pratiques discriminatoires de la part des agents de santé, la formation sur les précautions universelles doit être combinée à des ressources adéquates, afin que les agents de santé puissent se protéger et protéger leurs malades des risques liés à leur travail. Le plan du personnel devrait évaluer la fiabilité de l'accès des agents de santé à la formation sur les mesures de prévention des infections. Si l'accès aux précautions universelles, telles que les gants et les contenants imperforables pour l'élimination des aiguilles, est restreint ou inexistant, les agents de santé et leurs patients se retrouvent en danger. De plus, l'absence de telles précautions entre en contradiction directe avec l'obligation d'un État de prendre des mesures pour réduire au minimum les risques professionnels sur la santé¹⁴⁶ et d'agir pour « [prévenir, traiter] et contrôler...les maladies épidémiques, endémiques, et celles liées au travail, etc. »¹⁴⁷

Il faut également sensibiliser les agents de santé aux droits et besoins d'autres groupes souvent victimes de marginalisation, mais également aux risques et préoccupations particulières en matière de santé de certaines populations, y compris les personnes handicapées, les gays et lesbiennes, etc. (sans toutefois que ces questions envahissent le secteur de la santé). Les agents de santé doivent être les premiers à respecter les droits de l'homme ; leur discrimination peut tuer. Kasia Malinowska-Sempruch de l'*Open Society Institute*, parlant de l'épidémie de VIH qui a sévi en Europe de l'Est et en Asie Centrale (les contaminations se sont faites principalement par injections), a expliqué que : « les Gouvernements demandent aux toxicomanes d'agir de manière responsable et de ne pas infecter les autres, mais les centres de santé ont fermé leurs portes à ceux qui cherchaient à prendre soin d'eux-mêmes...Le message ainsi envoyé

¹⁴⁴ *Id.* page 24.

¹⁴⁵ Shreedevi Balachandran, « Infirmiers et risque de contamination par le sang. » *Indian Journal of Medical Ethics* (Oct.-Déc. 2004). Disponible à l'adresse : www.ijme.in/104di088.html.

¹⁴⁶ Comité sur les droits économiques, sociaux, et culturels, *Observation Générale No 14, Le droit au meilleur état de santé possible*, Doc N.UE/C.12/2000/4 (2000), at para. 36. Disponible à l'adresse : <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/escgencom14.htm>.

¹⁴⁷ Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, A.G.res.2200A (XXI), 21 N.U.GAOR Supp. (No. 16) page 49, Doc N.UA/6316 (1966), 993, N.U.T.S. 3, *entré en vigueur le 3 Jan. 1976*, art. 12(2) (c). Disponible à l'adresse : <http://www1.umn.edu/humanrts/instatee/b2esc.htm>.

est que certaines personnes atteintes de VIH sont bonnes et pures, et d'autres méritent de mourir. »¹⁴⁸

Pour garantir l'égalité pour l'ensemble de la population, il faut prêter une attention toute particulière aux groupes qui ne parlent pas la langue dominante, ou qui parlent des langues locales ou indigènes. La qualité et la disponibilité effective des services de santé risquent d'être compromises si les agents de santé et leurs patients éprouvent des difficultés à communiquer, en raison de la barrière linguistique. Les agents de santé issus des communautés locales et qui en parlent les langues sont plus susceptibles de connaître la culture locale et ainsi, fournir des soins qui soient à la fois scientifiquement et culturellement acceptables.¹⁴⁹ De même, en recrutant des étudiants pour la formation des professionnels de la santé, il faudrait veiller à avoir un nombre suffisant de professionnels parlant les langues locales, et à former des agents de santé dans ces langues entre temps, si le recrutement se révèle insuffisant.

Egalité des genres

Les impératifs en matière de droits de l'homme coïncident avec les justifications pratiques pour l'intégration d'une perspective de genre dans la planification du personnel de santé et pour créer des dispositions équitables pour les femmes travaillant dans le secteur de la santé.

Afin de combattre la discrimination fondée sur le genre, et permettre aux femmes de jouir pleinement du droit à la santé, au même titre que les hommes, les États devront : « ...intégrer une perspective de genre dans leurs politiques de santé, la planification, les programmes et la recherche, afin de promouvoir une meilleure santé pour les femmes et les hommes. Une approche fondée sur le genre reconnaît que les facteurs biologiques et socioculturels déterminent dans une large mesure la santé des hommes et des femmes. »¹⁵⁰

Une telle approche est d'autant plus critique que, partout dans le monde, les femmes jouent un rôle éminemment important dans la fourniture des services de soins de santé dans les structures à la fois formelles et informelles, et que dans certains pays, elles représentant jusqu'à 80 % du personnel de santé.¹⁵¹

¹⁴⁸ « XVI Conférence Internationale sur le SIDA : Programmes de traitement du VIH *FAIL Drug Users* en Asie et en ex-Union soviétique, Experts Warn. » *PLANetWIRE.org*, 16 Août. 2006. Disponible à l'adresse :

<http://www.planetwire.org/details/6580>.

¹⁴⁹ Voir Médecins pour les Droits de l'Homme, *Retards fatals : La mortalité maternelle au Pérou* (2007), pages 131-132. Disponible à l'adresse :

<http://www.physiciansforhumanrights.org/library/documents/reports/maternal-mortality-in-Pérou.pdf>.

¹⁵⁰ Comité sur les droits économiques, sociaux, et culturels, *Observation Générale No 14, Le droit au meilleur état de santé possible*, Doc N.U. E/C.12/2000/4 (2000), at para. 30. Disponible à l'adresse : <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/escgencom14.htm>.

¹⁵¹ Organisation Internationale du Travail & Organisation Mondiale de la Santé, Directives conjointes de l'OIT et de l'OMS sur les services de santé et le VIH/SIDA (2005), page 9. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/who_ilo_guidelines.pdf.

- En Afrique sub-saharienne, les femmes constituent l'essentiel des employés du secteur formel de la santé, contrairement à d'autres secteurs où elles ne sont pas si bien représentées.¹⁵²
- Aujourd'hui, les femmes constituent la majorité des étudiants de premier cycle inscrits dans les filières médicales en Afrique du Sud.¹⁵³
- Les femmes et les jeunes filles sont plus susceptibles de fournir des soins aux membres de leurs familles lorsque ceux-ci sont malades. Et ce sont les femmes qui fournissent en premier les soins à domicile ou communautaires aux personnes souffrant du VIH/SIDA.

Les plans du personnel de santé doivent reconnaître, de manière explicite, que les facteurs qualitatifs liés au genre ont un impact sur les choix professionnels, les pratiques de travail, les cheminements de carrière, et ainsi développer des stratégies de recrutement, des plans de rétention et promouvoir des conditions d'emploi qui tiennent compte des besoins et des préférences des femmes, afin d'encourager un déploiement et une rétention efficaces du personnel de santé.¹⁵⁴ Les femmes travaillant dans le secteur de la santé doivent souvent trouver l'équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie familiale ; en outre, elles sont très attachées aux horaires de travail flexibles, à l'existence des services de garde d'enfants et aux dispositifs *ad hoc* en matière de logement, en plus du salaire. Les femmes servant dans des localités éloignées expriment également des préoccupations concernant les mesures de sécurité et les possibilités de transport.¹⁵⁵

Il faut absolument prendre des mesures pour combattre la discrimination, car la parité numérique ne s'est pas traduite en conditions de travail équitables. Les femmes risquent de faire l'objet de discrimination ou de mauvais traitements dans leur travail d'agents de santé. Cela, sous la forme de salaires bas ou inégaux, d'un accès inégal aux opportunités de développement de carrière, de harcèlement sexuel, de violence sur le lieu de travail, ou d'une combinaison de ces éléments,¹⁵⁶ chacun d'eux contribuant à l'exclusion des femmes du secteur de la santé.

Encore aujourd'hui, les femmes ont le plus de chances d'être concentrées dans des postes spécifiques du secteur de la santé, tels que l'infirmierie, et d'être sous-

¹⁵² Hilary Standing, « Le Genre - Une dimension manquante dans la politique et la planification des Ressources Humaines. » *Human Resources Development Journal* (Jan.-Avril 2000) 4:27-43, at 36.

¹⁵³ Mignonne Breier & Angelique Wildschut, « La féminisation des écoles médicales en Afrique du Sud. » *HSRC (Conseil de Recherche sur les Sciences Humaines) Revue* (Nov. 2006) 4(4): 10-12. Disponible à l'adresse : http://www.hsrc.ac.za/HSRC_Review_Article-44.phtml.

¹⁵⁴ Hilary Standing, « Le Genre - Une dimension manquante dans la politique et la planification des Ressources Humaine pour les Réformes de la Santé. » *Human Resources Development Journal* (Jan.-Avril 2000) 4:27-43. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/hrh/en/HRDJ_4_1_04.pdf.

¹⁵⁵ Hilary A. Brown & Laura Reichenbach, *Améliorer la Performance des Systèmes de santé : Genre et Personnel de santé mondial* (Oct. 2004), présenté lors du Forum Mondial sur la recherche sur la santé 8, Mexico, Nov. 2004. Disponible à l'adresse : <http://www.globalforumhealth.org/Forum8/Forum8-CDROM/OralPresentations/Reichenbach%20L%20Brown%20H%20F8-544.doc>.

¹⁵⁶ James McCaffrey (The Capacity Project), *Global Health Technical Briefs : Surmonter la crise du personnel de santé* (Nov. 2006). Disponible à l'adresse : <http://www.maqweb.org/techbriefs/tb37capacity.pdf>.

représentées dans les postes professionnels, de gestion, ou de prise de décisions élevés. Au Bangladesh, par exemple, les femmes occupent en majorité des postes d'infirmières, mais sont très peu représentées parmi les dentistes, les assistants médicaux, les pharmaciens, les gestionnaires et les médecins.¹⁵⁷ Et cette sous représentation des femmes au sein des professions de santé de rang supérieur n'est pas l'apanage des pays en voie de développement. Le *Royal College of Nursing* estime que 93 % du personnel infirmier en Grande-Bretagne est constitué de femmes, alors que quelques 45 % des hommes occupent les postes de cadres supérieurs et héritent dans les mêmes proportions des opportunités de développement professionnel et de formation.¹⁵⁸ La planification du personnel de santé est l'occasion de se pencher sur les obstacles à l'emploi des femmes dans les postes supérieurs et de prendre des mesures pour les surmonter et changer la donne.

La sécurité personnelle est une autre grande préoccupation pour les femmes travaillant dans des structures de santé. En outre, la féminisation croissante du personnel de santé exige de se pencher au plus vite sur les questions de sécurité et de violence sur le lieu de travail.¹⁵⁹ En Afrique du Sud par exemple, les infirmières (les femmes sont prédominantes dans cette profession) ont trois fois plus de chances de subir la violence sur leur lieu de travail que tout autre membre d'une autre profession de santé.¹⁶⁰ Les plans du personnel de santé devraient de manière explicite, entendre les préoccupations de ces femmes au sujet de leur sécurité et prévoir des ressources pour la mise en œuvre de mesures tendant à y remédier. Au Zimbabwe par exemple, pour lutter contre l'insécurité, une infirmière responsable d'une structure de santé rurale a fait installer des lumières dans le parking et organisé un service de ramassage par bus qui ramène les femmes chez elles.¹⁶¹

La discrimination fondée sur le genre a des implications négatives sur la répartition, la motivation et la rétention du personnel de santé féminin, ainsi que sur la fourniture de services de santé disponibles, accessibles, acceptables et de qualité. Une approche de la planification du personnel de santé fondée sur les droits examinera les moyens de mieux assurer la création d'environnements de travail sûrs, favorables et équitables pour les femmes du secteur sanitaire. Une telle approche est nécessaire pour corriger les disparités au sein d'un pays et fournir des services de santé accessibles, acceptables et durables à tous les segments de la population.

Traitement équitable pour tous les agents de santé

¹⁵⁷ Pascal Zurn, Mario R. Dal Poz, Barbara Stilwell & Orvill Adams, « Disparité du personnel de santé. » *Ressources en personnel de santé* (2004) 2:13. Disponible à l'adresse : <http://www.human-resources-health.com/content/2/1/13#B77>.

¹⁵⁸ Conseil International des Infirmiers (Conseil International des Infirmières), *Fiche d'information : Egalité des opportunités : Questions de genre*, http://www.icn.ch/matters_equalop.htm. Visité le 24 Jan., 2008.

¹⁵⁹ Organisation Mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde 2006: Travailler ensemble pour la santé* (2006), page 11. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/whr/2006/en/index.html>.

¹⁶⁰ Petrida Ijumba, « La Voix des agents de santé primaire. » *Dans Health Systems Trust* (Petrida Ijumba, ed.), *Revue Sud-Africaine sur la santé 2002* (2002), page 193. Disponible à l'adresse : <http://www.hst.org.za/uploads/files/chapter10.pdf>.

¹⁶¹ Communication personnelle de Barbara Stillwell, Département Ressources en personnel de santé, Organisation Mondiale de la Santé, 10 Fév. 2006.

La fourniture aux usagers de la santé de structures de santé, de biens et services équitables, passe par le respect des droits des agents de santé ; de plus, il faut leur garantir un traitement égal et des conditions de travail justes. Un plan du personnel de santé qui adhère aux principes des droits de l'homme veillera à savoir, comment, le cas échéant, les agents de santé subissent des traitements inéquitables ou une discrimination ainsi que l'impact de ceux-ci sur leur motivation et leur rétention, et par conséquent, sur la disponibilité des services de santé.

a. Structures inégales des salaires

Une structure des salaires à deux vitesses peut aboutir à des soins de santé inéquitables. Ce scénario se présente lorsque des agents de santé affectés à des programmes spécifiques à des maladies (dont la plupart sont financés par les donateurs), notamment le VIH/SIDA, reçoivent des salaires ou des incitations financières qui ne permettent pas au secteur public de bien prendre en charge ses employés -telles que les infirmières en obstétrique- qui par ailleurs fournissent des services essentiels.¹⁶² Les écarts de salaires entre les différents programmes ne constituent pas en eux-mêmes nécessairement un cas de discrimination fondée sur les droits ; les écarts de salaires existent dans toutes les professions et, en l'occurrence, les agents de santé publique ou primaire n'ont pas automatiquement le « droit » à des salaires identiques, par exemple, à ceux de leurs homologues employés dans les programmes SIDA.¹⁶³ Le risque est que ces écarts de salaires réduisent le nombre d'agents de santé et donc, le nombre de services de santé primaire disponibles dans le secteur public (dont dépendent principalement les populations pauvres). Les structures inégales des salaires peuvent faire un mal disproportionné aux populations pauvres et rurales, en détournant les agents de santé du secteur public vers des postes plus lucratifs, en défavorisant les agents de santé qui pratiquent dans les hôpitaux des districts ruraux ou dans les structures de santé primaire par rapport à leurs collègues des zones urbaines ou du secteur tertiaire, ou en causant la discorde entre les différentes professions. Tout cela peut entamer la motivation des agents de santé, rendre difficile leur rétention, et réduire la qualité et la disponibilité des soins.¹⁶⁴

b. Inégalité des indemnités

¹⁶² Organisation Mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde 2006: Travailler ensemble pour la santé* (2006), page 21. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/whr/2006/en/index.html>.

¹⁶³ Toutefois, il est important que les plans du personnel de santé reconnaissent les salaires bas et peu fiables des employés du secteur public ont de véritables implications sur les droits de l'homme. Ils peuvent constituer une violation du droit des agents sanitaires à un niveau de vie décent et une rémunération juste. Ces violations ont également des conséquences sur la motivation et la rétention du personnel, limitant ainsi les services de santé tout en les rendant moins équitables.

¹⁶⁴ Des ONG du Nord et du Sud collaborent à la création d'un code de bonne pratique (code of practice) destiné aux ONG internationales travaillant dans les pays en voie de développement pour produire des directives à suivre par ces ONG afin de renforcer les capacités des personnels de santé, et éviter de créer des distorsions en son sein. Ce code (à l'état de projet au moment de la publication) est disponible à l'adresse : <http://ngocodeofconduct.org/>.

L'inégalité dans la fourniture des services risque d'être renforcée lorsque les primes de sujétion, de rareté des compétences, ciblent une catégorie particulière d'agents de santé, telle que les médecins ou les catégories spécialisées d'infirmiers des hôpitaux, et laissent de côté d'autres catégories connaissant des conditions de travail tout aussi difficiles, telles que les infirmiers servant dans les hôpitaux des districts ruraux ou dans les structures de soins de santé primaire.¹⁶⁵ C'est ce qui s'est passé au Ghana, où le personnel infirmier a eu le sentiment que ses efforts n'étaient pas appréciés à leur juste valeur, du fait de la forte disparité entre les rémunérations supplémentaires des médecins et des infirmiers dans le cadre du *Ghana's Additional Hours Duty Allowance* (ADHA). Cela a causé une certaine démotivation et conduit à une forte augmentation du nombre d'infirmiers souhaitant se délocaliser.¹⁶⁶

*À salaire égal, nous ne sommes pas payés comme des professionnels. Il y a l'indemnité de [compétences] rares. Mais elle va principalement aux médecins. Les infirmiers devraient également prétendre à cette indemnité, car souvent, ce sont eux qui orientent les médecins.*¹⁶⁷

- *Infirmier en Santé Mentale, Eastern Cape, Afrique du Sud*

Ces pratiques risquent de dévaluer les contributions des infirmiers et d'autres travailleurs qualifiés, et renforcer ainsi l'aliénation, la baisse du moral des personnels et accélérer les départs. Les plans du personnel de santé devraient veiller à ce que ces indemnités facilitent la rétention du personnel dans les zones mal desservies et à ce qu'elles ne soient pas à l'origine de discordes ou démotivantes.¹⁶⁸ La structure des indemnités et des salaires doit être bien pensée, transparente et conforme aux principes d'équité qui mettent en avant la fourniture d'une large palette de services

¹⁶⁵ La Revue Sud-Africaine sur la Santé a souligné que le départ des infirmiers professionnels des hôpitaux de district, vers l'étranger et les zones urbaines constituait un problème grave qui pourrait même être pire que la migration des médecins. La Revue a également pointé la limitation des indemnités de compétences rares, qui souvent ne concernaient que quelques catégories d'infirmiers spécialisés et que l'on ne retrouve pas toujours dans les hôpitaux de district. Cela représente un facteur majeur d'exode. Elle a également relevé que le peu d'indemnités de compétences rares s'adressaient le plus souvent aux agents de santé des hôpitaux, donnant ainsi le sentiment aux infirmiers des structures de santé primaire d'être moins valorisés que leurs collègues des hôpitaux. Ian Couper, Marietjie de Villiersii & Nontsikelelo Sondzabai, « Ressources Humaines : Hôpitaux de district . » *Dans Health Systems Trust (Petrida Ijumba & Peter Barron, eds.), Afrique du Sud Health Review* (Aug. 2005), page 126. Disponible à l'adresse : http://www.hst.org.za/uploads/files/sahr05_chapter9.pdf.

¹⁶⁶ James Buchan & Delanyo Dovlo, *Recrutement International des Agents de santé en Grande-Bretagne : Rapport pour le DFID (Département Britannique pour le Développement International)* (Fév. 2004), pages 21, 23. Disponible à l'adresse : http://www.dfidhealthrc.org/Shared/publications/reports/int_rec/int-rec-main.pdf.

¹⁶⁷ Kerry Cullinann, « La Voix d'une infirmière : Gugu Majola, Gateway Clinic at Mary, Theresa Hospital. » *Dans Health Systems Trust (Petrida Ijumba & Peter Barron, eds.), Revue Sud-Africaine sur la santé* (2005), page 160. Disponible à l'adresse : http://www.hst.org.za/uploads/files/sahr05_voices5.pdf.

¹⁶⁸ Nzapfurundi Chabikuli, Duane Blaauw, Lucy Gilson & Helen Schneider, « Politiques de Ressources Humaines : Réforme du secteur de la santé et Gestion des Services de soins de santé primaire en Afrique du Sud. » *Dans Health Systems Trust (Petrida Ijumba & Peter Barron, eds.), Revue Sud-Africaine sur la santé* (Aug. 2005), page 110. Disponible à l'adresse : http://www.hst.org.za/uploads/files/sahr05_chapter8.pdf.

de soins de qualité dans des environnements défavorisés et des compétences plus spécialisées. Ne pas tenir compte de telles considérations dans le processus de planification, pourrait causer des conséquences imprévues et négatives sur la motivation et la rétention des agents de santé, et ce, au détriment des populations pauvres et mal desservies.

Utilisation accrue

La planification pour une utilisation accrue des services est également importante pour garantir un accès équitable aux services de santé, au moment où baissent les barrières financières et autres. Il est par exemple bien établi que les frais d'utilisation des services sont la forme de financement de la santé la plus rétrograde et qu'ils bloquent l'accès aux services de santé pour les ménages les plus pauvres.¹⁶⁹ Ils mettent à mal l'équité dans l'accès aux services de santé et empiètent sur le droit à l'accessibilité économique :

*Les structures de santé, les biens et services doivent être accessibles pour tous...Pour assurer une véritable équité, les foyers les plus pauvres ne devraient pas être surchargés par des frais de santé comparativement aux foyers riches.*¹⁷⁰

L'élimination des frais d'utilisation, notamment pour les frais de santé essentiels, est conforme - et même exigée par - à une approche de la santé fondée sur les droits. Toutefois, l'élimination non planifiée de ces frais pourrait entraîner une forte augmentation des services, qui risque de déborder la capacité des agents de santé actuels et de détériorer davantage la qualité des soins aux malades.¹⁷¹ Les Gouvernements devraient abolir les frais d'utilisation le cas échéant, tout en élaborant d'autres mécanismes de financements plus équitables ; les plans du personnel de santé devraient reconnaître le rôle que les frais d'utilisation ont pu jouer dans le financement de la santé et leur impact sur l'accès aux services. Ils devraient s'intéresser à l'impact de l'abolition des frais d'utilisation sur l'augmentation de la demande en services de santé, et par ricochet, au besoin d'un surcroît d'agents de santé qui en découlerait. De même, ils devraient envisager d'autres produits pour la santé et fournitures médicales, dont les médicaments. S'il est vrai que les frais d'utilisation ont servi par le passé de complément salarial pour des agents de santé, le plan de santé du personnel devra trouver d'autres moyens pour leur garantir un salaire décent leur permettant de bien vivre.

¹⁶⁹ Lucy Gilson & Di McIntyre, « Eliminer les frais d'utilisation pour les soins de santé primaire en Afrique : besoin d'une action prudente. » *BMJ* (Oct. 1, 2005) 331:762-765. Disponible à l'adresse : <http://www.bmj.com/cgi/content/full/331/7519/762.pdf>.

¹⁷⁰ Comité sur les droits économiques, sociaux, et culturels, *Observation Générale No 14, Le droit au meilleur état de santé possible*, Doc N.UE/C.12/2000/4 (2000), au para. 12(b). Disponible à l'adresse : <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/escgencom14.htm>.

¹⁷¹ « [Les services de santé de] La Zambie est submergée par la gratuité des soins de santé. » *BBC News Online*, 7 Avril 2006. Disponible à l'adresse : <http://news.bbc.co.uk/2/hi/africa/4883062.stm>. Voir aussi Lucy Gilson & Di McIntyre, « Eliminer les frais d'utilisation pour les soins de santé primaire en Afrique : besoin d'une action prudente ». *BMJ* (Oct. 1, 2005) 331:762-765. Disponible à l'adresse : <http://www.bmj.com/cgi/content/full/331/7519/762?ecoll>.

VIII. Réponse Globale

Raisons pratiques et humanitaires nécessaires à une réponse globale

Les considérations d'ordre pratique et humanitaire informent sur la nécessité d'une approche globale à la planification en matière de personnel de santé. L'effectif de chaque pays est partie intégrante d'un large réseau de systèmes sanitaires et sociaux structurés et influencés par plusieurs facteurs, entre autres l'éducation et la formation, le marché du travail (à l'échelle nationale et internationale), les charges dues aux maladies, le changement démographique, et les lois et règlements administratifs. Ces facteurs externes doivent être explicitement pris en compte dans les stratégies de formation du personnel de santé, même s'il s'avère peu pratique d'y faire face tous à la fois et en même temps.¹⁷²

D'un point de vue pratique, une approche globale est utile quand il s'agit de trouver une solution aux nombreux facteurs qui caractérisent la crise en matière d'effectif du personnel de santé, entre autres:

1. Pénurie, due à l'émigration, la mort par le SIDA, et du manque de créneau de formation;
2. Répartition inégale, aggravée par des conditions du monde rural et du secteur public;
3. Faible productivité, liée à des politiques inadéquates et au manque de matériel;
4. Service inadéquat, relatif au manque de formation, à une éducation non continue et l'absence d'assistance en termes de suivi.

Il faudrait qu'un pays s'attèle à trouver des solutions à ces aspects de la crise pour offrir un personnel de santé disposé, accessible, acceptable, et de bonne qualité. La plupart de ces manquements contribuent par ailleurs à favoriser la migration du personnel de santé vers les pays d'Outremer. Par conséquent une approche plus globale irait dans le sens du maintien sur place et aiderait à mettre un frein à la fuite des cerveaux.

Le rapport sur la santé dans le monde, 2006: oeuvrer ensemble pour la santé propose un cadre technique commun d'assistance aux pays par l'adoption d'une approche globale à la planification du personnel de santé.¹⁷³ Le Cadre d'action des Ressources Humaines pour la santé (HRH) comporte six volets interdépendants (politique, finance, éducation, partenariat et leadership), le tout gravitant autour des systèmes de gestion du personnel de santé. Le Cadre d'Action HRH met en exergue les risques d'affronter la crise du personnel de santé d'une manière fragmentaire, en étant "contreproductif et pouvant résulter en un changement éphémère. Au lieu de concentrer d'entrée l'action sur un ou deux objectifs, il est important de mettre en branle un plan global intégrerait les points saillants des six volets." Le Cadre d'Action

¹⁷² Vasant Narasimhan, Hilary Brown, Ariel Pablos-Mendez, et al., "Répondre à la crise mondiale des ressources humaines." *Lancet* (May 1, 2004) 363:1469-1472.

¹⁷³ Organisation Mondiale de la Santé, *Rapport 2006 de l'OMS: Travailler ensemble pour la Santé* (2006), page 137. Disponible sur le site: <http://www.who.int/whr/2006/en/index.html>.

mettra l'accent également sur la nécessité de relier les ressources humaines pour la santé aux autres composantes du système sanitaire en vue de parvenir aux résultats escomptés.¹⁷⁴

Une approche basée sur les droits humanitaires facilitera aussi l'avènement d'une vision plus globale de la gestion du personnel de santé ; ce qui permettra de mieux maîtriser les contextes politiques, sociaux et économiques complexes qui agissent sur la production, le maintien sur place et la répartition du personnel de santé d'un pays. Par nature, le droit à la santé donne une vue globale de l'état de la santé, entre autres, des services sanitaires et des conditions d'accès à une vie saine et digne.

Les priorités à la planification du personnel de santé doivent être définies dans le cadre d'une approche globale. Le minimum requis en termes d'obligations figurant dans l'Observation générale No 14 (General Comment 14) est un début prometteur à l'identification de ces derniers.

En particulier une des obligations principales¹⁷⁵ précise le devoir des états de veiller à « l'adoption et à la réalisation d'une stratégie de santé publique et d'un plan d'action à l'échelle nationale reposant sur » :

- Une "preuve épidémiologique" : Un plan global du personnel de santé doit prendre en considération les éléments de preuves dans la mesure du possible.¹⁷⁶
- "un processus participatif et transparent" : Un plan global du personnel de santé doit être conçu de manière à permettre une large adhésion des acteurs.

Les plans doivent aussi inclure :

- "le droit d'accès aux indicateurs et références de base" : un plan global concernant le personnel de santé devrait faciliter le suivi en vue de confirmer l'intégration des éléments essentiels à la réalisation de ce droit ; principalement sa disponibilité, son accessibilité, son acceptabilité et la qualité.

Le processus et le contenu du plan doivent :

- "mettre un accent particulier sur tous les groupes vulnérables ou marginalisés" : Un plan global du personnel de santé doit en priorité être élargi

¹⁷⁴ Le Cadre d'Action (HRH) est le fruit de la collaboration entre les représentants des agences multilatérales et bilatérale, des bailleurs et partenaires des pays, les organisations non-gouvernementales (ONG) et la communauté académique réunis à Washington, DC, sous l'égide de l'OMS et de l'USAID. Mario Dal Poz, Estelle Quain, Mary O'Neil, et al. "Addressing the health workforce crisis: towards a common approach." *Human Resources for Health* (2006) 4:21. Disponible sur le site: <http://www.human-resources-health.com/content/4/1/21>.

¹⁷⁵ Commission sur les Droits Economiques, Sociaux et Culturels, *Observation Générale 14, Le droit à un niveau de santé le plus élevé possible*, U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000), au para. 43(f). Disponible sur le site: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/escgencom14.htm>.

¹⁷⁶ Les preuves épidémiologiques comportent également les changements attendus au niveau des maladies et les problèmes actuels de santé, tels que les mutations et l'augmentation des catastrophes naturelles dues au changement climatique. Entretien personnel avec, Dr. Erica Franks, Président, Médecins pour une Responsabilité Sociale, 10 Jan. 2008.

Finalement un plan global de santé basé sur le droit doit être jugé, dans une large mesure, pour sa capacité à protéger et à promouvoir la santé chez les démunis et les marginalisés,¹⁷⁷ qui sont les moins accessibles à un service de santé acceptable et de qualité.

Les liens à un système de santé élargi

Le renforcement de la gestion du personnel dépend dans une large mesure de l'intégration de la gestion du personnel à un ensemble d'éléments d'un système de santé plus élargi qui agissent directement sur la capacité des travailleurs de la santé à s'acquitter de leur mission.

Le droit requiert des états qu'ils assurent «un bon fonctionnement des structures, des biens, services et programmes au sein du pays signataire ». Le contenu peut varier selon les réalités de l'état en question et du niveau de développement, il « comportera, cependant, les éléments déterminants de la santé, qui sont : une eau potable et sûre, des structures d'assainissements adéquates, des hôpitaux, cliniques et autres installations, un personnel médical professionnel et qualifié bien rémunérés sur le plan local et doté des médicaments essentiels, tel que défini par le Programme d'Action de l'OMS sur les Médicaments Essentiels».¹⁷⁸

La réalisation du droit à la santé en pratique dépend de la relation entre les soins et les conditions qui sont indispensables à une vie saine. Le fait de donner les moyens aux travailleurs de la santé de s'acquitter de leur mission est une nécessité si l'on veut atteindre le niveau de santé le plus élevé possible. Bien que les dispensateurs individuels soient à la base de tout service de santé de qualité, leur capacité à fournir un travail compétent, sûr et acceptable sera fortement limitée par l'insuffisance de ressources et des services essentiels inappropriés. Si par exemple les travailleurs de la santé ne disposent pas de moyens nécessaires pour mener à bien leur mission ou si leur traitement est tributaire des paiements à l'acte des services de santé de base,¹⁷⁹ ainsi des ressources insuffisantes ou inadéquates auront été allouées au personnel de santé. Quelque soit le procédé, il est contraire au droit aux soins de santé accessibles et de qualité. En effet des ressources inappropriées ont été utilisées pour permettre aux travailleurs de santé de donner des services de qualité ou bien de l'argent a été collecté au point de mettre en difficulté l'accès au service de santé.

Les personnels de santé ont insisté sur les contraintes que font peser le manque de matériels d'infrastructures fonctionnels, de médicaments sur leur capacité à traiter

¹⁷⁷ Audrey R. Chapman (Association Américaine pour l'Avancement de la Science), *Exploring a Human Rights Approach to Health Care Reform* (1993), parag. 23.

¹⁷⁸ Commission sur les Droits économiques, sociaux et culturels, *Observation Générales 14, Le droit à un niveau de santé le plus élevé possible*, U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000), au para. 12(a). Disponible sur le site: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/escgencom14.htm>.

¹⁷⁹ C'était le cas avant en Ouganda. Lucy Gilson & Di McIntyre, "Removing user fees for primary care in Africa: the need for careful action." *BMJ* (Oct. 1, 2005) 331:762-765. Disponible sur le site: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/331/7519/762.pdf>.

les malades efficacement comme étant la raison essentielle de leur décision d'émigrer. Des personnes interrogées lors d'une enquête au Zimbabwe ont déclaré que leur incapacité à offrir des soins adéquats liés à ces manquements est la principale cause d'abandon de poste.¹⁸⁰ L'insuffisance de ressources et le mauvais fonctionnement de l'équipement empêchent souvent les travailleurs de la santé de s'acquitter de leur mission primaire, un impératif à la bonne marche des services sanitaires; ils constituent un frein à la réalisation de leurs objectifs,¹⁸¹ dont la conséquence est la démoralisation et la frustration du personnel de santé. Des infirmières servant au Kenya relatent qu'il est souvent demandé aux parents accompagnant les patients d'apporter des draps de lit, du détergent et des gants à cause de la situation de grave pénurie en matière d'équipement de base.¹⁸² Un pharmacien sud-africain dit être dans l'impossibilité de se rendre dans les dispensaires en vue de livrer des médicaments ou de vérifier les stocks à cause des problèmes de transport, ce qui empêche la redistribution des ressources des zones de surplus vers des zones en situation de pénurie.¹⁸³ Les travailleurs de la santé tanzaniens comparent le traitement des malades à un jeu de hasard: du fait de la difficulté à accéder à un laboratoire médicale, le choix de traitement donne lieu à des conjectures. Une technicienne de laboratoire comparait le fait de faire des diagnostics sans utiliser le microscope à un jeu de hasard: "Vous ne pouvez jamais dire si vous traiter un paludisme, une typhoïde, ou s'il s'agit des deux. Je me sentais plus exposée que le malade lui-même. Nous sommes vraiment découragées de travailler dans ces dispensaires."¹⁸⁴

Ces mauvaises conditions et la pénurie croissante de personnel soignant nous renforcent et diminue d'avantage la qualité de service (ressources inappropriées et mauvaises conditions accélèrent les départs, surcharge du personnel qui reste en rendant les soins plus précaires, en même temps le manqué de personnel qualifié

¹⁸⁰ Réseau Regional pour l'Équité en Santé en Afrique Australe (EQUINET), Health Systems Trust (South Africa) and MEDACT (UK), *Health Personnel in Southern Africa: Confronting Maldistribution and Brain Drain* (2003) at 17. Disponible sur le site: <http://www.equinet africa.org/bibl/docs/healthpersonnel.pdf>.

¹⁸¹ Selon un jeune médecin employé d'un hôpital public en Afrique du Sud: "Le manque d'équipement et de médicaments est vraiment frustrant et déprimant. Vous ne pouvez pas faire un travail de qualité. Je n'ai pas encore réalisé mon idéal." Inke Mathauer & Ingo Imhoff (GTZ), *Staff Motivation in Africa: The Impact of Non-Financial Incentives and Quality Management Tools. A Way to Retain Staff?* (2003), page 5. Disponible sur le site <http://www2.gt z.de/migration-and-development/download/mathauer.pdf>.

¹⁸² Katie Nguyen, "Underpaid and Undervalued: Kenyan Nurses Lured Away." *The Boston Globe*, March 3 2006. Disponible sur le site http://www.boston.com/news/world/europe/articles/2006/03/03/underpaid_and_undervalued_kenyan_nurses_lured_away/.

¹⁸³ Petrida Ijumba, "'Voices' of Primary Health Care Facility Workers." In Health Systems Trust (Petrida Ijumba, ed.), *South African Health Review 2002* (2002), pages 194-195. Disponible sur le site: <http://www.hst.org.za/uploads/files/chapter10.pdf>.

¹⁸⁴ Rachel Manongi, Tanya Marchant & Christian Bygbjerg, "Improving Motivation Among Primary Health Care Workers in Tanzania: A Health Worker Perspective." *Ressources Humaines pour la Santé* (7 Mars 2006) 4:6. Disponible à ce site <http://www.human-resouces-health.com/content/4/1/6>.

oblige également les structures sanitaires de restreindre le service et les hospitalisations.¹⁸⁵

Je travail pour une institution privée dans se retrouve souvent dans l'incapacité de gérer les situations de catastrophe, n'ayant pas de plan de repli pour cause de personnel qualifié. Il nous arrive souvent de renvoyer des maladies quand nous n'y pouvons rien. Le service d'urgence et des accidents des établissements publics de santé ne fonctionne souvent qu'avec un seul agent alors qu'il faut six. L'épidémie de cholera a fait des victimes à cause du manqué de personnel pour effectuer un control efficace.

- Physician, Harare, Zimbabwe¹⁸⁶

Il y a aussi des conséquences graves au niveau des programmes de traitement vertical du fait que les hôpitaux et les cliniques restreignent l'inscription des malades dû à une pénurie d'ARV et de médicaments pour la tuberculose.¹⁸⁷ L'incapacité à traiter les maladies dues à la pénurie de médicaments est durement ressentie par les travailleurs de la santé. Cette situation leur donne un sentiment d'impuissance, leur laissant tout juste l'initiative de gérer les effets du SIDA sur les patients¹⁸⁸ ou de rester à l'expectative devant la mort alors que les malades attendent un traitement aux ARV : « Nous sommes confus d'avoir le terrible sentiment que rien ne peut se faire du fait que nous dépendons. »¹⁸⁹

Une gestion globale du personnel de santé prendra en compte ces aspects relatifs aux problèmes de développement et au système de santé dans sens large du terme, entre autres, la chaîne de distribution et la gestion du matériel, l'approvisionnement des structures de base et le financement de la santé, de tous les aspects qui influencent directement le personnel de santé et qui sont importants à la réalisation du droit à la santé. La gestion du personnel de santé doit faire partie et tout en y collaborant. Le Malawi, par exemple, est en train de réaliser son programme de gestion des ressources humaines d'urgence en collaboration avec Programme de gestion EHP, dont les

¹⁸⁵ Même les hôpitaux spécialisés sud-africains comme celui de Groote Schuur, qui a accueilli la première transplantation cardiaque en 1967, et le Red Cross Children's Hospital, le seul hôpital pédiatrique en Afrique du sud, déclarent être dans l'obligation de réduire le nombre de lits dans des unités de soins intensifs dû à la pénurie d'infirmières et de médecins qualifiés dans les USI. Voir Dominique Herman, "Nursing shortage forces more ICU closures." *IOL (South Africa)*, Nov. 4, 2005. Disponible sur le site: <http://www.healthlink.org.za/news/20041007>.

¹⁸⁶ Entretien avec Dr. Douglas Gwatidzo, Harare, Zimbabwe, March 1, 2006.

¹⁸⁷ Le chef de la clinique Antirétroviral de l'hôpital de Harare Central rapporte qu'ils ont cessé de prendre de nouveaux malades à cause de la pénurie d'ARV. Un total of 20.000 personnes étaient prévues pour le programme vers la fin 2005, mais en novembre 2005 seul 2005 s'étaient inscrits. "Harare Hospital Faces Closure." *Daily Mirror*, Nov. 21, 2005. Disponible sur le site: http://www.queensu.ca/samp/migrationnews/article.php?Mig_News_ID=2078&Mig_News_Issue=11&Mig_News_Cat=11.

¹⁸⁸ Petrida Ijumba, "'Voices' of Primary Health Care Facility Workers." *In Health Systems Trust* (Petrida Ijumba, ed.), *South African Health Review 2002* (2002), page 196. Disponible sur le site: <http://www.hst.org.za/uploads/files/chapter10.pdf>.

¹⁸⁹ "Focus on Health Workers." *Equal Treatment (Treatment Action Campaign)*, Dec. 2005, Numéro 18, page 13.

résultats être le renforcement du système de santé au-delà du seul problème d'effectif.¹⁹⁰

Relations avec les déterminants sous-jacents de la santé

De la même manière que le personnel de santé est lié et dépendant des autres aspects du système de santé, les travailleurs de la santé ont également les potentialités pour influencer sur les conditions sous-jacentes de la santé dans le cadre du travail, entre autres la malnutrition, l'eau non potable et le manque d'hygiène, et la sécurité individuelle. Par exemple, les travailleurs de la santé ont un important rôle à jouer dans la détection et le traitement de la malnutrition, tout d'abord dans la prévention par l'éducation et l'information fournie aux malades sur les programmes nutritionnels. Les travailleurs de la santé peuvent aussi prescrire directement des thérapies nutritionnelles, telles que des aliments enrichis prêt à l'emploi qui se conservent facilement et qui ont prouvé leur efficacité dans la lutte contre la malnutrition.¹⁹¹ Au Kenya, il y a WaterGuard, un programme de formation sur le traitement de l'eau destiné aux infirmiers et infirmières pour lutter contre maladies diarrhéiques.¹⁹² Les travailleurs de la santé doivent être formés pour reconnaître et traiter des cas de violence sexuelle, en plus des soins prophylactiques en matière d'anti-rétroviraux et des conseils à prodiguer aux patients sur les services sociaux et légaux appropriés.

Les travailleurs de santé communautaire peuvent avoir un important rôle à jouer dans la promotion de connaissance en matière de santé, l'éducation des membres de la communauté à-propos de nutrition, d'une hygiène correcte, et autres formes d'assainissement de l'environnement. Leur responsabilité peut aller au-delà de l'éducation, par exemple, assister à la construction de latrines ou à l'amélioration de l'accès à une eau saine.¹⁹³

¹⁹⁰ Debbie Palmer, "Tackling Malawi's Human Resources Crisis." *Reproductive Health Choices* (2006) 14: 27-39, pages 33, 35.

¹⁹¹ Médecins Sans Frontières, *La nourriture n'est pas assez - sans aliments essentiels, les millions d'enfants mourront*, Oct. 10, 2007. Disponible sur le site: http://www.msf.org/msfinternational/invoke.cfm?objectid=88BFF62D-15C5-F00A-2541FCBC25DD29EA&component=toolkit.article&method=full_html. Voir aussi Médecins Sans Frontières, *Traitement de la malnutrition: La révolution du RUF*, 10 Oct. 2007. Disponible sur le site: http://www.msf.org/msfinternational/invoke.cfm?component=article&objectid=88C80C10-15C5-F00A-257AF64DC3C4940F&method=full_html. Actuellement les difficultés dans la production d'aliments nutritifs et prêts à l'emploi limitent sa disponibilité. Voir Médecins Sans Frontières, *Increasing and ensuring the supply of therapeutic RUF*, Oct. 10, 2007. Disponible sur le site: http://www.msf.org/msfinternational/invoke.cfm?component=article&objectid=88CC9A04-15C5-F00A-25B3558F7E632BDB&method=full_html.

¹⁹² U.S. Centers for Disease Control and Prevention, *Working to Make Water Safe to Drink*. <http://www.cdc.gov/about/stateofcdc/everywhere/water.htm>, visité le 16 Jan., 2008.

¹⁹³ Uta Lehmann, Irwin Friedman & David Sanders, *Review of the Utilisation and Effectiveness of Community-Based Health Workers*, JLI Working Paper 4-1 (Feb. 2004), page 7. Disponible sur le site: <http://www.webcitation.org/query.php?url=http://www.globalhealthtrust.org/doc/abstracts/WG4/LehmannFINAL.pdf&refdoi=10.1186/1475-2875-6-11>.

Au delà du cadre des programmes, les travailleurs de la santé ont aussi un rôle en tant que leaders communautaires conscients que la plupart des problèmes de santé auxquels ils sont confrontés, directement et indirectement ont un lien avec les déterminants sous-jacents de la santé. Les travailleurs de la santé peuvent œuvrer à la conscientisation ou à la défense au sein de la communauté et du système politique au sujet de l'impact de la malnutrition, de la pollution et d'autres facteurs sur la santé.

Réponse globale aux besoins des travailleurs de la santé

Une approche globale à la gestion, reposant sur le droit, tiendra aussi compte des droits des travailleurs. Il n'est pas besoin de chercher loin pour trouver un lien important entre la situation de crise du personnel de santé et le déni du droit des travailleurs de santé dans leur lieu d'exercice, tel que stipulé dans la section de ce guide réservée à l'équité et de la non-discrimination. Par exemple, une récente évaluation sur le personnel de santé au Swaziland conclut que les infirmières et sages-femmes, l'épine dorsale du système de santé, ont le sentiment d'être particulièrement sous-estimé, mettant cette situation au compte à la fois des conditions précaires de travail, de bas salaires, du manque d'assistance et de considération comme des facteurs qui les poussent à émigrer.¹⁹⁴ Thandie Nhlengetfwa, une infirmière Swazi, décrit les raisons pour lesquelles plusieurs de ses collègues quittent le pays pour des postes en Afrique du sud:

*Les infirmières partent, non pas par absence de vocation, mais parce qu'elles pensent qu'elles ne sont pas considérées. Nous ne bénéficions pas d'augmentations de salaires (97% sont des femmes, j'imagine que les autorités lui accorde peu d'importance puisqu'il s'agit d'un métier de femmes). Nous sommes sous-équipées à l'hôpital: nous n'avons pas de gants pour nous protéger du VIH quand un nouveau-né a une hémorragie. Tu ne peux pas le laisser dans cet état, tu es obligé d'intervenir. Les infirmières sont découragées.*¹⁹⁵

La réalité est que les droits des infirmières d'accéder à "des conditions de travail juste et favorables," entre autres "des conditions de sécurité et d'hygiène," et "un salaire décent et équitable"¹⁹⁶ pour tous les travailleurs, y compris l'égalité dans les conditions de travail et de traitement entre hommes et femmes, sont violés ici. Ce commentaire pose certainement le problème d'équité, mais il souligne également la nécessité d'une réponse globale à l'émigration des infirmiers et infirmières: les infirmières pensent qu'elles sont victimes de discrimination parce que ce sont des femmes; elles n'ont pas l'équipement adéquat pour se protéger; leurs efforts sont à

¹⁹⁴ Organisation Mondiale de la Santé/Ministère de la Santé & de l'Action sociale du Swaziland, *A Situation Analysis of the Health Workforce in Swaziland* (Avril 2004), page 11.

¹⁹⁵ *Ce problème de statut est particulièrement prononcé au Swaziland, étant donné que les femmes sont considérées légalement et culturellement comme des mineures. Lire "Swaziland: Nurses' Strike Impacts on Health Care." IRIN, 25 Fév., 2004. Disponible sur le site sur le site : <http://www.irinnews.org/report.aspx?reportid=48745>.*

¹⁹⁶ International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, G.A. res.2200A (XXI), 21 U.N.GAOR Supp. (No. 16) page 49, U.N. Doc. A/6316 (1966), 993, U.N.T.S. 3, *entré en vigueur* le 3 Jan., 1976, aux articles. 7, 7(b), 7(a)(i). Disponible sur le site: <http://www1.umn.edu/humanrts/instree/b2esc.htm>.

peine récompensés, elles souffrent d'un manque de considération.¹⁹⁷ Ces violations ont un impact direct, elles jouent un rôle négatif sur les mesures tendant à retenir le personnel de santé, et par conséquent sur la mise à la disposition de services appropriés aux populations. Un programme global doit trouver les voies et moyens pour faire face ces violations, soit en agissant sur l'ensemble des travailleurs de la santé, soit sur les cadres en particulier, en vue de retenir ces travailleurs plus efficacement et de susciter l'amélioration de leur condition morale. Les travailleurs de la santé devraient bénéficier de d'une assistance psychosociale, par l'intermédiaire de l'entourage au sein duquel la confidentialité sera de rigueur.¹⁹⁸

Un ensemble de services en faveur des travailleurs de la santé - services VIH/SIDA

En plus des problèmes d'égalité de genres et de sécurité sur le lieu de travail dont l'objectif est la protection et la défense du droit des travailleurs, un programme global devrait avoir pour finalité le soulagement du secteur de la santé de l'immense impact négatif des problèmes liés au SIDA. Ceci requiert une action dans un certain nombre de front, et également des engagements durables de la part des ministères de la santé, des gouvernements et des bayeurs pendant des décennies.

La mise à la disposition des services chargés du VIH/SIDA en faveur des travailleurs de la santé constitue un défi qui nécessite un intérêt pour le développement d'un programme national en faveur du personnel de santé. Les travailleurs de la santé, comme tout un chacun, ont droit à un service sanitaire respectueux et confidentiel.¹⁹⁹ Dans le cas des travailleurs de la santé séropositifs, ce droit est souvent limité. Les travailleurs de la santé séropositives du Zimbabwe déclarent être victimes de stigmatisation: leur collègues refusent souvent de partager les toilettes avec eux ; ils apportent leurs propres ustensiles afin d'éviter tout contact potentiel au niveau des cafétérias.²⁰⁰ Le personnel de Médecins Sans Frontières engage dans plusieurs projets VIH/SIDA en Afrique du Sud ont rapporté plusieurs anecdotes sur des cas de « travailleurs de la santé qui préféreraient plutôt que de révéler leur séropositivité à un collègue ». ²⁰¹ Des travailleurs de la santé racontent également l'impossibilité pour eux d'accéder au soin du SIDA dans les mêmes structures que leurs malades : « le fait

¹⁹⁷ De même, une enquête menée dans quatre pays a montré que parmi les raisons avancées par le personnel de santé à qui ont demandé de s'expliquer sur leur décision d'émigrer, il y avait la faible rémunération, le déclin des services de santé, et le désir pour un environnement plus sûr, qui ont des implications sur les droits de l'homme. M. Awases, A. Gbary, J. Nyoni & R. Chatora (World Health Organization, Regional Office for Africa), *Migration of Health Professionals in Six Countries: A Synthesis Report* (2004), page 43. Disponible sur le site: <http://www.afro.who.int/dsd/migration6countriesfinal.pdf>.

¹⁹⁸ Médecins pour les droits de l'homme, *Plan d'Action contre la fuite des cerveaux: Elaborer des systèmes de santé équitables en Afrique* (Juin 2004), page 44. Disponible sur le site: <http://physiciansforhumanrights.org/library/documents/reports/report-2004-july.pdf>.

¹⁹⁹ Committee on Economic, Social and Cultural Rights, *General Comment 14, The right to the highest attainable standard of health*, U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000), aux para. 12(b), 12(c). Disponible sur le site: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/escgencom14.htm>.

²⁰⁰ "Zimbabwe: HIV Positive Health Workers form Union." *IRIN PlusNews*, 16 Fév., 2007. Disponible sur le site: <http://www.plusnews.org/report.aspx?reportid=70230>.

²⁰¹ Katharina Kober & Wim Van Damme, "Scaling Up Access to Antiretroviral Treatment in South Africa: Who Will Do the Job?" *Lancet* (July 3, 2004) 364:103-107, page 105.

de se mettre à la même queue » constituent une barrière à franchir pour accéder au test et au traitement VIH.²⁰²

Le développement des centres de santé autonomes pour les travailleurs de la santé est une option qui a été envisagée pour contourner ce problème de barrière. Le Swaziland a ouvert une telle structure, un centre de traitement du VIH et de la tuberculose destiné aux travailleurs de la santé séropositifs et leurs proches, pour 6000 patients à Manzini, le centre urbain le plus important du pays.²⁰³ Au Botswana, le Tshedisa Institute procure des soins aux travailleurs de la santé séropositifs et affectés dans la capitale Gaborone.²⁰⁴

Cependant, puisque le droit à la santé met en exergue également " l'égalité d'accès aux soins et services de santé, "²⁰⁵ l'ouverture de centres pour les travailleurs de la santé pose un problème qui nécessite une réponse dans le cadre du personnel sanitaire et dans une large mesure d'un programme du secteur de la santé. Si des structures autonomes sont mises à la disposition des travailleurs de la santé, un effort concomitant doit aussi être fait pour réduire la stigmatisation et la discrimination dont souffrent les travailleurs de la santé qui fréquentent ces centres. Cette mesure doit faire partie intégrante de l'objectif visé par la création de ces structures; elle devrait aussi concerner un effort de dé-stigmatisation beaucoup plus large qui s'intégrerait à un programme bénéficiant le personnel de santé pour permettre ainsi aux travailleurs de la santé de s'occuper pleinement et équitablement de tous les malades ; de ce fait, les travailleurs de la santé deviendront des leaders communautaires qui contribueraient à atténuer et à éradiquer le stigmate.

Les travailleurs de la santé en Ouganda, par exemple, œuvre à la sensibilisation de leurs collègues au sujets des dommages causés par les stigmates relatifs au SIDA et la nécessité de les éliminer. Une organisation ougandaise pour la défense des droits humains et de la santé qui est à la tête d'un réseau national de professionnels de la santé, le Groupe d'Action pour la santé (Action Group for Health), Droit de l'Homme et VIH SIDA ont constitué un groupe de réflexion anti-stigmatisation qui ont formé 150

²⁰² Publication du Conseil International des Infirmières, *Healthy and Valued Health Workers are Essential to Save Health Systems in Sub-Saharan Africa* (Dec. 1, 2005). Disponible sur le site www.intlnursemigration.org/news.shtml#3.

²⁰³ *Id.*; Maggie Cooper (Physicians for Human Rights), *Bold Solutions to Africa's Health Worker Shortage* (2006), page 8. Disponible sur le site: <http://physiciansforhumanrights.org/library/documents/reports/report-boldsolutions-2006.pdf>. Sous les auspices de l'Association des infirmières du Swaziland Nurses, avec l'assistance de l'Organisation des infirmières danoises ; ce centre offre un ensemble de services : traitement du VIH, de la tuberculose, des soins de santé et la formation. Les centres doivent être installés sur l'ensemble du territoire national, un élément clé du Programme national de lutte contre le SIDA du Swaziland. Publication du Conseil National des Infirmières, *Healthy and Valued Health Workers are Essential to Save Health Systems in Sub-Saharan Africa* (Dec. 1, 2005). Disponible sur le site www.intlnursemigration.org/news.shtml#3

²⁰⁴ Kerry E. Uebel, Jenny Nash & Ava Avalos, "Traiter les Soignants: Modèles de soins du VIH/SIDA et Forme de Traitement pour les Travailleurs de la Santé en Afrique Australe." *Journal of Infectious Diseases* (2007) 196 (Suppl 3): S500-S504, à S502.

²⁰⁵ Commission sur les Droits Economiques, Sociaux et Culturels, *Observation Générale 14, Le droit de santé le plus élevé possible*, U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000), au para. 19. Disponible sur le site: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/escgencom14.htm>.

travailleurs de la santé dans quatre secteurs, à faire face à la stigmatisation et des mesures de préventions.²⁰⁶

Le développement de ces centres autonomes posent des problèmes plus larges d'accès aux services VIH et autres pour toutes les populations marginalisées. Les travailleurs de la santé ont à coup sur un intérêt légitime et particulier au VIH qui peuvent nécessiter une réponse particulière (structures autonomes) de même que pour les autres populations, entre autres les populations rurales, les handicapés, les drogués par injections et les prisonniers, tous susceptibles de subir la stigmatisation et le manque d'accès à la confidentialité, à un traitement de qualité du VIH SIDA.

Un exemple de programme VIH intégrer pour les travailleurs de la santé est disponible au McCord hospital à Durban, Afrique du Sud, où le personnel bénéficie de soins gratuits sur place dans un hôpital général. Des mesures ont été prises pour garantir la confidentialité: les tests sanguins relatifs au VIH sont codés ; les tests sanguins et les l'assistance/conseil sont assurés par un médecin ; les résultats VIH et CD4 sont joints au dossier personnel. L'objectif recherché au niveau de l'hôpital c'est de rendre le VIH familier en l'intégrant dans le cadre général au sein du lieu de travail, en démontrant ainsi une possibilité de traitement pour le VIH. Les stigmates, la peur et le refus restent les barrières reconnues pour accéder aux soins, cependant un programme interne vise à sensibiliser et combattre la stigmatisation, surtout en permettant les travailleurs de la santé séropositifs d'éduquer les autres membres du personnel de santé.²⁰⁷ Le programme a permis une plus grande ouverture, donnant l'occasion à un certain nombre de révéler leur état pour encourager les autres de subir le test du VIH.²⁰⁸

L'impact unique du VIH SIDA sur la diminution de l'effectif du personnel de santé à travers l'absentéisme, l'épuisement, la maladie et la mort, doit aussi être pris en compte.²⁰⁹ La consolidation des systèmes de santé durement affecté par la pandémie peut dépendre de la mesure de faciliter aux travailleurs de la santé l'accès à un traitement rapide et sûre, en vue de leur permettre de conserver leur emploi et d'être en mesure d'offrir des services de santé importantes. Inversement, la réduction continue des travailleurs de la santé due au VIH SIDA dans les pays fortement touchés, présagent de l'effondrement du système sanitaire. Au Botswana, par exemple, on

²⁰⁶ Physicians for Human Rights, *AGHA: Inspiring Results*, <http://www.physiciansforhumanrights.org/hiv-aids/partnerships-in-africa/uganda/agma-inspiring-results.html>, visited Dec. 10, 2007.

²⁰⁷ Powerpoint présenté par Kerry Uebel, Providing HIV care for Health Workers, Oct. 7, 2006, McCord Hospital, Durban, South Africa. Disponible sur le site: <http://www.hms.harvard.edu/aids/images/saworkshop-pp-addressing-uebel.ppt>. See also Dan J. Ncayiyana, "Doctors and nurses with HIV and AIDS in sub-Saharan Africa," editorial. *BMJ* (Sept. 11, 2004) 329: 584-585. Disponible sur le site: <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/329/7466/584>.

²⁰⁸ Kerry E. Uebel, Jenny Nash & Ava Avalos, "Traiter les Soignants: Modèles de soins du VIH/SIDA et Forme de Traitement pour les Travailleurs de la Santé en Afrique Australe." *Journal of Infectious Diseases* (2007) 196 (Suppl 3): S500-S504, à S501-S502.

²⁰⁹ Delanyo Dovlo, "Wastage in the Health Workforce: Some Perspectives from African Countries." *Human Resources for Health* (Aug. 10, 2005) 3:6. A consulter à ce site: <http://www.human-resources-health.com/content/3/1/6>.

estime à 17% le taux de décès parmi les travailleurs de la santé du au VIH SIDA, entre 1999 et 2005.²¹⁰

Si une décision est prise d'offrir des services autonomes aux travailleurs de la santé ou de les intégrer dans les structures existantes en toute confidentialité et respect, les programmes concernant le personnel de santé doivent revêtir un caractère sécuritaire universel et éducatif interne, et préventif qui comportent des exercices pratiques de même que le partage d'information.²¹¹ Ces programmes doivent concerner tous les employés des services sanitaires, des médecins, des infirmières, jusqu'aux travailleurs auxiliaires tels que le personnel de maintenance, les commis et les jardiniers, qui n'interviennent pas dans les soins mais qui peuvent être confrontés dans une certaine mesure aux risques professionnels.²¹² Les programmes ont plus de chance de réussir si les proches sont impliqués.²¹³

L'éducation sur le lieu de travail et les programmes de prévention doivent spécialement aussi viser à réduire les stigmates. Cette option assure à la fois que la qualité des soins prodigués aux maladies n'est pas compromise par la peur et l'appréhension des travailleurs de la santé, mais également doit susciter un environnement favorable à l'assistance au niveau du lieu de travail ; par conséquent les travailleurs de la santé doivent être conscients qu'ils peuvent faire des analyses sans crainte de perdre leur emploi ou de subir la censure de leurs collègues. Une évaluation entreprise en 2003 a révélé que seulement 2% des travailleurs de la santé du Malawi qui sont morts entre 1996 et 2003 étaient porteurs du VIH; ce sont des statistiques effarantes compte tenu du fait que 80% de ces décès étaient liés au VIH. Un tel scénario démontre le rôle important que jouent la stigmatisation et la discrimination comme frein au service d'assistance/conseil et au test.²¹⁴

²¹⁰ Publication de l'OIT, *ILO/WHO to Develop Joint Guidelines on Health Services and HIV/AIDS* (April 19, 2005). Disponible sur le site http://www.ilo.org/global/About_the_ILO/Media_and_public_information/Press_releases/lang--en/WCMS_005158/index.htm.

²¹¹ Une étude sur les professionnels de santé d'Afrique du Sud a révélée que seul environ un tiers des soignants interrogés a reçu une formation sur la transmission du VIH, les soins aux séropositifs, ou sur les précautions universelles contre la transmission. Le reste n'a bénéficié que d'une information verbale ou écrite. Olive Shisana, et al. (Human Sciences Research Council, Medical University of South Africa & South Africa Medical Research Council), *The Impact of HIV/AIDS on the Health Sector. National Survey of Health Personnel, Ambulatory and Hospitalised Patients and Health Facilities, 2002* (2003), pages 76-77. A télécharger au: <http://www.hsrcpress.ac.za/product.php?mode=search&page=1&freedownload=1&productid=1986>.

²¹² Par exemple, 38% des accidents dans les hôpitaux d'Afrique du Sud sont arrivés lors de manipulations d'équipements médicaux. Stephen Kinoti, "The Impact of HIV/AIDS on the Health Workforce." Présentation de la BM, 25 Fév., 2003. A consulter sur le site: <http://info.worldbank.org/etools/bSPAN/presentationView.asp?EID=289&PID=590>.

²¹³ Assurer aux partenaires des professionnels de santé l'accès aux services du VIH aidera à l'effort de prévention ; ce qui en retour empêchera les travailleurs de la santé de contracter le VIH. Et quand les membres de la famille peuvent bénéficier du traitement du VIH, les professionnels de santé ne partageront pas leurs médicaments avec les membres des familles de séropositifs, ce qui aurait pour effet de diminuer significativement l'efficacité du traitement du SIDA. Entretien personnel avec June Fisher, Training for the Development of Innovative Control Technology (TDICT) project, 16 Nov. 2007.

²¹⁴ Secrétariat Régional de la Santé Communautaire du Commonwealth, U.S. Agency for International Development, Bureau pour l'Afrique & Projet de Soutien pour l'Analyse et la

En plus des actions visant l'amélioration des services du VIH/SIDA en faveur des travailleurs de la santé, les programmes concernant le personnel de santé devraient intégrer des politiques d'entreprise tendant à permettre aux travailleurs de la santé séropositifs de prolonger le travail aussi longtemps que possible. Il s'agit entre autres de prendre des mesures pour l'introduction ou l'extension des horaires de travail qui prennent en compte les rendez-vous ou bien de faciliter l'accès à l'emploi à mi-temps, au congé maladie de longue durée et à la retraite.²¹⁵ Les possibilités de tests du VIH offertes peuvent s'intégrer à d'autres soins, tels que le bilan médical annuel ou la vaccination à l'hépatite virale B. L'administration doit être amenée à encourager le dépistage précoce chez les travailleurs de la santé et à s'expliquer sur le caractère anonyme des résultats et la non-association avec les opportunités d'emploi.²¹⁶

Utilisation des travailleurs de la santé pour une réponse appropriée

En privilégiant les principes tels que la participation, la base de preuve et l'équité, les programmes globaux concernant le personnel de santé doivent aussi accorder la priorité à une réponse opportune à la crise qui secoue le monde de la santé. Une telle action suppose que l'accorde un intérêt pour une solution alternative visant à mettre en place et à soutenir un personnel de santé à l'échelle nationale. Une manière de le réaliser, telle que mentionnée plus haut, serait défendre et de reconnaître le rôle que les professionnels de santé séropositifs, déjà sur le terrain, peuvent jouer ; en favorisant leur maintien sur place par l'amélioration d'un environnement professionnel et l'accès aux services confidentiels.

Un programme global devrait aussi envisager l'apport que différents cadres peuvent contribuer à alléger la charge que constituent les maladies pour un pays. En d'autres termes le fait de faire plus appel aux travailleurs de la santé pourrait accroître les services de santé de base et les services d'assistance plus rapidement, surtout en faveur des populations pauvres et éloignées, très souvent victimes des barrières. La contribution des travailleurs communautaires de la santé en tant que soignant peut réduire les injustices, en leur permettant d'atteindre les populations marginalisées.²¹⁷ Les travailleurs communautaires de la santé, les cadres moyens, et les professionnels offrent dans leur ensemble différentes compétences qui peuvent servir à faciliter des

Recherche en Afrique (SARA), *Challenges Facing the Malawian Health Workforce in the Era of HIV/AIDS* (2004), at 9-10. Disponible sur le site: <http://www.crhcs.or.tz/modules.php?op=modload&name=UpDownload&file=index&req=getit&id=81>.

²¹⁵ *Médecins pour les droits de l'homme, Un plan d'action pour prévenir la fuite des cerveaux: Elabrer des Systèmes de Santé équitables en Afrique* (juin 2004), at 42. Disponible sur le site: <http://physiciansforhumanrights.org/library/documents/reports/report-2004-july.pdf>. ; Regional Network for Equity in Health in Southern Africa (EQUINET) and Oxfam (Great Britain) (Jean-Marion Aitken and Julia Kemp), *HIV/AIDS, Equity and Health Sector Personnel in Southern Africa* (Sept. 2003), at 14, 34-35. A consulter sur le site: <http://www.equinetfrica.org/bibl/docs/hivpersonnel.pdf>.

²¹⁶ Kerry E. Uebel, Jenny Nash & Ava Avalos, "Traiter les Soignants: Modèles de soins du VIH/SIDA et Forme de Traitement pour les Travailleurs de la Santé en Afrique Australe." *Journal of Infectious Diseases* (2007) 196 (Suppl 3): S500-S504, at S503.

²¹⁷ Andy Haines, David Sanders, Uta Lehmann, et al. "Réaliser les Objectifs concernant la Survie des Enfants: Contributions des Travailleurs en Santé Communautaire." *Lancet* (23Juin, 2007) 369: 2121-2131.

soins appropriés et à temps opportun qui concourent à des soins de santé plus équitables. Le Malawi, le Mozambique et la Tanzanie utilisent des cadres intermédiaires de la santé (agents de santé et assistants médicaux) dans plupart des soins obstétricaux d'urgence dans ces pays.²¹⁸

La diaspora africaine constitue également une expertise et une ressource utilisable pour renforcer les systèmes sanitaires de leurs pays d'origine. Il se peut que les membres de la diaspora ne soient pas suffisamment informés à-propos des besoins de leurs pays d'origine ; ils peuvent donc ignorer les priorités en matière de santé à l'échelle nationale.²¹⁹ La participation de la diaspora dans la planification du personnel de santé par l'intermédiaire par exemple, des syndicats, groupements de métiers ou des associations de la diaspora, peuvent faciliter la coopération et l'échange d'information entre les professionnels de santé de la diaspora et leurs collègues basés au pays, y compris les fonctionnaires des ministères de la santé. Les membres de la diaspora peuvent être à une position privilégiée, étant donné leurs relations linguistiques et culturelles, pour retourner à leurs pays d'origine en vue de pallier au besoin en service et de renforcer les capacités de formation ou de contribuer par le téléphone ou par l'Internet.²²⁰

L'utilisation du personnel médical étranger est une autre option qui mérite réflexion en termes de renforcement rapide des capacités pour pallier à la pénurie de personnel et à l'extension des soins de qualité. Au Malawi l'EHRP (Programme d'Urgence de Ressources Humaine) comporte un volet, utilisation de médecins volontaires internationaux pour suppléer les zones critiques en attendant que des nationaux finissent leur formation. Encore que cette approche requiert une réflexion sur les facteurs endogènes qui doivent déterminer les canevas au niveau local. Le programme national du Malawi envisage le recrutement à l'échelle de formateurs en soins infirmiers, cependant il a cessé de faire appel aux expatriés pour les postes d'infirmiers et d'infirmières, de crainte que pareille décision n'allume le front professionnel par l'action des infirmiers et infirmières du pays, comme par le passé.²²¹ Une approche globale à la planification du personnel de santé doit admettre que l'utilisation de personnel expatrié doit se faire d'une manière judicieuse, le renforcement des capacités allant de pair avec les besoins en services.

Couverture de l'ensemble du secteur de santé, y compris le secteur privé

²¹⁸ Renforcement des Systèmes de Santé pour l'Équité (HSSE): Pouvoir et Potentiel des Prestataires de niveau intermédiaire, *The Approach*, <http://www.midlevelproviders.org/approach.php>, visité le 10 Dec. 2007.

²¹⁹ Mattias Creffier, "Congo: Transformer la Fuite des Cerveaux en Profit." *Africa News EN* (Oct. 23, 2006). Disponible sur le site: <http://www.africa-interactive.net/index.php?PageID=1960>.

²²⁰ See, e.g., Réseau Africain pour le Leadership et le Progrès, *The African Leadership & Policy Brief: Addressing Africa's Humiliation: 'Brain Gain'/'Brain Circulation' Diaspora Networks for African Progress* (1er mars 2006). Disponible sur le site: http://www.africanprogress.net/brain_gain_network.htm.

²²¹ Debbie Palmer, "Tackling Malawi's Human Resource Crisis", *Reproductive Health Matters* (2006) 14: 27-39, pages 32-33.

La situation de l'emploi dans la santé est dans un "marché pluriel"²²² comportant l'état, les prestataires privés à but lucratif (commerciaux), les prestataires privés à but non lucratif. Le secteur non lucratif englobe plusieurs entités, dont les ONG, les services de santé basé sur la foi et les franchises sociales. Dans plusieurs cas, les prestataires occupent une tranche importante, souvent jouant le rôle de suppléants dans le service de santé publique.²²³ Les missions chrétiennes du Zimbabwe fournissent à peu près 70% de la capacité en lits dans le monde rural ; 40% des hôpitaux en Tanzanie sont gérés par les missions.²²⁴ Les prestataires occupent également une certaine portion de la population, tels que les personnes à hauts revenus, les ONG peuvent se consacrer sur une maladie particulière.

La pénurie de professionnels de la santé et le fait que de larges segments de la population dans la plupart des pays font appel au secteur privé nécessite que les programmes en matière de personnel de santé s'appesantissent explicitement sur le rôle des prestataires de soins de santé privés dans le pays. En effet, aborder le problème du public et du privé peut donner de nouvelles opportunités de coopération et une efficacité améliorée par l'utilisation des ressources humaines existantes d'un pays; ce qui peut en retour faciliter des soins de santé de meilleure qualité, plus rapides et plus accessibles. Les prestataires du secteur privé peuvent être une ressource non négligeable aux gouvernements pour un partenariat, un cadre juridique et même d'apprentissage, relatif aux efforts à fournir à l'échelle national dans la mise à la disposition des services de santé essentiels pour tous.

L'idéal serait que les plans et stratégies en matière de personnel de santé puissent déterminer les créneaux occupés les prestataires privés, leur nombre, les bénéficiaires de leur action, tout en admettant qu'une information tronquée est un obstacle sérieux à la compréhension du rôle que les prestataires de santé privé joue dans beaucoup de pays. Ceci n'est qu'une partie des critères sur lesquels on doit se fonder pour rendre un programme sur le personnel de santé aussi précis que possible: la compréhension de la situation actuelle du personnel de santé et des tendances, entre autres le nombre de professionnel, leur répartition, les raisons de la migration des professionnels de santé, leurs qualifications, l'âge (qui a une influence la retraite), et du nombre de professionnels sans emploi.

La coordination entre les secteurs public et privé est essentielle si l'on veut éviter de miner inconsciemment les services de santé importants. Par exemple, les propos

²²² Vasant Narasimhan, Hilary Brown, Ariel Pablos-Mendez, et al., "Responding to the global human resources crisis." *Lancet* (May 1, 2004) 363:1469-1472, page 1470.

²²³ Une étude menée 22 pays d'Afrique Subsaharienne sur les enfants de moins de cinq ans a démontré que la plupart des enfants ont reçu des soins dans le privé. Ndola Prata, Dominic Montagu & Emma Jefferys, "Private Sector, Human Resources and Health Franchising in Africa." *Bulletin of the World Health Organization* (2005) 83: 274-279, pages 275-276. Disponible sur le site: <http://www.who.int/bulletin/volumes/83/4/274.pdf>. La Banque Mondiale estime que plus de la moitié des soins de santé en l'Afrique Subsaharienne sont prodigués par le secteur privé. International Finance Corporation, World Bank Group, *L'activité de Santé en Afrique: En Partenariat avec le Secteur privé pour l'Amélioration de la vie des Populations* (2007), parag. vii. Disponible sur le site: <http://www.ifc.org/ifcext/healthinfrica.nsf/Content/FullReport>.

²²⁴ Paolo Ferrinho, Wim Van Lerberghe, Inês Fronteira, et al. "La pratique d'un double métier dans secteur de la santé: revue des preuves." *Human Resources for Health* (2004) 2:14. Disponible sur le site: <http://www.human-resources-health.com/content/2/1/14>.

recueillis à ce sujet montrent que les augmentations de salaire dans le secteur public Tanzanien ont poussées le personnel des organisations basées sur la foi à rappliquer, des professionnels qui occupent la plupart des services de santé dans le monde rural, avec pour effet pervers la diminution des services de santé accessibles ruraux.²²⁵

La coordination évite aux différents acteurs de la santé d'agir à contre-courant; ce qui est également particulièrement important pour les bailleurs et les O.N.G qui dépendent de l'aide extérieure, surtout celles dont les programmes ne concernent qu'une seule maladie, le VIH/SIDA par exemple. Il peut arriver que ces O.N.G rémunèrent mieux les professionnels de la santé du public, donc peuvent de ce fait attirer les travailleurs la santé du secteur public. A défaut d'une stratégie concertée qui garantisse à ces programmes un impact plus large et plus positif, ils pourraient contribuer à un exode des compétences nationales portant préjudice à certains services de santé primaires.²²⁶ Les pays, et les partenaires au développement, ont la responsabilité de mettre en application les stratégies qui mettront un frein à l'exode des compétences nationales, en intégrant les programmes de VIH/SIDA aux centres de santé de primaires existants, plutôt que d'élaborer des programmes verticaux.

Les professionnels de la santé se meuvent dans ces différents secteurs par choix personnel et à cause des opportunités offertes, mais également par réaction aux violations de leurs droits, entre autres le manque d'approvisionnements de base dans les établissements publics, les gants par exemple; une violation du droit des professionnels de la santé à des «conditions de travail sûres et hygiéniques».²²⁷ Des salaires du secteur public « non rémunérateurs au plan local »²²⁸, et qui ne permettent pas aux professionnels de santé de vivre, eux et leurs familles, décemment ne feraient que hâter le départ du secteur public ou d'adopter une stratégie de survie du double métier ou à « travailler au noir », à la fois, dans les secteurs public et privé pour améliorer leurs maigres salaires et conditions de travail.²²⁹

De telles activités influent sur la disponibilité des services de soins de santé, particulièrement pour les populations pauvres et vulnérables. Par exemple, le personnel d'une structure du public peut être théoriquement 'disponible à plein temps'; en réalité, les heures passées dans une clinique publique diminuent au fur et à mesure que l'intérêt pour le privé, souvent rémunéré à l'acte, augmente. Pareille pratique réduit de façon notoire l'accès des populations démunies aux soins de

²²⁵ Présentation par Dr. Adeline Kimambo, Directeur, Christian Social Services Commission (Tanzania), *Pénurie des personnels soignants: Impact sur le système sanitaire Tanzanien*. Washington, DC, 30 août 2005.

²²⁶ See, e.g., Tiaji Salaam-Blyther (Service de Recherche du Congrès), *Rapport du CRS destiné au Congrès: PEPFAR: De l'Urgence à la Durabilité* (Sept. 2007), parag. 14 (citant un rapport provenant du Institute of Medicine: "l'action du PEPFAR en matière de lutte contre le VIH/SIDA a eu quelques fois un effet négatif sur les autres aspects du système de santé publique, aggravant le manque de ressources, plus particulièrement les ressources humaines"). Disponible sur le site: <http://www.ncseonline.org/NLE/CRSreports/07Oct/RL34192.pdf>.

²²⁷ Commission sur les droits économiques, Sociaux et culturels, *Observation Générale 14, le droit au niveau de santé le plus élevé possible*, U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000), paras. 15. Disponible sur le site: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/escgencom14.htm>.

²²⁸ *Id.* para. 12a.

²²⁹ Paolo Ferrinho, Wim Van Lerberghe, Inês Fronteira, et al. "Pratique du travail double dans le secteur de la santé: revue des preuves." *Ressources Humaines pour la Santé* (2004) 2:14. Disponible sur le site: <http://www.human-resources-health.com/content/2/1/14>.

santé.²³⁰ L'application de la pratique d'un double métier peut avoir des avantages, telle que permettre à des professionnels de la santé d'améliorer leur revenu en vue de rester dans le pays plutôt que d'émigrer, en suscitant un espoir certain qui permette la prise de décision informée par des structures sanitaires et des malades du secteur public, et en réduisant les paiements informels souvent en pratique dans le secteur.²³¹ L'application pourrait, cependant, simplement servir à perpétuer une pratique qui mine le service de santé publique, au lieu de s'attaquer au problème des bas salaires et des mauvaises conditions de travail qui poussent les travailleurs du secteur public à chercher un emploi complémentaire.

Le départ des professionnels de santé du secteur public peut bien également avoir des implications négatives en matière de droits de l'homme pour l'accès des populations pauvres et vulnérables et pour celles du monde rural à beaucoup de services de santé de base, des populations qui sont les plus touchées « l'exode interne des compétences » du public au privé (à la fois pour les organisations à but lucratif et non lucratif), et en direction des zones urbaines. Par exemple, l'expansion des programmes de financement des ARV en Afrique du Sud a été le théâtre d'une rude compétition entre les professionnels attendus ces services. La publicité qui devait s'adresser aux médecins, infirmières, pharmaciennes et les diététiciens à contribué à faire sortir ces professionnels hors du cadre général des travailleurs de la santé du secteur public, au lieu d'accueillir de nouveaux acteurs dans le système de santé. A même moment, des hôpitaux régionaux sud-africains rapportent une pénurie de personnel allant jusqu'à 50% dans le monde rural, et avec pour conséquence des corvées supplémentaires insoutenables pour le personnel resté sur place, un taux d'absentéisme des plus élevés et un moral bas.²³² Evidemment, il est d'une importance capitale de dérouler les programmes d'ARV, ce qui sont vital pour le droit des malades bénéficiant d'un traitement du SIDA,²³³ cependant dans la mesure du possible, les programmes de traitement du SIDA devraient être intégrés aux autres soins de santé

²³⁰ *Id.*

²³¹ International Finance Corporation, Groupe de la BM, *L'activité de Santé en Afrique: En Partenariat avec le Secteur privé pour l'Amélioration de la vie des Populations* (2007), parag. 31. Disponible sur le site: <http://www.ifc.org/ifcext/healthinafrica.nsf/Content/FullReport>.

²³² Ian Couper, Marietjie de Villiers & Nontsikelelo Sondzaba, "Resources: District Hospitals." *In Health Systems Trust* (Petrida Ijumba & Peter Barron, eds.), *Revue de Santé Sud-Africain* (2005), parag. 125, 127. Disponible sur le site: http://www.hst.org.za/uploads/files/sahr05_chapter9.pdf.

²³³ Voir Commission des N.U. pour les Droits de l'Homme, *Access to medication in the context of pandemics such as HIV/AIDS*, Commission sur la résolution des Droits de l'Homme 2002/32 (2002), at para. 1 ("Reconnait que l'accès aux médicaments dans un contexte de pandémie, tel que le VIH/SIDA est un des éléments essentiels pour atteindre progressivement la pleine conscience du droit de tout un chacun de jouir d'un niveau de santé physique et mental des plus élevés"). Disponible sur le site: http://ap.ohchr.org/documents/E/CHR/resolutions/E-CN_4-RES-2002-32.doc; Bureau du Haut Commissaire des Nations Unies sur les Droits de l'Homme/ONUSIDA, *Directives Internationales concernant les Droits de l'Homme et le VIH/SIDA* (2006), à 18 ans ("Les états doivent également prendre des mesures nécessaires garantissant à toutes les personnes, d'une manière durable et égale, l'accès à des biens et services, et information de qualité pour la prévention du VIH, le traitement, les soins et le soutien, y compris les antirétroviraux et autres médicaments, sûrs et efficaces, des diagnostics et technologies relatives aux soins préventifs, curatifs et palliatifs du VIH et des infections et des conditions opportunistes. "). Disponible sur le site: http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/JC1252-InternGuidelines_en.pdf.

essentiels pour empêcher la perte de professionnels. Les plans en matières de personnel de santé devraient chercher à susciter une discussion franche et participative sur les voies et moyens de minorer les dommages consécutifs à ces concessions et d'essayer de mettre en synergie les programmes du SIDA et les soins de santé de base, à la lumière des efforts entrepris par l'organisation «Partners In Health» dans les zones rurales en Haïti, au Rwanda, et au Lesotho.²³⁴

Les plans de personnel de santé peuvent considérer les opportunités d'utilisation des ressources du secteur privé tendant à faciliter le renforcement des capacités dans le secteur public, à fournir le personnel dans les établissements de santé à court terme par un arrangement contractuel, ou à former, à faire appel aux services, ou autrement, à recourir à des prestataires privés en vue de leur permettre de contribuer à assurer une couverture sanitaire améliorée pour des soins de base équitables.

Les médecins des hôpitaux régionaux dans la province du Limpopo en Afrique du Sud ont proposé d'utiliser privés sur la base de contrats à mi- temps afin d'alléger leurs charges de travail.²³⁵ Une étude menée dans les hôpitaux ruraux dans la province occidentale du Cap a également recommandé l'élaboration de partenariat public privé pour suppléer le service après fermeture. Il s'agit d'un cas d'extrême urgence: la charge de travail a été citée excessive comme l'un des facteurs principaux d'abandon des hôpitaux régionaux par les médecins.²³⁶

Un plan global concernant le personnel de santé reconnaîtra la relation entre ces différents acteurs et sollicitera les contributions venant aussi du secteur public que du secteur privé. Même si le secteur privé de la santé n'a pas le monopole des bonnes pratiques, il peut offrir des modèles d'interventions ou des opportunités de coordination qui pourrait aider les pays à développer leur secteur de santé publique et à soutenir leurs professionnels de la santé.²³⁷

²³⁴ Voir Partners In Health, *The PIH model of care – partnering with poor communities to combat disease and poverty*, <http://www.pih.org/what/PIHmodel.html>, site visité le 10 Dec. 2007. Pour davantage de discussion sur l'intégration des soins concernant le VIH et autres maladies spécifiques à des services sanitaires en général, voir Médecins pour les Droits de l'Homme, *Guide du 7^e Sommet du Fond Mondial de lutte contre SIDA, la Tuberculose et le Paludisme pour le Renforcement des Systèmes de Santé* (2007), parag. 10-11. Disponible sur le site: <http://physiciansforhumanrights.org/library/documents/reports/round7-gf-hss-guide.pdf>.

²³⁵ Theunis Kotzee & Ian Couper, "Quels types d'interventions, selon les médecins qualifiés d'Afrique du Sud, il faut pour les maintenir dans les hôpitaux ruraux de la province sud-africaine du Limpopo?" *Rural and Remote Health Journal* (2006) 6: 581. Disponible sur le site: <http://www.rrh.org.au/articles/subviewafro.asp?ArticleID=581>.

²³⁶ M. De Villiers & P. De Villiers, "L'opinion des médecins sur les conditions de travail dans les hopitaux ruraux à l'Ouest du Cap." *South African Family Practice* (2004) 46(3): 21-26.

²³⁷ Par exemple, le PEPFAR a fait appel à une société privée pour le recrutement de 830 professionnels de santé kenyans dans le cadre de l'Emergency Hiring Plan (Plan de recrutement d'urgence). Les professionnels de la santé ont déclaré avoir été agréablement surpris par la célérité et la transparence du processus, comparé au recrutement du ministère de la Santé. Capacity Project, *Kenya's Health Care Crisis: Mobilizing the Workforce in a New Way*, http://www.capacityproject.org/index.php?option=com_content&task=view&id=133&Itemid=108, visité le 8 Jan., 2008. Le recrutement dans le secteur public pourrait en bénéficier si le Ministère de la Santé adoptait ces pratiques.

IX. Qualité

Qualité et droit à la santé

En plus de leur disponibilité, accessibilité et acceptabilité, les structures sanitaires, les biens et services doivent également être de bonne qualité pour pouvoir réaliser droit à la santé. L'Observation Générale 14 définit la qualité telle que pressentie dans le droit à la santé :

« Tout en étant culturellement approprié, les structures sanitaires, les biens et services doivent également être scientifiquement et médicalement convenables et de bonne qualité. Cet état de fait exige, entre autres, un personnel médical qualifié, des médicaments et un équipement hospitalier scientifiquement approuvés et encore utilisables, une eau sûre et potable, et un assainissement adéquat». ²³⁸

Ce volet qualité a des implications sur la planification du personnel de santé. Les professionnels de santé sont au coeur même d'un système de santé de bonne qualité. A défaut d'un nombre suffisant de professionnels de santé qualifiés, équitablement répartis et dotés de médicaments, d'équipements, bien approvisionnés, bénéficiant d'infrastructures et de surveillance pour leur permettre d'accomplir leur mission selon les normes sanitaires établies, la qualité des soins de santé sera compromise.

Les questions relatives à la qualité

Le droit à la santé reconnaît que l'application des normes de qualité varie selon les ressources et les conditions d'un pays donné. ²³⁹ Tandis que des états sont obligés de « s'assurer que les praticiens et autres professionnels de la santé répondent aux normes en termes d'éducation, de compétence et de code éthique, » ²⁴⁰ un tel engagement devrait être respecté eu égard aux conditions sanitaires en vigueur dans un pays. Ceci est très important pour l'éducation et la formation, qui devraient être conçues avec pour objectif ultime de répondre aux besoins réels de santé de la population entière. ²⁴¹

a. Formation professionnelle

La formation professionnelle doit résoudre les besoins des pays. Dans le cas des démunis qui n'ont pas accès aux soins de santé, les professionnels de santé devraient sortir de leur cadre douillet de préparation pour prodiguer des soins primaires s'ils veulent faire face aux problèmes de santé, tels que le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose et la malnutrition. Ceci exige une refonte du système éducatif pour la santé au point d'intégrer les soins primaires et la pratique dans des situations de

²³⁸ Commission sur les Droits Economiques, Sociaux et Culturels, *Observation Générale 14, Le droit au niveau de santé le plus élevé possible*, U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000), at para. 12(d). Disponible sur le site: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/escgencom14.htm>.

²³⁹ Commission sur les Droits Economiques, Sociaux et Culturels, *Observation Générale 14, Le droit au niveau de santé le plus élevé possible*, U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000), parag. 12. Disponible sur le site: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/escgencom14.htm>.

²⁴⁰ *Id.* Parag. 35.

²⁴¹ Richard Cash, " Préoccupations d'ordre éthique au Développement du Personnel de Santé." *Bulletin de l'OMS* (Avril 2005) 83(4): 280-284, parag. 281.

dénuement dans la formation professionnelle. Il est nécessaire d'équiper les professionnels de santé en vue de leur donner les moyens de faire face aux conditions de travail quotidiennes et de répondre aux besoins des populations pauvres et marginalisées. Actuellement, la plupart des programmes de formation de santé pour le niveau de licence concernent les soins tertiaires, ils sont inadéquats pour des milieux qui manquent de tout.²⁴²

b. Formation continue et développement professionnel

La formation continuée pour les praticiens est également nécessaire afin de maintenir et améliorer des capacités. Il est essentiel que les professionnels de la santé puissent soigner efficacement les nouvelles maladies, telles que le VIH/SIDA. Elle garantira aux bénéficiaires des soins adéquats ou au dessus du minimum requis.²⁴³

La formation continuée devrait également être conçue pour répondre aux besoins de santé d'un pays, et intégrée dans un programme cohérent du développement professionnel. La formation devrait, autant que possible, avoir lieu dans les établissements sanitaires pour éviter les difficultés à déplacer les personnes hors de leur lieu de travail ; à savoir, capacité réduite du personnel, surcharge de travail pour les collègues, et temps perdu en déplacement et dépenses. En plus d'être moins contraignant, la formation interne et interactive pour des professionnels de santé donne plus de chance à l'application des nouvelles connaissances sur leur lieu de travail.²⁴⁴

c. Supervision et normes

Pour donner des chances de succès à l'application des principes éducatifs et formationnels, les professionnels de santé devront bénéficier d'une assistance à la supervision qui fasse appel à des normes concertées et clairement définies par les responsables à leur personnel. L'existence de normes seule ou la menace de punition ne sera pas suffisante pour assurer des soins de santé acceptables. Le travail des professionnels de santé devrait être reconnu et certainement récompensé. Pour réaliser ce projet il requiert de définir des plans de carrière et des objectifs clairs que les responsables et professionnels pourront comprendre pour que le travailleur ordinaire puisse se situer.²⁴⁵

Certains des projets internationaux à court terme qui ont démarré ici au Nigeria recrutent des professionnels de santé au niveau local; ils offrent des cadres de travail très intéressants et stimulants. Ces organisations offrent également un cadre de suivi des objectifs et performance de loin meilleur à l'environnement du secteur public qui est limité par la bureaucratie.

²⁴² Fatu Yumkella, " Problèmes de Rétention du Personnel de Santé dans des Contextes aux ressources modiques." *Capacity Project Resource Paper* (August 2005), 9. Disponible sur le site: <http://www.equinet africa.org/bibl/docs/DIS44HRdambisya.pdf>.

²⁴³ Richard Cash, "Préoccupations d'ordre éthique au Développement du Personnel de Santé." *Bulletin de l'OMS* (Avril 2005) 83(4): 280-284, at 282.

²⁴⁴ Organisation Mondiale de la Santé, *Rapport de l'OMS, 2006: Travailler Ensemble pour la Santé* (2006), 82. Disponible sur le site: <http://www.who.int/whr/2006/en/index.html>.

²⁴⁵ Elizabeth Molyneux & Martin Weber, "Appliquer les principes de droit pour améliorer les rendements hospitalier en Afrique." *Lancet* (Oct. 30, 2004) 364:1560-61, at 1561.

Un plan en matière personnel de santé doit également prendre en compte les voies et moyens pour améliorer des activités d'assistance à la supervision, par exemple la formation continuée pour les responsables, et des ressources telles que des véhicules et des systèmes informatiques pour faciliter les visites et la constitution de base de données. L'importance accordée au suivi des objectifs et des performances par des professionnels de santé indique que les plans concernant le personnel de santé devraient donner la priorité à la formation des cadres de suivi dans le secteur public pour les aider à s'acquitter de leur mission de manière transparente et basée sur les résultats, en communiquant par exemple les critères d'évaluation au personnel.²⁴⁷

Le développement et la réalisation des normes de performance veiller à ne pas créer des effets pervers. Par exemple, si des professionnels de santé craignent d'être licenciés s'ils sont accusés d'être responsable d'une grossesse mortelle, ils peuvent refuser d'accorder des soins à une femme enceinte à haut risque, plutôt que de risquer la vie de la mère.²⁴⁸ Ils doivent également être évalués pour s'assurer de l'impact des normes. Au Rwanda, il est conseillé aux femmes d'accoucher dans les structures sanitaires. Cependant, compte tenu du manque de personnel de santé, la plupart de ces mères n'ont pas accès à des soignants qualifiés, même lorsqu'elles donnent naissance au niveau des maternités.²⁴⁹

d. Qualité et éthique

Les normes de performance peuvent être à la fois objectives et importantes, on ne devrait pas mêler le nombre ou les résultats à la qualité des soins. Ceci requiert une approche nuancée de ce qu'on entend par "bonne" performance et d'intégration de normes éthiques dans l'éducation, la formation et la pratique en matière de santé. Un plan concernant le personnel de santé permet une intégration des principes d'éthique plus complets à la formation continuée et la formation professionnelle en vue de mieux permettre aux praticiens de faire face à leurs obligations, c'est-à-dire traiter leurs patients respect et dignité. La formation en éthique, différente des lois et règlement en matière de sanctions, peut créer un cadre où les professionnels de santé ont la conscience d'être jugés par leurs pairs et par leurs patients; ce qui peut les amener à adhérer aux normes de qualité des soins.²⁵⁰

²⁴⁶ Entretien avec Tony Anammah, Pharmacien, Gede Foundation, Abuja, Nigeria, Juin 23, 2006.

²⁴⁷ Rachel Manongi, Tanya Marchant & Christian Bygbjerg, "Améliorer la Motivation parmi les agents de santé primaire en Tanzanie: Perspectives pour un Agent de Santé." *Ressources Humaines pour la Santé* (7 Mars 2006) 4:6. Disponible sur le site: <http://www.huna-resources-health.com/content/4/1/6>.

²⁴⁸ Médecins pour les Droits de l'Homme, *Retards dans l'administration des soins: Mortalité Maternelle au Pérou* (2007), at 73. Disponible sur le site: <http://www.physiciansforhumanrights.org/library/documents/reports/maternal-mortality-in-peru.pdf>.

²⁴⁹ Entretien avec Dr. Steven Rulisa, Obstétricien/Gynécologue, Vice Président, Rwanda Medical Association, Kigali, Rwanda, Nov. 8, 2007.

²⁵⁰ Richard Cash, "Préoccupations d'ordre éthique au Développement du Personnel de Santé." *Bulletin de l'OMS* (Avril 2005) 83(4): 280-284, at 283.

e. Travailleurs communautaires et assurance qualité

En tant que professionnels et paraprofessionnels de santé recevant une éducation et une formation formelle, les travailleurs de santé communautaire doivent également recevoir des notions d'assurance qualité. Un plan en matière de personnel de santé devrait formellement reconnaître les professionnels de santé communautaire, les intégrer dans un cadre plus large du personnel de santé, et financer leurs activités initiales et courantes. Il est nécessaire d'assurer aux travailleurs communautaires une formation adéquate, un suivi, un appui matériel et une rémunération équitable; on doit leur confier des rôles qui sied à leurs compétences et bien définis, et ils doivent également bénéficier d'un plan de carrière. En outre, la définition du rôle de professionnels de santé communautaire par rapport au praticien des établissements de santé est importante si l'on veut tenir compte d'une formation harmonisée, du respect mutuel et de la compréhension des rôles et responsabilités, et d'une orientation cohérente et recommandations pratiques,²⁵¹ qui sont essentiels à la réalisation et au soutien d'un service de santé de qualité.

f. Règlements dans le secteur privé

Les états sont responsables de la promulgation et du respect des recommandations en matière de pratique pour les prestataires de soins de santé du privé. Le droit à la santé requiert des états qu'ils garantissent au personnel de santé « une éducation, des compétences et un code de conduite qui soient aux normes » et qu'ils « s'assurent que la privatisation du secteur de santé ne constitue pas une menace à la disponibilité, à l'accessibilité, à l'acceptabilité ou à la qualité des structures sanitaires, des biens ou des services ».²⁵²

Un plan concernant le personnel de santé doit considérer l'impact des prestataires privés de santé, qui peuvent appartenir à une organisation à but lucratif, à une ONG, à une mission ou au secteur informel, sur la qualité du service. Dans beaucoup de cas, la capacité des pays à faible revenu à veiller effectivement et faire appliquer les normes pour les praticiens privés peut être bien limitée.²⁵³ Le processus de planification du personnel de santé donne une occasion d'évaluer l'éducation du professionnel de santé du secteur privé et les limites de l'autorisation des prestataires privés par rapport aux normes uniformes qui s'appliquent également au secteur public. Les praticiens privés et les associations professionnelles devraient être impliqués dans l'élaboration et le suivi des normes, ce qui permet de renforcer la coopération et le respect des lois et règlements.

²⁵¹ Andy Haines, David Sanders, Uta Lehmann, et al. "Réalisation des Objectifs de Survie de l'Enfant: Contributions des Agents de santé communautaire." *Lancet* (Juin 23, 2007) 369: 2121-2131, 2127.

²⁵² Commission sur les Droits Economiques, Sociaux et Culturels, Observation *Générale 14, Le droit de santé le plus élevé possible*, U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000), para. 35. Disponible sur le site: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/escgencom14.htm>.

²⁵³ Ruairi Brughá & Anthony Zwi, "Amélioration de qualité des soins du privé donnés dans les services de santé public: défis et stratégies." *Health Policy & Planning* (1998) 13(2): 107-120. Disponible sur le site: <http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/13/2/107>.

Projet d'avenir d'un médecin kenyan

Education

« Beaucoup de professionnels de santé, particulièrement les médecins, ont débarqué dans cette carrière du fait qu'ils ont bien réussi à leurs examens et du fait que la médecine ne prend que la crème. Après la formation de base, il n'y a aucune possibilité de poursuivre des études; ainsi les professionnels de santé sont à l'abandon, loisible à eux d'exercer leur spécialité contre vent et marée. »

Formation

« Les gouvernements africains devraient identifier leurs besoins pour en ensuite se doter d'une politique de formation et de développement humain au regard des besoins. Cette approche basée sur les besoins est face au défi du système éducatif occidental... qui ne satisfait pas les besoins réels. »

Suivi et évaluation des performances

« J'ai quitté un travail qui était plus rémunérateur que celui que j'ai maintenant simplement parce que mon patron n'a jamais rien apprécié. Mes patrons actuels apprécient ce que je fais, même si je gagne moins, je suis plus motivé. On n'est jamais assez rémunéré pour le travail qu'on fait, cependant un système d'évaluation qui sanctionne objectivement le travail de chaque membre du personnel n'est jamais de trop. C'est le manque de système d'évaluation qui pousse les professionnels de santé d'adopter des attitudes «je-m'en-foutiste» - après tout, vous aurez le même salaire, etc., que vous travailliez dur ou pas. »

Politique de ressources humaines

« Il n'y a aucun système pour trouver une solution aux revendications. Comment se font les recrutements et licenciements? Qui décide des affectations et dans quelle mesure contribuent-elles à arranger les frustrations? Comment procède-t-on les avancements et nominations? Comment est-ce que les dossiers du personnel sont traités; pouvez-vous y accéder en cas de besoin? Je connais des employés qui ont cherché leurs dossiers pendant plus d'une année sans résultat. Cette situation est démotivante pour des professionnels de santé 'engagés' en partance pour l'étranger peut être.»²⁵⁴

²⁵⁴ Entretien avec Dr. Burton Wagacha, Coordonnateur de santé, GTZ Refugee Kenya Country Program, Kenya, July 6, 2006.

X. Financement

Exigences des droits de l'homme

Le droit international dit clairement que le financement est incontournable pour l'application des droits de l'homme. La Convention internationale sur les droits économiques, sociales et culturelles exige des états d'allouer le «maximum de ses ressources disponibles» à la réalisation des objectifs tendant au niveau de santé le plus élevé possible, de même que d'autres droits économiques, sociales, et culturelles.²⁵⁵ Ce qui signifie que le budget des états doit refléter l'engagement à faire face aux obligations dans le cadre du droit à la santé. Un état qui n'est pas disposé à utiliser des fonds dans ce cadre viole ses obligations relatives au droit à la santé. Par exemple, il est particulièrement difficile de croire qu'un état qui n'est pas à même d'offrir les soins de santé primaires essentielles à sa population, alors qu'il investit dans des dépenses militaires significatives, fait « tout son possible»²⁵⁶ pour satisfaire les obligations essentielles.

Cette réticence est sans commune mesure l'incapacité d'un état de se conformer au droit à santé due au manque de ressources. Le droit à la santé reconnaît que les difficultés en matière de ressources peuvent empêcher un état de faire face à ses engagements. Ceci vient à l'argument selon laquelle la réalisation du droit à la santé est un processus dynamique. Les gouvernements, cependant, doivent démontrer leur volonté de réaliser ce droit dans la pratique par un effort soutenu et significatif tendant vers cet objectif,²⁵⁷ progressant « aussi rapidement et effectivement que possible vers » la pleine réalisation du droit à la santé.²⁵⁸

Ceci fait revêtir à l'allocation des ressources pour la planification du personnel de santé une importance particulière en tant que composante d'une stratégie nationale de santé plus large, un des droits essentiels que tous les gouvernements doivent respecter.²⁵⁹ La planification du personnel de santé n'a pas obtenue l'adhésion attendue, et dans les pays où des plans ont été élaborés, les arrangements pour l'exécution, le suivi et l'évaluation ont généralement été insuffisants et le financement a souvent fait défaut.²⁶⁰ Si les pays espèrent aborder sérieusement la crise qui secoue

²⁵⁵ Convention Internationale sur les Droits Economiques, Sociaux et Culturels, G.A. res.2200A (XXI), 21 U.N.GAOR Supp. (No. 16) paraag. 49, U.N. Doc. A/6316 (1966), 993, U.N.T.S. 3, *entered into force* Jan. 3, 1976, art. 2(1). Disponible sur le site: <http://www1.umn.edu/humanrts/instree/b2esc.htm>.

²⁵⁶ Commission sur les Droits Economiques, Sociaux et Culturels, Observation *Générale 14, Le droit de santé le plus élevé possible*, U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000), parag. 47. Disponible sur le site: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/escgencom14.htm>.

²⁵⁷ Judith Asher, *The Right to Health: A Resource Manual for NGOs* (2004), at 42. Disponible sur le site: http://shr.aaas.org/pubs/rt_health/rt_health_manual.pdf.

²⁵⁸ Commission sur les Droits Economiques, Sociaux et Culturels, Observation *Générale 3, La nature du droit des Etats* (Cinquième Session, 1990), U.N. Doc. E/1991/23, annex III, 86 (1991), parag. 9. Disponible sur le site: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm3.htm>.

²⁵⁹ Commission sur les Droits Economiques, Sociaux et Culturels, Observation *Générale 14, Le droit de santé le plus élevé possible*, U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000), paras. 43(f), 47. Disponible sur le site: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/escgencom14.htm>.

²⁶⁰ Giles Dussault & Maria Cristina Franceschini, "Pas assez là-bas, Trop Ici: Comprendre le déséquilibre géographique dans la répartition du Personnel de Santé." *Ressources Humaines*

le personnel de santé et qui empêche les progrès en matière de lutte contre les maladies telles que le VIH/SIDA et la tuberculose, tout en déniant aux populations l'accès aux services de santé de base, alors des ressources doivent être disponibles pour élaborer un plan global estimé selon les principes de droits de l'homme.

Financement du processus de planification

L'élaboration d'un plan basé sur les preuves exige des ressources pour soutenir les composantes techniques, telles que la collecte de données, qui est essentiel quand on veut concevoir un plan global; elles seront utiles au suivi et évaluation que le plan sera initié. Cependant, le support technique au niveau de certains aspects de l'élaboration et de l'application du plan concernant le personnel de santé doit être équilibré par un processus participatif qui accueille et utilise les contributions des différents acteurs, entre autres des sociétés d'état, les ONG, les associations professionnelles, le secteur de l'éducation et de la formation, et les prestataires de service de santé et des consommateurs. Ceci est important à la fois en termes de défense du droit des personnes de participer aux décisions affectant leur propre santé,²⁶¹ et pour susciter la compréhension parmi les acteurs de la contribution qu'une planification est sensée apporter pour mettre en place des services de santé plus accessibles et plus efficaces et avec de meilleurs résultats. L'investissement dans un processus inclusive de la planification du personnel de santé est crucial à l'élaboration et à l'assistance pour un plan ; a défaut participation franche, l'engagement indéfectible des acteurs est nécessaire pour défendre la réalisation d'un plan concernant le personnel de santé est peu susceptible d'être obtenu.²⁶² En outre, la disponibilité des ressources financières est également requis, pour éviter la participation ne s'arrête au stade de projet, en vue de déboucher sur le suivi et l'évaluation pour s'assurer que les stratégies, une fois mises en branle, progresse vers la réalisation des besoins de tous les acteurs, particulièrement les utilisateurs de service de santé et les prestataires des soins primaires.

Financement du plan

Des fonds suffisants sont nécessaires pour permettre l'élaboration et la réalisation d'un plan estimé concernant le personnel de santé qui intègre une approche basée sur les preuves pour évaluer la répartition et l'effectif nécessaire pour offrir des soins de santé de qualité accessibles à tous les segments de la population d'un pays. Par exemple, le plan alloué des fonds non seulement pour mettre en place et assister des prestataires de service directs de santé, mais également pour former et soutenir l'administration et pour assister les aides-soignants qui sont essentiels au bon

pour la Santé (27 Mai 2006) 4:12, at 5. Disponible sur le site: <http://www.human-resources-health.com/content/4/1/12>.

²⁶¹ Commission sur les Droits Economiques, Sociaux et Culturels, *Observation Générale 14, Le droit au niveau de santé le plus élevé possible*, U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000), at para. 11. Disponible sur le site: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/escgencom14.htm>.

²⁶² Ummuro Adano (Capacity Project), *Collecte et Analyses Plans Stratégiques des Ressources Humaines (HRH) en Santé* (Dec. 2006), at 3, 6. Disponible sur le site: http://www.capacityproject.org/images/stories/files/resourcepaper_strategicplans.pdf.

fonctionnement d'un système de santé.²⁶³ Un engagement à renforcer la capacité des institutions de formation sanitaire pour augmenter le nombre d'étudiants inscrits doit être accompagné d'une promesse de soutien supplémentaire assurant que la qualité de l'instruction n'en souffrira pas si le nombre d'étudiants augmente. Ceci exigera un apport budgétaire effectif pour couvrir plus de postes d'enseignement, entre autres des salaires et avantages substantiels.

Un plan en matière de personnel de santé doit également donner la priorité à l'équité dans l'allocation des fonds. Un plan de personnel doit surtout privilégier des soins de santé immédiats aux populations pauvres et marginalisées qui les plus directement et négativement affectées par le manque de travailleurs de santé qualifiés et disponibles. L'approche au 'compte-gouttes' concernant le personnel n'aura pas des résultats équitables à long terme.

Si ces éléments ne sont pas spécifiquement quantifiés et inclus dans un budget joint au plan, ils ne seront probablement pas exploités d'une manière effective. Par conséquent les gouvernements doivent être disposés à utiliser leurs propres fonds domestiques en augmentant les dépenses du secteur de santé, à moins que les gouvernements n'aient déjà épuisé ressources réservées au droit à la santé et à d'autres droits de l'homme. Les gouvernements africains devraient respecter leurs engagements, vis-à-vis de la Déclaration d'Abuja sur VIH/SIDA, la tuberculose et les autres maladies infectieuses (2001), en consacrant au moins 15% de leurs budgets annuels à la santé.²⁶⁴ En 2005, seul le tiers des pays africains du sud Sahara ont affecté 10% de leurs budgets aux dépenses de santé.²⁶⁵ En 2007, seul deux pays africains ont atteint le minimum de 15%.²⁶⁶ Des ressources accrues peuvent aussi générées des rentrées de fonds pour le secteur.²⁶⁷

En outre, les gouvernements peuvent trouver les ressources pour plus d'efficacité et une gestion financière améliorée. Par exemple, quand une nouvelle administration fut mise en place dans l'état d'Ondo, au Nigéria en 2003, les contrats furent renégociés

²⁶³ Organisation Mondiale de la Santé. *Bulletin d'Infos No. 302: Pénurie en professionnels de santé à l'échelle Mondiale et impact* (Avril 2006). Disponible sur le site: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs302/en/index.html>.

²⁶⁴ Chris Atim, Point de Vue économique: *Financement de la Santé en Afrique - Autres contributions sur Abuja* (Aout 2006). Disponible sur le site: <http://go.worldbank.org/RYOQ50AYL0>.

²⁶⁵ Africa Health Strategy 2007-2015, para. 14. Adopté à la Troisième Session de la Conférence Africaine des Ministres de la Santé, Johannesburg, Afrique du Sud, 9-13 Avril 2007. Disponible sur le site: http://www.africa-union.org/root/UA/Conferences/2007/avril/SA/9-13%20avr/doc/en/SA/AFRICA_HEALTH_STRATEGY_FINAL.doc.

²⁶⁶ Africa Health Strategy 2007-2015, at para. 14. Adopté à la Troisième Session de la Conférence Africaine des Ministres de la Santé, Johannesburg, Afrique du Sud, 9-13 Avril 2007. Disponible sur le site: http://www.africa-union.org/root/UA/Conferences/2007/avril/SA/9-13%20avr/doc/en/SA/AFRICA_HEALTH_STRATEGY_FINAL.doc.

²⁶⁷ Mécanisme de Coordination nationale du Rwanda, 5e sommet du Proposition pour le Renforcement des Programmes de Santé (Garantir l'accès à des soins de qualité: Manque de coordination de la lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme au Rwanda) (Juin 2005), at 54 ("Conformément aux conclusions de la Commission de l'OMS sur macroéconomie et santé, le projet prévoit l'accroissement de richesses de la population suite à l'amélioration de la santé"). Disponible sur le site: http://www.theglobalfund.org/search/docs/5RWNH_1199_0_full.pdf.

par le gouvernement, réduisant d'un tiers ou de moitié le coût de beaucoup de contrats, en plus d'une économie 7 milliards de naira sur la construction de routes.²⁶⁸ Cet argent pouvait alors servir à des projets de développement.

Recherche de fonds à partir de différentes sources

En plus des engagements d'Abuja, les gouvernements africains doivent également être préparés à rechercher les financements en appui au plan du personnel de santé et à sa réalisation au niveau des ressources internationales disponibles, entre autre les fonds multilatéraux tels que le GAVI²⁶⁹ et le Fond Mondial pour le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme,²⁷⁰ aussi bien que par le biais des mécanismes bilatéraux comme le PEPFAR et le Millennium Challenge Accounts (MCA).²⁷¹ Cela requiert un plaidoyer de la part des gouvernements en vue d'amener

²⁶⁸ Présentation par Olusegun Agagu, Gouverneur, de l'état d'Ondo, Nigeria, Trois de Cheminement sur la Route du Progrès, Akure, état d'Ondo, Juin 23, 2006. Selon le taux en vigueur en 2007, 7 milliards de naira nigérian est équivalent à à peu près \$60 millions.

²⁶⁹ En 2005, GAVI (jadis le Fonds pour la Vaccination) avait décidé de financer les programmes de renforcement de la santé; il avait dégagé une somme de \$500 millions à cet effet. Le personnel de santé constitue l'une des priorités de ce fonds. Voir GAVI Alliance, *Health Systems Strengthening*, <http://www.gavialliance.org/vision/policies/hss/index.php>. Accessed Jan. 16, 2008.

²⁷⁰ Le Fonds Mondial a soutenu les programmes de santé, y compris le personnel de santé, de diverses manières pendant son existence, entre autres une partie du financement consenti au programme de ressources humaines d'urgence du Malawi. En novembre 2007, le conseil d'administration du Fonds a jeté les bases d'une politique visant à renforcer les systèmes de santé, qui guidera le Fonds au cours des prochaines années. Il a déclaré que « le Fonds permettra une large flexibilité concernant [le renforcement des systèmes de santé] des actions éligibles, pouvant avoir un impact sur le système au sens large et sur d'autres programmes bénéficiaires.» Ces actions doivent contribuer à l'amélioration des résultats concernant le SIDA, la tuberculose, ou le paludisme. Conseil d'administration du Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et la malaria, points de décision de la réunion du 16ème conseil d'administration (Nov. 2007), at 11 (Approche Stratégique au Renforcement des Systèmes de Santé: Point de Décision GF/B16/DP10). Disponible sur le site:

<http://www.theglobalfund.org/en/files/boardmeeting16/GF-BM16-Decisions.pdf>. Plus de détails sur le Fonds Mondial et le renforcement des systèmes de santé à voir dans Médecins pour les Droits de l'Homme, *Guide du 7^e Sommet du Fonds Mondial sur la Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et Paludisme pour le Renforcement des Systèmes de Santé* (Mars 2007).

Disponible sur le site: <http://physiciansforhumanrights.org/library/report-2007-03-17.html>. A noter que ce guide concerne le 7^e Sommet Fonds Mondial; les directives de chaque sommet diffèrent légèrement de l'autre. Les directives du 8^e Sommet, 11 mars 2008, pourront être consultées sur le site du Fonds Mondial: <http://www.theglobalfund.org>.

²⁷¹ The Millennium Challenge Corporation (MCC) est un programme du gouvernement américain créé en 2004 qui aide les autorités à faire face aux problèmes de croissance économique et de réduction de la pauvreté. Les pays doivent satisfaire les conditions concernant la bonne gouvernance et l'état droit, la liberté économique et l'investissement dans la santé et l'éducation afin de bénéficier du programme d'aide au développement dans ce cadre. Voir Millennium Challenge Corporation, *Indicators*, <http://www.mcc.gov/selection/indicators/index.php>. Accessed June 25, 2008. Le MCC accueille toutes les propositions de projets tendant à améliorer les conditions sanitaires dans un pays, y compris le développement des ressources humaines pour la santé. Voir Millennium Challenge Corporation, *Preliminary Guidance for Countries considering Health Sector Activities*, Nov. 2006. Disponible sur le site:

les partenaires internationaux au développement de d'inclure le volet renforcement du personnel de santé dans leurs programmes bilatéraux et par le biais d'autres mécanismes.²⁷²

Les efforts des gouvernement pour sécuriser les ressources financiers nécessaires au développement et à la réalisation d'un plan concernant le personnel de santé devraient aller de paire avec la volonté des bailleurs internationaux de canaliser une partie de l'aide internationale vers l'aboutissement de cette action et en direction du secteur de la santé en général.

Les bailleurs doivent modifier certaines de leurs stratégies en matière de rémunération. La plupart des bailleurs ne financent pas les salaires; ce qui, à mon avis, va à l'encontre des objectifs recherchés. Prenons l'exemple du bailleur qui n'est intéressé que par les équipements médicaux, tenant compte aucune de ce qui advenir à ces produits et de qui va en avoir la charge. Ils doivent augmenter l'investissement en matière de ressources humaines, notamment pour le personnel de santé.

- Propos d'un médecin de Meru, Kenya²⁷³

Les pays économiquement développés ont l'obligation de fournir l'assistance internationale nécessaire à la réalisation des droits économiques, sociaux et culturels, y compris celui du droit à la santé.²⁷⁴ C'est une obligation légale qui a pour origine les multiple accords internationaux,²⁷⁵ entre autres la Charte des Nations Unies qui stipule l'obligation des états à « prendre un action commune et individuelle » pour la résolution « des solutions aux problèmes économiques, sanitaires, sociaux et associés »

<http://www.mcc.gov/countries/tools/2007/compact/english/tools-2007-25-guidelinesforcountriesproposinghealthsectorprograms.pdf>.

²⁷² The Millennium Challenge Corporation a dégagé une enveloppe de \$140 million destine à la construction et à la réhabilitation des structures de santé. Approximativement 600 professionnels de la santé seront nécessaires ces structures, mais ce financement ne couvre pas ces postes. *Médecins Sans Frontières, Help Wanted: Confronting the health worker crisis to expand access to HIV/AIDS treatment: The MSF experience in southern Africa* (May 2007), at 11. Disponible sur le site:

http://www.msf.org/source/countries/africa/southafrica/2007/Help_wanted.pdf.

²⁷³ Entretien personnel avec Dr. Bactrin M. Killingo, Meru Hospice, Meru, Kenya, juillet 13, 2006.

²⁷⁴ Paul Hunt, *Le droit de tout un chacun de jouir du niveau de santé physique et mental le plus élevé possible*, U.N. Doc. A/60/348 (Sept. 12, 2005), at paras. 59-65. Disponible sur le site: <http://www2.essex.ac.uk/human%5Frighths%5Fcentre/rth/docs/GA%202005.pdf>.

²⁷⁵ Par exemple, la Déclaration Universelle sur des droits de l'homme confirme également l'obligation des états de s'entraider: « Chacun... est autorisé à réaliser, par le biais de l'effort national et la coopération internationale et selon l'organisation et les ressources de chaque état, les droits économiques, sociaux et culturelles indispensables pour sa dignité.... » Déclaration Universelle des Droits de l'Homme. G.A. resolution 217 A (III), UN Doc. A/810 at 71, Dec. 10, 1948, at art. 22. Disponible sur le site: <http://www1.umn.edu/humanrts/instree/b1udhr.htm>. En vue de réaliser les droits économiques, sociaux et culturelles, les parties à la Convention sur les droits de l'enfant doivent « prendre toutes les mesures selon les moyens disponible et, là où nécessaire, dans le cadre de coopération internationale. » Convention sur les droits de l'enfance, G.A. res. 44/25, annex, 44 U.N. GAOR Supp. (No. 49) at 167, U.N. Doc. A/44/49 (1989), *entered into force* Sept. 2, 1990, at art. 4. Disponible sur le site: <http://www1.umn.edu/humanrts/instree/k2csrc.htm>.

et promouvoir « le respect universel et l'observation des droits de l'homme et des libertés fondamentales »²⁷⁶

L'ICESCR réitère et abonde dans le sens de cette obligation, déclarant que les parties dans leur ensemble doivent prendre « des mesures individuelles et à travers l'aide et la coopération internationale, spécialement économique et technique, profitant au mieux des ressources disponibles, en vue de réaliser progressivement les objectifs en matière de droits reconnus par la présente Convention, » qui comprend le droit au niveau de santé le plus élevé possible.²⁷⁷

Les professionnels de santé, en tant que prestataires de services, jouent un rôle important dans la prise de conscience progressive de la réalisation du droit à la santé.²⁷⁸ Ainsi, les bailleurs de fonds doivent prendre en compte le devoir qui leur impose d'inclure d'une manière explicite le soutien au personnel de santé dans les programmes internationaux d'assistance.

²⁷⁶ Charte de l'ONU, arts. 55 et 56. Disponible sur le site:
<http://www1.umn.edu/humanrts/instreet/aunchart.htm>.

²⁷⁷ Convention Internationale sur les Droits économiques, sociaux et culturels, G.A. res.2200A (XXI), 21 U.N.GAOR Supp. (No. 16) at 49, U.N. Doc. A/6316 (1966), 993, U.N.T.S. 3, *entered into force* Jan. 3, 1976, at arts. 2(1), 12(1). Disponible sur le site:
<http://www1.umn.edu/humanrts/instreet/b2esc.htm>.

²⁷⁸ Paul Hunt, *Le droit de tout un chacun de jouir du niveau de santé physique et mental le plus élevé*, U.N. Doc. A/60/348 (12 Sept. 2005), parag. 8. Disponible sur le site:
<http://www2.essex.ac.uk/human%5Frights%5Fcentre/rth/docs/GA%202005.pdf>.

XI. Responsabilité

« ...droits et obligations exigent une responsabilité: sans un système de responsabilisation, le reste n'est que façade. »

-Paul Hunt, Rapporteur spécial sur le droit à la santé²⁷⁹

Responsabilité et contenu des droits de l'homme

Les obligations de financement associées au plan du personnel de santé sont intimement liées à la responsabilité. Les mécanismes de responsabilisation sont nécessaires pour s'assurer que les états ne vont pas utiliser la prise de conscience progressive (la reconnaissance légale selon laquelle les états peuvent ne pas réaliser entièrement les droits économiques, sociaux et culturels dans le court terme)²⁸⁰ et les contraintes budgétaires pour donner un alibi à l'absence de progrès en matière de droit à la santé, en général, et dans ce cas d'espèces d'adopter et de mettre en œuvre un plan du personnel de santé.²⁸¹ La responsabilisation renforce l'entente qui sous-tend les droits de l'homme: les états sont obligés de réaliser certaines responsabilités et conduites par eux-mêmes d'une manière appropriée; les dépositaires des droits (le public, les utilisateurs de santé, les professionnels de santé) sont habilités à réclamer leurs droits et à recevoir des remèdes si leurs droits sont violés. Ceci nécessite des mesures, pour une responsabilisation indépendante, accessible et effective, élaborées et supervisées par des organismes tels que des structures de contrôle et de normalisation indépendantes, des associations de droit des maladies et des organisations nationales de droits de l'homme, recevant dans certains cas un soutien juridique.²⁸² Le public doit aussi connaître leurs droits relatifs

²⁷⁹ Paul Hunt, *Compte rendu du Rapporteur Spécial sur le droit de tout un chacun de jouir du niveau de santé physique et mentale le plus élevé possible*. U.N. Doc. E/CN.4/2005/51 (Feb. 11, 2005), at para. 67. Disponible sur le site: <http://www2.essex.ac.uk/human%5Frights%5Fcentre/rth/docs/CHR%202005.pdf>. Détails importants sur la responsabilité, voir *Responsabilité et le droit de jouir du niveau de santé le plus élevé possible* (2008), pages 15-16. Disponible sur le site: http://www2.essex.ac.uk/human_rights_centre/rth/docs/HRC_Accountability_Mar08.pdf. See also Judith Asher, *Le Droit à la santé: Un Manuel de Référence pour les ONG* (2004), page 4. Disponible sur le site: http://shr.aas.org/pubs/rt_health/rt_health_manual.pdf.

²⁸⁰ Commission sur les Droits économiques, sociaux et culturels, *Observation Générale 3, La nature des obligations des états partis* (Cinquième session, 1990), U.N. Doc. E/1991/23, annex III at 86 (1991), at para 9. Disponible sur le site: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm3.htm>.

²⁸¹ Paul Hunt, *Application de la Résolution de l'Assemblée Générale 60/251 du 15 mars 2006 intitulée "Conseil des Droits de l'Homme," Compte rendu du Rapporteur Spécial sur le droit de tout un chacun à jouir du niveau de santé physique et mental le plus élevé possible*. U.N. Doc. A/HRC/4/28 (Jan. 11, 2007), para. 87. Disponible sur le site: <http://www2.essex.ac.uk/human%5Frights%5Fcentre/rth/docs/council.pdf>.

²⁸² Commission sur les Droits économiques, sociaux et culturels, *Observation Générale 14, le droit de jouir du niveau de santé le plus élevé possible*, U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000), para. 59. Disponible sur le site: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/escgencom14.htm>; Paul Hunt, *Compte rendu du Rapporteur Spécial sur le droit de tout un chacun à jouir du niveau de santé physique et mentale le plus élevé possible*. U.N. Doc. E/CN.4/2005/51 (Feb. 11, 2005), paras. 70-71. Disponible sur le site: <http://www2.essex.ac.uk/human%5Frights%5Fcentre/rth/docs/CHR%202005.pdf>.

au personnel de santé et la santé au sens large; ils doivent comprendre qu'ils sont habilités à jouir de ces droits, et il est nécessaire qu'ils sachent les voies et moyens pour y accéder s'ils sont violés.

En termes de responsabilisation, il ne s'agit pas seulement de blâme et de satisfaction de revendication. Il s'agit également d'un processus qui permet de déterminer ce qui marche et ce qui doit être amélioré.²⁸³ Cette compréhension conçoit la responsabilisation comme un instrument qui permet de tender vers la réalisation du droit à la santé en pratique.

Responsabilités vis-à-vis des obligations présentes.

Les gouvernements ont des engagements vis-à-vis du droit à la santé et face aux autres engagements qui doivent servir de base aux plans et stratégies du personnel de santé. Plusieurs aspects du droit à la santé sont discutés ailleurs ; le plan de personnel de santé et les stratégies afférentes doivent renforcer ces engagements. Il y a d'autres engagements qui influenceront le plan également. Par exemple, dans leur responsabilité d'éradiquer la discrimination faite aux femmes, les pays doivent avoir pour « [a] objectif principal... de réduire les risques sanitaires des femmes, en particulier d'abaisser le taux de mortalité maternelle et de protéger les femmes de la violence domestique. »²⁸⁴ Entre autres implications, ce qui signifie qu'une stratégie en matière de personnel doit rendre disponible des soins primaires et obstétriques d'urgence, à longueur de journée et cela pendant toute l'année, et permettre la formation des professionnels de santé à reconnaître et à solutionner le problème de violence conjugale.²⁸⁵

Plus généralement, différents aspects du droit à la santé établissent et renforcent son universalité, en suscitant l'engagement des pays à assurer l'accès aux services de santé tous, y compris des services prioritaires tels les soins reproductifs, maternels, et infantiles ; la vaccination, la nutrition, une eau sûre et un système d'assainissement adéquat; en prévenant et en traitant les maladies épidémiques et endémiques ; en mettant les médicaments essentiels à disposition ; et en essayant de trouver des

²⁸³ Paul Hunt, *Application de la Résolution de l'Assemblée Générale 60/251 du 15 mars 2006 intitulée "Conseil des Droits de l'Homme," Compte rendu du Rapporteur Spécial sur le droit de tout un chacun à jouir du niveau de santé physique et mental le plus élevé possible*. U.N. Doc. A/HRC/4/28 (Jan. 11, 2007), parag. 46. Disponible sur le site: <http://www2.essex.ac.uk/human%5Frights%5Fcentre/rth/docs/council.pdf>.

²⁸⁴ Commission sur les Droits économiques, sociaux et culturels, *Observation Générale 14, le droit de jouir du niveau de santé le plus élevé possible*, U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000), parag. 59. Disponible sur le site: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/escgencom14.htm>; Paul Hunt, *Compte rendu du Rapporteur Spécial sur le droit de tout un chacun à jouir d'un niveau de santé physique et mental le plus élevé possible*. U.N. Doc. E/CN.4/2005/51 (Feb. 11, 2005), para. 21. Disponible sur le site:

<http://www2.essex.ac.uk/human%5Frights%5Fcentre/rth/docs/CHR%202005.pdf>.

²⁸⁵ Voir Médecins pour les Droits de l'Homme, *Retards dans l'administration des soins: Mortalité Maternelle au Pérou* (2007), parag. 50, pages 133-134. Disponible sur le site: <http://www.physiciansforhumanrights.org/library/documents/reports/maternal-mortality-in-peru.pdf>.

solutions à la plupart des problèmes de santé des populations, par le biais de la preuve épidémiologique.²⁸⁶

Au delà du droit à la santé - et dans le rôle d'assistance sur certaines spécificités du droit à caractère opportun et référentiel - les pays ont fait un certain nombre d'engagements relatifs à la santé dont la réalisation est dépendante d'un personnel de santé motivé, équitablement réparti, et en nombre suffisant. Parmi ces critères on peut noter les Objectifs de Développement du Millénaire (ODM),²⁸⁷ l'accès universel aux services relatifs au VIH aux environs de 2010,²⁸⁸ l'accès universel à la santé reproductive en 2015,²⁸⁹ et l'engagement de l'Union Africaine à accéder aux services de santé primaires vers 2015.²⁹⁰

Ces engagements peuvent se résumer, au moins approximativement, au nombre de professionnels de la santé nécessaires, de leur répartition, et des qualifications requises. Par exemple, quelles sont les démarches à entreprendre pour offrir un programme global relatif aux services du VIH, quelle est l'importance de la population ciblée pour réaliser l'accès universel, quel type de travailleurs de la santé est concerné par ces différents services, et combien de professionnels de la santé seront nécessaires pour offrir le niveau de service requis? Etant donné que le plan de personnel de santé ne peut pas être réalisé par une formule simple comprenant la

²⁸⁶ Convention Internationale sur les Droits économiques, sociaux et culturels, G.A. res.2200A (XXI), 21 U.N.GAOR Supp. (No. 16) parag. 49, U.N. Doc. A/6316 (1966), 993, U.N.T.S. 3, *entered into force* Jan. 3, 1976, art. 12. Disponible sur le site:

<http://www1.umn.edu/humanrts/instree/b2esc.htm>; Commission sur les Droits économiques, sociaux et culturels, Observation *Générale 14, Le droit de jouir du niveau de santé le plus élevé possible*, U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000), at paras. 14-17, 21, 43-44. Disponible sur le site: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/escgencom14.htm>.

²⁸⁷ Parmi ces objectifs il y a la réduction de trois quarts de la mortalité maternelle à l'orée 2015 par rapport à 1990, et celle de la mortalité infantile de deux-tiers au cours des mêmes années, et renverser la propagation du SIDA, du paludisme, et d'autres maladies importantes. Voir la Division des Statistiques de l'ONU, *Indicateurs des Objectifs de Développement du Millénaire: Site Officiel des Nations Unies sur les Indicateurs des OMD*, <http://unstats.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Indicators/OfficialList.htm>, visité le 3 Jan. 2008. On peut avancer sans risque de se tromper que la plupart des OMD (peut-être même tous) ont atteint le statut de loi internationale coutumière. See Philip Alston, *Une Perspective Relative aux Droits de l'Homme sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement* (2004), paras. 40-42. Disponible sur le site:

http://www.hurilink.org/tools/HRsPerspectives_on_the_MDGs--Alston.pdf.

²⁸⁸ Déclaration Politique sur le VIH/SIDA, UN Doc A/Res/60/262, adopté par l'Assemblée Générale le l'ONU, 15 Juin 2006, parag. 20. Disponible sur le site: http://data.unaids.org/pub/Report/2006/20060615_HLM_PoliticalDeclaration_ARES60262_en.pdf.

²⁸⁹ Conclusion du Sommet Mondial de l'ONU, U.N. Doc. A/60/1 (60^e sess.) (2005), parag. 57(g). Disponible sur le site:

<http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/N05/487/60/PDF/N0548760.pdf?OpenElement>.

²⁹⁰ "Nous prenons [ici] l'engagement de nous battre pour un Accès Universel à la Prévention, au Traitement et aux Soins à l'horizon 2015, par la mise en place d'un système intégré de soins de santé primaire destiné aux malades et basé sur la mise à la disposition de ces derniers, d'un package de soins essentiels, à proximité de leurs lieux d'habitation. . . ." Déclaration de Gaborone à propos d'une Feuille de Route pour un Accès Universel à la Prévention, au Traitement et aux Soins, 2^{ème} Session Ordinaire de la Conférence des Ministres Africains de la Santé, Gaborone, Botswana, 10-14 Oct. 2005, parag. 2. Disponible sur le site: http://www.africa-union.org/root/au/Conferences/Past/2006/March/SA/Mar6/GABORONE_DECLARATION.pdf

productivité, la motivation, et d'autres aspects du système de santé affecteront le niveau des services que les professionnels de la santé peuvent offrir, par exemple - il serait à peine croyable que les pays puissent réaliser les promesses de santé sans effort concerté visant à déterminer le niveau de services requis pour faire face à ces engagements, et le personnel de santé chargé d'y contribuer.

En effet, le point faible du processus de planification du personnel de santé est que les relations entre les services des ressources humaines des ministères de la Santé et les programmes prioritaires de santé sont souvent déficitaires, ce qui limite la portée des plans de ressource humaine par rapport aux besoins.²⁹¹

D'une manière plus formelle, le processus de planification du secteur de santé en Ethiopie, qui souffre d'une pénurie en personnel des plus aigues dans le monde, a inclus une évaluation des besoins OMD pour estimer les financements requis pour réaliser les Objectifs de Développement du Millénaire vers 2015. Les calculs ont considéré cinq étapes pour réaliser les ODM en général. À chaque étape, l'évaluation a étudié les implications en termes de ressource humaine l'effort additionnel à fournir pour réaliser les ODM, en particulier le type de professionnels de la santé requis en appoint (par exemple, l'extension des soins obstétricaux d'urgence exigerait une augmentation onze fois supérieur du nombre d'infirmières/sages-femmes de niveau licence et de six fois celui des agents de santé publique), les implications sur la production, et dans le cas des infirmières/sages-femmes et agents de santé de niveau licence, la nécessité d'accorder une indemnité de dépaysement pour les travailleurs de santé en zones rurales. Ces besoins en ressources humaines ont été intégrés au calcul de l'augmentation de financement exigé pour réaliser les ODM.²⁹²

Responsable à l'égard de qui? Le besoin de suivi, d'évaluation et de participation

Les états avec droit - et les autres dont la responsabilité est de faire respecter le droit à la santé - demandent l'inclusion des indicateurs et références dans le plan et stratégie de personnel à l'échelle nationale.²⁹³ Une approche basée sur le droit à la planification du personnel de santé exige que de tels plans soient passés en revue et soumis à la critique d'un éventail d'acteurs, et retouchés, au besoin. Les contributions au suivi et à l'évaluation doivent donner naissance à un plan de personnel de santé, entre autres la capacité de mise à jour des plans s'ils ne contribuent pas à la création et à l'entretien d'un personnel de santé qui mette progressivement à disposition des services accessibles, acceptable, équitables et de qualité.

Une évaluation et un suivi effectifs et inclusifs requièrent la mise à la disposition du plan aux populations. Un moyen de rendre le plan disponible est de le mettre sur l'Internet. Davantage d'efforts, certainement, seront nécessaires pour permettre à la grande majorité qui n'a l'Internet régulièrement d'accéder au plan. Par exemple, le

²⁹¹ Entretien personnel avec, Jennifer Nyoni, Division of Health Systems & Services Development, Bureau Régional de l'OMS pour Afrique, 25 Avril 2008.

²⁹² Ethiopie, Ministère Fédéral de la Santé, *Plan Stratégique de Développement de la Santé (HSDP-III) 2005/6-2009/10* (2005), paragraphes 100-105. Disponible sur le site: http://www.moh.gov.et/index.php?option=com_remository&Itemid=47&func=fileinfo&id=192.

²⁹³ Commission pour les Droits Economiques, Sociaux et Culturels, Observation *Générale N°14, Le Droit à un niveau de Santé le élevé possible*, Doc. des N.U. E/C.12/2000/4 (2000), parag 57. Disponible sur le site. Disponible sur le site: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/escgencom14.htm>.

plan pourrait être communiqué à la radio et publié à un journal, en plus d'en faire des copies à circuler au niveau local. Le plan devrait également être traduit dans les langues minoritaires.

Le suivi et l'évaluation sont importantes dans la mesure où ils permettent de déterminer si les référentiels réalisés mais également à quel public ils sont destinés. La rédaction et la mise en œuvre d'un plan de personnel de santé doivent être accompagnées d'un examen sérieux, soutenu et transparent de son impact final sur les résultats obtenus en matière de santé. Après l'exécution d'un plan, est-ce que les résultats s'améliorent, particulièrement chez les groupes pauvres et marginalisés? Pour cette raison, la collecte des données séparées est essentielle pour s'assurer que l'exécution des plans du personnel santé tend à l'amélioration des services destinés aux groupes vulnérables, par rapport à la population générale.²⁹⁴

L'examen qualitatif d'un plan de personnel de santé est également important, en particulier au regard des utilisateurs du système de santé et des professionnels de première ligne et à tous les niveaux, dont la participation est importante pour évaluer l'impact sur la disponibilité du service de santé dans la pratique. Une fois qu'un plan de personnel a été mis en application, par exemple, les gens ont-ils progressivement un accès plus facile à des services de santé? Le niveau de confiance entre les patients et les prestataires de santé s'améliore-t-il et les attentes en termes de qualité des soins sont-elles satisfaites?

Les populations bénéficiaires de ces services devraient être au centre du système de responsabilisation ; finalement, ce sont leurs besoins et droits qui seront en jeu. Une telle volonté d'autonomisation des utilisateurs de santé et leur éducation sur la spécificité de leurs droits dans le cadre du plan du personnel, à savoir le type et le nombre de professionnels de santé nécessaires aux structures sanitaires locales, les heures d'ouvertures de ces établissements et leurs droits d'être traités avec respect et sans discrimination. Certains secteurs de la société peuvent faire aboutir l'éducation et l'autonomisation à une planification du personnel de santé, y compris le gouvernement, les médias, et les organisations de société civile. La collaboration entre ces secteurs peut renforcer leur impact.

Ces efforts doivent faire être intégrés à une plus vaste campagne dont la finalité serait l'éducation des personnes sur leurs droits. Avec cette stratégie combinée, et le soutien des organisations de société civile, les populations également pourront s'interroger sur l'opportunité du plan, même compte tenu des spécificités, et des responsabilités de leur gouvernement, et de ce fait seront amenés à pallier ces insuffisances.

En effet, pour réussir une responsabilisation il faudrait que les individus et les communautés soient conscients de leurs droits et des actions à entreprendre si ces droits ne sont pas réalisés. Parmi les moyens d'y accéder, il y a le contrôle formel de l'exécution du plan en exprimant les craintes ou en les portant devant d'autres structures, telles que les conseils de santé, des commissions des droits de l'homme,

²⁹⁴ Paul Hunt, *Le droit de tout un chacun de jouir du niveau de santé physique et mentale le plus élevé possible, Compte rendu du Rapporteur Spécial*. U.N. Doc. E/CN.4/2003/58 (Feb. 13, 2003), at para. 51. Disponible sur le site: <http://www2.essex.ac.uk/human%5Frights%5Fcentre/rth/docs/CHR%202003.pdf>.

des tribunaux, et des services administratifs. Les organisations de société civile ou autres institutions (tels que le bureau d'un Ombudsman de santé) peuvent nécessiter la participation à ces structures de facilitateurs, ce qui peut constituer un frein inutilement, même si ces structures ont pour objectifs de faciliter les relations entre les personnes.

En outre, les utilisateurs de santé peuvent chercher la responsabilité en participant aux processus politiques et en apportant leurs expériences aux médias. Ils peuvent exprimer leurs inquiétudes directement à leurs représentants politiques, et œuvrer dans ces cadres particuliers pour s'assurer que les politiciens comprennent qu'ils seront jugés, au moins en partie, sur le progrès ou l'absence de progrès du droit à la santé. Les médias peuvent amener les autorités administratives à s'expliquer sur la non-réalisation du droit à la santé. Les médias peuvent également aider à l'amélioration de ce droit en donnant des exemples et des information sur la façon dont ces droits peuvent être réalisés, en donnant des exemples de réussite ailleurs dans le pays, démontrant de ce fait l'opportunité d'une telle action.

Le système de santé en lui-même est un important forum où les malades sont informés de leurs droits. Par exemple, les structures sanitaires devraient publier la liste des droits des malades et les voies qui permettent aux malades de les défendre s'ils estiment qu'ils sont violés. Les plans de personnel de santé devraient inclure un volet destiné à l'information des personnes sur leurs droits dans le cadre du plan et des mécanismes de protection existants.

La responsabilité des personnes le plus immédiatement effectuées par le plan de personnel de santé, à savoir les utilisateurs du système de santé et les professionnels de la santé, sera aisée si leurs points de vue sont effectivement examinés (entretiens et enquêtes) et publiquement rapportés en tant qu'élément du suivi formel contribuant à la réalisation du plan. En Inde, par exemple, le People's Health Movement-India (Mouvement pour la santé des populations) (Jan Swasthya Abhiyan) a entamé l'audit périodique des services ruraux de santé publique dans sept états, en donnant la parole au personnel de santé, y compris les professionnels de santé basés dans les villages, les patients, et d'autres personnes dans la communauté. Les questions sont orientées sur l'accessibilité, la disponibilité, et la qualité des services de santé, aussi bien que le vécu des professionnels de la santé et le profil des professionnels ruraux de santé. Le résultat des enquêtes sont inclus dans les rapports qui sont censés éveiller la conscience du public sur la réalisation de la National Rural Health Mission (mission rurale nationale de santé), lancée en 2005, et dont l'objectif est d'amener le gouvernement à respecter ses promesses d'améliorer le système de santé publique.²⁹⁵ La mission rurale nationale de santé revêt également un caractère de suivi communautaire. Le suivi se fera en collaboration entre la société civile et le gouvernement, et comprendra des réunions et des entretiens avec les villageois et les professionnels de la santé; de même que l'observation des lieux. Le processus de suivi

²⁹⁵ Helen Potts, *La Responsabilité et Le Droit du niveau de santé le plus possible* (2008), pages 15-16. Disponible sur le site: http://www2.essex.ac.uk/human_rights_centre/rth/docs/HRC_Accountability_Mar08.pdf. La Mission Nationale de Santé Rurale dispose également d'un

permettra la mise en place d'un système de cartes de score pour le village et pour le service.²⁹⁶

Le suivi et l'évaluation sont nécessaires à plusieurs niveaux, non seulement pour le plan de personnel dans son ensemble - probablement dans le cadre d'une évaluation du système de santé en général - mais également dans le sens de stratégies plus élaborées qui pourraient résulter du plan. Par exemple, une étude au Kenya a constaté que chacun des 62 établissements de santé publique concernées a sa politique visant à protéger les personnes vivant avec le VIH/SIDA de la stigmatisation et de la discrimination, conformément aux directives du ministère de la santé. Cependant, seul cinq des structures de santé respectaient à la lettre ces politiques, telle que le recours pour les clients séropositifs victimes de violation de leurs droits.²⁹⁷

Niveaux de responsabilité: gouvernements, bailleurs et travailleurs d'avant-garde

La responsabilité intervient à plusieurs niveaux. Les gouvernements sont tenus de fournir un plan qui permet de veiller au droit du public de bénéficier des services de santé disponibles, accessibles, acceptables, et de qualité; et en conséquence la priorité aux ressources nécessaires. Les professionnels de santé sont tenus de fournir le traitement approprié, de qualité, et de respecter les droits de leurs patients ; donc, en plus de qualifications cliniques, les plans de personnel de santé doivent trouver les ressources et fournir la formation qui puisse donner aux professionnels de santé la conscience leurs obligations morales, y compris la non-discrimination.

Des procédures de compensation des malades et de discipline pour les professionnels de santé devraient être mises en place en cas de violation du droit des malades.²⁹⁸ Des mécanismes de réclamation être développés au niveau des différentes structures sanitaires, de même qu'au niveau des conseils médicaux et de soins, où se retrouveront les défenseurs et représentants légaux des malades. Les malades dont les droits ont été violés peuvent également faire appel au système judiciaire

²⁹⁶ Secrétariat National pour l'Action Communautaire - NRHM (Fondation Indienne pour la Population & Centre pour la Santé et la Justice Sociale), *Contrôle Communautaire des Services de Santé dans le cadre de la Première Phase NRHM 2007* (brochure) (Août. 2007). Disponible sur le site:

http://mohfw.nic.in/NRHM/Community_monitoring/Pamphlets/Community%20based%20monitoring%20English.pdf; Secrétariat National du Groupe de Réflexion pour l'Action Communautaire (Fondation Indienne pour la Population & Centre pour la Santé et la Justice Sociale), *Contrôle Communautaire des Services de Santé dans le cadre du programme NRHM* (poster) (c. 2007). Disponible sur le site:

http://mohfw.nic.in/NRHM/Community_monitoring/Posters/CM_framework.pdf. Pour de plus amples informations sur le Contrôle Communautaire de la Mission Nationale de Santé Rurale en Inde, voir Groupe de Travail sur le Contrôle Communautaire du Groupe de Réflexion pour l'Action Communautaire, *Manuel sur le Contrôle Communautaire des Services de Santé dans le cadre de la Mission Nationale de Santé Rurale* (c. 2007). Disponible sur le site:

http://mohfw.nic.in/NRHM/Community_monitoring/Implementers_Manual.pdf.

²⁹⁷ Mouvement pour l'Action de Traitement au Kenya (avec un appui financier du Programme pour la Mise en place d'une Politique de Santé de l'USAID, 1^{er} volet), *Organe de Contrôle/ Index des Acteurs Coupables de Stigmates et de Discrimination au Kenya* (2007), pages 6-7.

²⁹⁸ Commission sur les droits économiques, sociaux et culturels, *Observation Générale, Le droit au niveau de santé le plus élevé possible*, U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000), parag. 59. Disponible sur le site: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/escgencom14.htm>.

demander réparation. Des juges et d'autres professionnels du droit devraient bénéficier de formation sur les droits des malades sur les autres aspects du droit à la santé.²⁹⁹

Les bailleurs doivent s'assurer que leurs programmes et financement ne négligent pas les stratégies nationales ou n'enfreignent le droit à la santé avec des programmes similaires ou verticaux qui puissent ruiner le système de santé publique. De tels efforts peuvent améliorer le droit à la santé à un certain égard, en facilitant mieux l'accès à des services - quoiqu'en degré moindre, si de tels services étaient intégrés dans le système de santé publique. En effet, bailleurs qui interviennent en dehors des stratégies nationales et des structures existantes de santé peuvent également empiéter sur les responsabilités des pays riches par rapport au droit à la santé, car ils peuvent réduire la disponibilité d'autres services de santé en contribuant au départ de professionnels de santé de ces structures. Les bailleurs peuvent conserver un effet positif sur le droit à la santé, tout en investissant dans le durable par un soutien direct aux stratégies nationales de santé et par des actions garantissant l'intégration des programmes dans le système de santé publique.

Finalement, les systèmes de responsabilisation permettront des ajustements au niveau des plans de personnel de santé, ayant pour conséquence une réalisation plus durable et rendant les systèmes de santé plus stables et plus effectifs qui répondent aux besoins réels et évolutifs en santé dans un pays. La responsabilisation encouragera également le progrès continu, et évitera la stagnation et le détournement des ressources des services de santé. Un engagement à la responsabilité tiendra également compte de la manière dont la capacité du personnel de santé sera renforcée et soutenue, en imposant la recherche de priorités et en liant les plans de personnel de santé au processus de budgétisation et autres planifications.

²⁹⁹ Centre pour les Droits de la Reproduction & Association des Femmes Juristes - Kenya, *Difficultés d'Accouchement: Violation des Droits Humains des Femmes dans les Centres de Santé du Kenya* (2007), page 10. Disponible sur le site: http://www.reproductiverights.org/pdf/pub_exec_failurecover.pdf.

XII. Durabilité

Durabilité et droits de l'homme - un processus dynamique

Le droit à la santé constitue une base solide sur laquelle on peut élaborer des plans durables et fiables de gestion du travail en matière de santé. En mettant l'accent ainsi sur le concept de 'réalisation progressive' tout en évitant les 'mesures régressives' (avancer progressivement et ne pas revenir en arrière), le droit à la santé est par essence lié à des prestations de services de santé accessibles et équitables. Un plan adéquat de gestion du travail en matière de santé respectant les droits de l'homme, et en particulier le droit à la santé, passe par le respect scrupuleux de sa mise en application permettant de disposer de services de santé qui seront progressivement de meilleure qualité et disponibles pour tous. Ce progrès continu est en phase avec les obligations de respect des droits de l'homme. Les engagements pris, aussi bien par les gouvernements nationaux que par les bailleurs internationaux, doivent refléter cette compréhension et tenir compte du fait qu'une fois les services ont été mis en place, leur retrait serait une violation des droits des populations à la santé. Il est essentiel de le comprendre ainsi au moment de l'élaboration des programmes et de la proposition des financements afin que les investissements initiaux soient perçus selon le principe de non-régression. En clair, il n'est pas permis de revenir en arrière.³⁰⁰

La planification dans la durée

Les principes de réalisation progressive et de non-régression exigent des progrès constants. En d'autres termes, les efforts de renforcement du personnel doivent être durables. Il faut, pour ce faire, dégager des priorités. Quelle que soit l'importance du flux de capitaux injecté dans le secteur de la santé, il n'est vraisemblablement pas suffisant pour faire face à tous les besoins.³⁰¹ La planification dans la durée signifie que les questions difficiles mais importantes sur les engagements des gouvernements et des bailleurs doivent être posées. Par exemple:

- Est-ce que les bailleurs sont disposés à investir à long terme en vue de soutenir le travail en matière de santé dans son intégralité par opposition aux financements contre certaines maladies de façon isolée ?
- Quelle est la capacité du pays à soutenir les interventions sanitaires si jamais ces engagements extérieurs ne venaient pas ou étaient retirés ?

³⁰⁰ "Comme pour tous les autres droits contenus dans la [Convention Internationale sur les Droits Economiques, Sociaux et Culturels], il y a une forte présomption qu'il n'est pas possible de prendre des mesures rétrogrades par rapport au droit à la santé. Si une quelconque mesure rétrograde est prise de façon délibérée, l'Etat a l'obligation de prouver qu'elles ont été introduites après un examen minutieux de toutes les alternatives et qu'elles sont pleinement justifiées en référence à la totalité des droits contenus dans la Convention dans le contexte de la pleine et entière utilisation de toutes les ressources disponibles de l'Etat." Comité pour les Droits Economiques, Sociaux et Culturels, *Commentaire Général N°14, Le Droit à la Meilleure Santé Possible*, Doc. des N.U. E/C.12/2000/4 (2000), parag 32. Disponible sur le site: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/escgencom14.htm>.

³⁰¹ Paul Hunt, *Le droit de tout un chacun de jouir du niveau de santé physique et mental le plus élevé possible*, U.N. Doc. A/62/214 (Aug. 8, 2007), at paras. 16-17. Disponible sur le site: <http://www2.essex.ac.uk/human%5Frights%5Fcentre/rth/docs/GA%202007.pdf>.

- Quels effets les changements électoraux auront-ils sur les plans à long terme et l'attribution de ressources destinées aux travailleurs de la santé ?

De façon pratique, cela veut dire que la main d'œuvre en matière de santé doit être une priorité dans les budgets nationaux, pour que les services de santé puissent continuer à fonctionner, même si les financements extérieurs devaient être interrompus ou retirés.³⁰² Dans le cadre du plan du personnel en matière de santé, le besoin de durabilité et le droit à la santé offrent un cadre pour définir des priorités, en commençant par l'obligation d'effet immédiat pour s'assurer qu'il n'y a pas de discrimination et pour plus d'équité dans le service sanitaire.³⁰³ Ce service doit être le moteur de toute approche sur la gestion du travail en matière de santé qui respecte les droits de l'homme. Ces plans doivent avoir comme objectif la promotion des droits de l'homme en rapport avec les besoins en soins de santé sur le terrain. Cela signifie l'obligation de dégager des priorités dans la définition des budgets des programmes infirmiers et chez les travailleurs de la santé communautaire avec l'intention d'augmenter les séances de formation médicales si jamais les financements adéquats pour tous les niveaux de formation n'étaient pas disponibles. Il faut peut être, pour ce faire procéder à d'importantes augmentations de salaires pour les professeurs de médecine en vue de garder les meilleurs profils ou investir dans des laboratoires de proximité pour fournir à temps et de façon accessible des services au malades du SIDA et de la TB dans les zones rurales. Enfin, les conditions sanitaires qui prévalent dans un pays et l'engagement de faire respecter les droits de l'homme peuvent déterminer les priorités à mettre en place dans l'élaboration d'un plan de gestion du travail de la santé qui prenne en charge les populations vulnérables et marginalisées, même si la situation financière arrivait à se détériorer.³⁰⁴ De pareilles priorités doivent être

³⁰² Pour un pays riche qui fournit une assistance au développement afin de suspendre ou de réduire son soutien aux pays qui ne peuvent pas assurer des services de santé de qualité à tous, en utilisant leurs propres ressources et qui n'ont aucun plan pour s'assurer que ces ressources peuvent être disponibles et provenir de diverses sources, il serait en droit de se poser de sérieuses questions, comme par exemple celle de savoir si ce partenaire international respecte ses propres obligations en matière de droits de l'homme.

³⁰³ Comité pour les Droits Economiques, Sociaux et Culturels, *Commentaire Général N°14, Le Droit à la Meilleure Santé Possible*, Doc. des N.U. E/C.12/2000/4 (2000), parag 30. Disponible sur le site: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/escgencom14.htm>.

³⁰⁴ Ce sera extrêmement difficile de fournir des services de santé essentiels à tout le monde si les niveaux de financement sont trop bas. En 2001, la Commission chargée de la Macroéconomie et de la Santé a estimé qu'un minimum de 34 dollars par tête d'habitant devrait être envisagé en 2007 (revenu qui passerait à 38 dollars à l'horizon 2015), ce qui constitue " grosso modo le minimum requis pour garantir les soins de santé essentiels." La Commission chargée de la Macroéconomie et de la Santé, *Macroéconomie et Santé: Investir dans la santé pour un Développement Economique* (Déc. 2001), pages 54-55. Disponible sur le site: <http://libdoc.who.int/publications/2001/924154550X.pdf>.

Ces repères minimisent probablement l'importance des financements nécessaires pour garantir des services de santé essentiels à tous, car ils ne tiennent pas compte des besoins supplémentaires de financement liés à une augmentation des personnels de santé, et pour d'autres raisons encore. Voir Commission pour l'Afrique, *Notre Intérêt Commun: Rapport de la Commission pour l'Afrique* (2005), page 195. Disponible sur le site:

<http://www.commissionforafrica.org/english/report/introduction.html>. Le fait de ne pas fournir les ressources suffisantes pour aller aussi rapidement que possible dans le sens de permettre à chacun d'avoir accès aux services de santé essentiels et de garantir cet accès universel une fois qu'il est acquis, signifie que les pays ne consacrent pas le maximum de leurs

intégrées dans le cadre national légal et politique pour réduire les risques que des changements de régimes amènent un pays à faire machine arrière dans le respect de ses obligations. Une culture des droits de l'homme dans la communauté de santé -- et dans la communauté dans son ensemble, ce qui serait idéal -- peut servir de rempart contre toute forme de régression

Associer la durabilité au processus de budgétisation et de planification

La définition des priorités signifie la reconnaissance que les travailleurs du secteur de la santé ne sont pas seuls et isolés des autres secteurs et processus de planification. Les Ministères en charge de la santé et les Ministères des autres secteurs doivent se mettre en rapport avec les processus nationaux de définition budgétaires et de planification, tels que les Documents de La Stratégie de Réduction de la Pauvreté, pour s'assurer que les travailleurs ne sont pas laissés pour compte dans l'allocation des fonds et dans la mise en place des références.

Ce qui pourrait signifier la remise en cause de dépenses précédemment engagées mais qui étaient inadéquates et le plaidoyer en faveur d'augmentations substantielles de la main d'œuvre dans le secteur de la santé dans les nouveaux budgets gouvernementaux. Il faudrait aussi prendre part à -- et peut être remettre en cause -- certaines options en politique macroéconomique, qui traditionnellement, étaient la chasse gardée des Ministères des Finances, de la Banque Centrale et du FMI. Les politiques dans des secteurs comme les déficits fiscaux, les objectifs en matière d'inflation et les impôts affectent les ressources totales disponibles pour l'investissement public, y compris dans le secteur de la santé et dans beaucoup de pays, il y a des restrictions budgétaires sur de pareils investissements.³⁰⁵ Les ONG et les autres membres de la société civile, les travailleurs de la santé inclus, peuvent aider à soutenir les ministères en charge de la santé dans leur quête pour l'allocation de budgets plus importants

Pour promouvoir la durabilité, il serait tout aussi utile de planifier des schémas de budgets multiples à l'intérieur de la gestion de la main d'œuvre nationale du secteur (et du secteur de la santé au niveau national) pour réduire les perturbations des services de santé en cas de suspension des financements extérieurs.³⁰⁶ Les pays

ressources disponibles aux fins de garantir à tous le droit à la santé et autres droits de l'homme, que les pays riches ne remplissent pas leurs obligations de fournir une assistance internationale et de coopérer pour le respect universel des droits de l'homme, ou une combinaison des deux.

³⁰⁵ Voir Centre pour le Développement Mondial, Le FMI Rend-il Obligatoires les Dépenses en Matière de Santé dans les Pays en Développement ? Une Preuve et un Plan d'Action (2007). Disponible sur le site: http://www.cgdev.org/section/initiatives/_active/imfprograms/; Bureau d'Evaluation Indépendant du FMI, Le FMI et l'Aide à l'Afrique Sub-saharienne (2007), PP 7-10, 42 (il ressort que de 1999 à 2005, seul 27% des augmentations en terme d'assistance étrangère aux pays de l'Afrique Sub-saharienne avec des programmes du FMI ont été dépensés, le reste ayant servi à payer la dette intérieure et à mettre en place des réserves). Disponible sur le site: <http://www.ieo-imf.org/eval/complete/pdf/03122007/report.pdf>.

³⁰⁶ La Stratégie de Santé en Afrique 2007-2015 invite les pays à mettre en place plusieurs scénarios de financements, et précise en filigrane que " ces plans doivent indiquer les voies et moyens pour combler d'éventuels déficits à court, moyen et long terme." Stratégie de Santé en Afrique 2007-2015, parag. 56. Adopté lors de la Troisième Session de la Conférence des Ministres de la Santé de l'Union Africaine tenue à Johannesburg en Afrique du Sud, du 9 au 13 avril 2007. Disponible sur le site: <http://www.africa->

doivent à tout prix dépenser l'essentiel de leurs ressources disponibles dans l'optique du droit à la santé et devraient plutôt chercher à réaliser le plan dans un scénario qui tienne compte de l'ensemble des obligations et engagements tels que les OMD. Ils devront faire tout ce qui est possible pour mobiliser des ressources externes pour atteindre leurs objectifs.

Les pays devront aussi encourager les bailleurs à user de pratiques aptes à minimiser le risque de voir des engagements non respectés conduire à des perturbations du financement de la santé. Le développement d'un système d'assurance collective avec d'autres bailleurs pourrait être envisagé. Le partenariat mondial pour la santé, une initiative lancée en 2007 pour accompagner les plans nationaux de santé pour la réalisation des OMD et qui comprend un certain nombre de pays développés, de pays en développement et d'agences de santé est en train de franchir une étape importante dans cette direction. En Juin 2008, le système que l'Ethiopie a mis en place en rapport avec le Partenariat International pour la Santé comprenait un processus de coordination collective pour éviter que les manquements ne prennent du volume grâce aux engagements des uns et des autres si l'un des bailleurs ne parvenaient plus à financer à hauteur de ses promesses initiales.³⁰⁷

Promouvoir la Durabilité : former les travailleurs du secteur de la santé en matière de droits de l'homme

La durabilité est intimement liée au développement de la conscience des travailleurs et de leur engagement pour le respect des droits de l'homme. Les travailleurs du secteur de la santé ont le privilège de rendre le droit à la santé opérationnel, par leur pratique quotidienne et dans leur rôle de défenseurs de leurs malades. Les professionnels de la santé jouent un rôle clé dans la définition des politiques de santé dans la plupart des pays et leur engagement pour le respect des droits de l'homme en sus de leur compréhension des questions de santé sont essentiels dans la réalisation effective du droit à la santé.³⁰⁸ Malheureusement, la situation actuelle reflète un sérieux manque de connaissance des droits de l'homme dans le secteur de la santé.

[www.un.org/root/UA/Conferences/2007/avril/SA/9-](http://www.un.org/root/UA/Conferences/2007/avril/SA/9-13%20avr/doc/en/SA/AFRICA_HEALTH_STRATEGY_FINAL.doc)

[13%20avr/doc/en/SA/AFRICA_HEALTH_STRATEGY_FINAL.doc](http://www.un.org/root/UA/Conferences/2007/avril/SA/9-13%20avr/doc/en/SA/AFRICA_HEALTH_STRATEGY_FINAL.doc).

³⁰⁷ Ministère Fédéral Ethiopien de la Santé, *Contrat entre le Gouvernement Ethiopien et les Partenaires au Développement sur l'augmentation progressive pour atteindre la santé dans le cadre des OMD*. (document) (Juin 2008), parag. 41. Le document décrit plusieurs façons de couvrir ces manquements: "l'attention a prêter aux besoins en vue d'assurer une couverture des manquements dans le budget de l'année en cours ainsi que la faisabilité d'une des banques de développements (qui organize leurs propres activites sur la base de leur engagement) agissant comme des 'swing donors' ou la faisabilité d'un fond de couverture des manquements'Id. Si les manquements ne peuvent pas être couverts dans l'année fiscale en cours, les bailleurs signataires informent [le Ministère Fédéral de la Santé] et le[Ministère des Finances et du Développement Economique] de la composition des engagements supplémentaires qui seraient nécessaires dans l'année en cours. Ceci donne au [Ministère des Finances et du Développement économiques] le choix de maintenir les dépenses publiques temporairement et en puisant sur les réserves de change extérieurs pour renflouer l'aide additionnelle pour l'année suivante 'Id au parag.42." *Id.* at para 42.

³⁰⁸ Paul Hunt, *Application de la Résolution de l'Assemblée Générale 60/251 du 15 mars 2006 intitulée "Conseil des Droits de l'Homme," Compte rendu du Rapporteur Spécial sur le droit de tout un chacun à jouir du niveau de santé physique et mental le plus élevé possible*. U.N. Doc. A/HRC/4/28 (Jan. 11, 2007), parags. 38-47. Disponible sur le site:

Pour surmonter les barrières liées à l'ignorance et à la suspicion, un engagement concerté pour l'éducation des travailleurs de la santé (y compris ceux qui ne pratiquent pas au quotidien) sur les questions des droits de l'homme est nécessaire. Les travailleurs de la santé peuvent utiliser le droit à la santé comme instrument pour compléter leur action médicale, améliorer le bien-être des malades, obtenir de meilleurs financements pour le secteur de la santé et améliorer les conditions matérielles de travail des acteurs de la santé. L'éducation aux droits de l'homme contribuera sans nul doute à améliorer les efforts des travailleurs de la santé à plus de responsabilité dans leur travail. En s'engageant pour le droit à la santé, les travailleurs du secteur de la santé peuvent promouvoir des politiques sanitaires plus équitables et travailler pour que ces politiques demeurent une importante priorité sur le programme budgétaire national. Un plaidoyer dirigé par les travailleurs de la santé pour garantir leurs propres droits tels que des conditions de travail sûres et des réserves de médicaments suffisantes, contribuent à améliorer le droit de leurs malades à des soins de qualité.

Les plans de gestion du travail en matière de santé donnent l'occasion d'intégrer officiellement la question des droits de l'homme, le droit à la santé en particulier, dans les processus éducatifs, les programmes de formation des travailleurs de la santé à tous les niveaux, du niveau universitaire à celui de spécialiste et même dans les programmes de formation continue. Ceci est d'une importance capitale non seulement pour former de futurs défenseurs, mais aussi pour s'assurer que les normes de droits de l'homme et moraux guident les conditions dans lesquelles la pratique médicale s'opère.³⁰⁹ L'éducation aux droits de l'homme donnera aux acteurs de la santé la notion de service plus que dans le passé, pour une meilleure santé physique et mentale de leurs malades. Ils seront mieux outillés pour intégrer positivement les droits de l'homme, tels que les violences et abus au foyer qu'ils seront emmenés à gérer dans leur pratique quotidienne.

La conscience des droits de l'homme donne aussi la chance aux travailleurs de la santé de se sentir comme membres d'un mouvement plus étendu, qui lui-même peut s'avérer être une forte source de motivation et de défense, lorsqu'ils travaillent avec ou pour les communautés vulnérables. Les Partenaires en matière de santé par exemple / Zanmi Lasante a eu un succès retentissant en gardant des médecins dans ses cliniques éloignées à Haiti. Sur les 60 à 70 médecins qu'il emploie là-bas, seul

<http://www2.essex.ac.uk/human%5Frights%5Fcentre/rth/docs/council.pdf>. Le rapport indique que:

''Les professionnels de la santé peuvent utiliser les droits relatifs à la santé pour les aider à mettre en place des politiques et des programmes plus équitables ; à inscrire les questions de santé en bonne place dans les agendas nationaux et internationaux ; à assurer une meilleure coordination entre les secteurs relatifs à la santé ; à récolter plus de fonds en provenance du Trésor ; à collecter plus de fonds avec les pays développés en faveur des pays en développement ; dans certains pays, à améliorer les termes des contrats ainsi que les conditions des travailleurs de la santé ; etc. Il est crucial d'amener plus de professionnels de la santé à se dire que le droit à la meilleure santé possible n'est pas qu'un procédé de rhétorique, mais aussi un outil qui peut sauver des vies et réduire les souffrances des populations, en particulier chez les couches les plus défavorisées.'' /Id au parag. 44.

³⁰⁹ Judith Asher, Judith Asher, Le Droit à la Santé : Un Manuel de Référence pour les ONG (2004), p.73. Disponible sur le site: http://shr.aas.org/pubs/rt_health/rt_health_manual.pdf.

quelques uns ont quitté ces deux dernières années. Selon Dr. Evan Lyon, qui passe son temps entre PES (Partenaires en matière de Santé) à Haiti et à Brigham et l'hôpital des femmes de Boston, « Nous avons réussi à garder beaucoup de médecins et en avons seulement perdu quelques uns qui ont quitté la profession, ce qui est un problème courant à Haiti, ou qui simplement vont s'installer à leur propre compte en ville. » Dr. Lyon attribue le taux important de médecins qui restent à PES aux salaires importants qui leur sont payés (ils sont plus importants que ceux du public mais plus bas que ceux du privé) ainsi qu'à la fourniture d'un logement, de nourriture et de transport public périodique en ville par PES pour rendre visite à leurs familles. Les médecins sont aussi dotés de médicaments de qualité et en quantité suffisante, sans parler de l'accès à internet qui leur permet de faire leurs recherches médicales et de communiquer. En dotant nos docteurs de la capacité et des outils pour travailler nous avons réussi à les garder ici. », Dit -il.

Selon Dr Lyon, en dépit de son enclavement et de sa situation en milieu rural, les postes à PES sont les plus convoités en dehors de ceux qui sont situés dans les quartiers résidentiels. Ils attirent et maintiennent les meilleurs diplômés de la profession. Cependant, il met l'accent sur le fait que « sur 60 à 70 médecins, je n'en connais que trois qui vraiment aiment travailler en zone rurale... Il est si beau de voir les gens partir de la position d'élite, où beaucoup sont presque indifférents à devenir défenseurs des pauvres. » Il attribue ce changement au travail dans une organisation qui se prévaut d'une mission, celle de fournir des soins médicaux et sociaux de qualité en guise de solidarité aux communautés vulnérables. « Nous observons les changements de points de vues, de langage, alors que la prise de conscience se renforce. La dynamique qui maintient les gens est complexe. Il n'y a pas de clubs ici, pas de vie sociale. Cependant, Il y a quelque chose de plus important qui se passe ici. »³¹⁰

J'ai été amené à comprendre maintenant que l'usage d'un cadre de droits de l'homme vous permet d'aller au delà du terrain clinique pour appréhender les questions de responsabilité en santé publique et en gouvernance qui participent à la définition des processus de santé. Une compréhension plus claire des concepts de droits de l'homme nous amène à être plus solidaires des groupes vulnérables qui souffrent de la discrimination en termes d'accès au service de santé.

Pendant mon service dans les pays pauvres en zones rurales de Mushegu, au nord du Nigeria, J'ai souvent été amené par ma connaissance du droit à la santé à dépasser ma condition de médecin pour devenir un activiste et avocat exigeant de l'équité et du service au profit des ayants droit. Mes objectifs généraux ont toujours consisté à permettre un accès facile au service de santé à tous les membres de la communauté sans distinction de statut économique. "

- Propos d'un médecin de Kontagora, Nigeria³¹¹

³¹⁰ Entretien personnel avec le Docteur Evan Lyon, Partenaires en matière de santé, 17 Juillet 2006.

³¹¹ Entretien personnel avec le Dr. Chukwumanya Igboekwu, Associé au Programme Santé pour les Médecins pour la Justice Sociale et les médecins pratiquants a Kontagora, Etat du Niger, Nigeria, 10 Fév. 2008.

L'éducation aux droits de l'homme change la perception qu'on a de la médecine comme étant un emploi -- où l'on peut gagner de l'argent - on la perçoit plutôt comme un service rendu à l'humanité. N'est-ce pas une violation des droits de l'homme que de ne pas offrir un accès aux services de santé aux populations. Lorsque le médecin commence à percevoir les choses de cette façon, il apprécie alors mieux le service qu'il rend à sa communauté. Il se valorise. S'il est incontournable d'incorporer les droits de l'homme dans la définition des plans de gestion du travail en matière de santé, ainsi que les statistiques, les travailleurs du secteur doivent aussi apprendre les droits de l'homme.

- Propos d'un étudiant en médecine de Kampala, Uganda³¹²

³¹² Entretien personnel avec Nixon Niyonzima, étudiant en médecine, Makerere University, Kampala, Uganda, 23 Jan. 2008.

XIII. Conclusion

Les pays ont beaucoup à gagner s'ils élaborent leur planification du travail en matière de santé sur des considérations techniques et des principes humains. Les principes de droits de l'homme permettront aux travailleurs du secteur sanitaire d'atteindre des populations enclavées, aux stratégies de conservation de réussir et au plan de contribuer de façon significative aux progrès nécessaires pour réaliser les objectifs en matière de santé.

En plus les pays doivent réaliser des niveaux élevés de santé pour les populations, Ils sont tenus de souscrire à ces principes-là. Les critères de droits humains et les critères techniques doivent tous les deux, être pris en compte et intégrés dans l'évaluation. Les Ministères de la Santé, l'organisation Mondiale de la Santé, l'Alliance Mondiale Du Travail en Matière de Santé, les grands partenaires au développement et les agences techniques, doivent tous intégrer ces principes dans leurs processus de planification. Les Travailleurs sanitaires eux-mêmes doivent réclamer leurs droits et ceux des populations au service desquelles ils travaillent, et insister sur la nécessité de mettre en place les plans et les stratégies qui changeront leur devenir sur les droits de l'homme.

Annexes: Ressources Techniques

Ressources Humaines pour la Santé (HRH) : Le Cadre d'Action

Le cadre d'action pour la santé assiste les pays dans le développement et la mise en œuvre d'une réaction globale aux besoins des travailleurs de la santé. C'est une ressource en ligne qui fournit des outils pour le travail en matière de santé dans six secteurs différents : Les systèmes de gestion des ressources humaines, la gouvernance, la planification, la finance, l'éducation et l'élaboration des politiques. C'est une initiative de l'Alliance Globale pour le Travail en Santé qui a été développée par la collaboration entre l'Organisation Mondiale de la Santé et l'USAID. On peut le visiter à l'adresse suivante: <http://www.capacityproject.org/framework/index.php>.

Compendium de l'outil de gestion des ressources humaines

Les ressources humaines pour les outils de santé contenus dans cette collection comprennent une description. Ces outils ont été revus et testés par des personnes ayant une certaine expertise en matière de gestion des ressources humaines. Il peut être visité à l'adresse suivante: <http://hrhcompendium.com.test.ibiblio.org/>

Centres de Ressources humaines de la santé

Il s'agit d'une collection de documents, de présentations, et d'autres ressources relatives au travail de la santé. Les documents peuvent être organisés en termes de sujets ainsi qu'en termes de géographie et de ressources spécialisées. Ce site peut être visité à l'adresse suivante: <http://www.hrhresourcecenter.org/>

Alliance L'Alliance Mondiale des Professions de Santé

Ressources disponibles au site web de Global Health Workforce Alliance (<http://www.ghwa.org>) ainsi qu'un rapport échelonnant l'éducation des travailleurs de la santé (http://www.who.int/entity/workforcealliance/documents/Global_Health%20FINAL%20OREPORT.pdf) et directives sur les mesures incitatives pour le recrutement, le maintien, et la motivation des travailleurs de la santé. (<http://www.who.int/entity/workforcealliance/news/incentives-guidelines/en/index.html>).

Ressources de l'Organisation Mondiale de la Santé pour le service de santé

Les ressources humaines de l'OMS pour le site web du Département de la Santé offre des outils et des directives dans des secteurs comprenant les ressources humaines pour l'analyse des situations de santé, les politiques, la planification, la gestion, l'éducation et la formation. Elles sont disponibles sur le site : <http://www.who.int/hrh/tools/>.

L'Initiative pour le plaidoyer en faveur du travail en matière de santé (HWAI)

L'Initiative pour le plaidoyer en faveur du travail sanitaire (<http://www.healthworkforce.info/HWAI/>) est un réseau dirigé par les sociétés civiles

affilié à l'Alliance Mondiale pour le travail en matière de santé. Les documents comprennent des principes directeurs sur la planification du travail en matière de santé (qui traitent plusieurs concepts parmi lesquels le guide ici présent.) ainsi qu'un package qui constitue un plaidoyer pour les défenseurs du travail en matière de santé: <http://www.healthworkforce.info/HWAI/Materials.html>.