

PLAN DE MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE DU GFF POUR LES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTÉ : 2023-2025

APERÇU

Le GFF ne peut parvenir à une meilleure santé pour les femmes, les enfants et les adolescents sans les médecins, infirmières, sages-femmes, professionnels de santé et des soins connexes et les agents de santé communautaire (ASC) nécessaires à la prestation de services complets et de haute qualité en santé reproductive, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, et nutrition (SRMNEA-N). La couverture, la répartition, les compétences et la coordination des agents de santé et de soins dans les pays éligibles au GFF sont cependant insuffisantes pour parvenir à une couverture de santé universelle (CSU) et autres objectifs mondiaux de santé. Ceci est partiellement dû à une mise en œuvre restreinte des politiques, aux données inadéquates et à des investissements fragmentés. Alors que le soutien extérieur aux stratégies nationales de ressources humaines pour la santé (RHS) a, de tout temps, été caractérisé par un manque de coordination, un opportunisme et une réaction aux lacunes, le partenariat du GFF crée la possibilité d'intervenir au niveau des moteurs systémiques qui entraînent une mauvaise qualité, une faible couverture et une insuffisante intégration des RHS, afin de parvenir à des systèmes de santé plus résilients et réactifs. Des investissements du GFF dans les RHS mieux coordonnés et alignés peuvent apporter un « triple avantage » : pour les résultats de santé, la sécurité sanitaire mondiale et la croissance économique (OMS 2016).

Lors de la réunion du Groupe des investisseurs (GI) de juin 2022, les ministres de la Santé ont souligné les difficultés fondamentales et les contraintes fiscales auxquelles ils sont confrontés pour financer et soutenir leur main-d'œuvre en santé actuelle. Le GI du GFF a approuvé le [programme pour les RHSⁱ](#) et demandé au Secrétariat de rédiger le présent plan de mise en œuvre opérationnelle des RHS. Le Secrétariat a demandé aux membres du GI la constitution d'un groupe de travail technique (GTT) sur les RHS afin de superviser l'élaboration du plan, groupe qui s'est réuni du mois d'août au mois d'octobre 2022. En outre, le Secrétariat a réalisé une analyse du portefeuille des RHS pour les pays du GFF sélectionnés, ainsi qu'une analyse du paysage des partenaires du GFF et une enquête à soumettre aux membres du GI. Avec le soutien des partenaires techniques et en s'appuyant sur les propositions d'actions inscrites au programme pour les RHS, le GTT sur les RHS du GI a révisé ces analyses, débattu des priorités globales en matière de RHS, des manquements techniques et des déficits d'investissement afin d'émettre des recommandations d'actions stratégiques pour le présent plan de mise en œuvre opérationnelle des RHS du GFF.

Le Secrétariat du GFF a identifié certaines occasions spécifiques de mieux coordonner et aligner ses efforts actuels de développement et de renforcement des RHS à l'échelle du partenariat. Ce processus a également permis de tirer un meilleur profit de l'avantage comparatif du GFF dans la mise en place d'un dialogue multisectoriel et la prestation d'un soutien technique plus systémique à l'attention des gouvernements afin de comprendre et de résoudre les difficultés du marché du travail de la santé et des contraintes de l'espace fiscal pour la main-d'œuvre en santé. Au niveau des pays, le GFF apportera l'expertise technique des RHS en place, soutiendra l'orientation globale et l'adoption des outils, introduira des données de RHS de haute qualité au sein des systèmes pilotés par les pays et soutiendra la mise en œuvre des politiques aux niveaux infranationaux, dans le but de renforcer la gestion

spécifique de la main-d'œuvre en santé et les questions d'optimisation essentielle à la mission du partenariat.

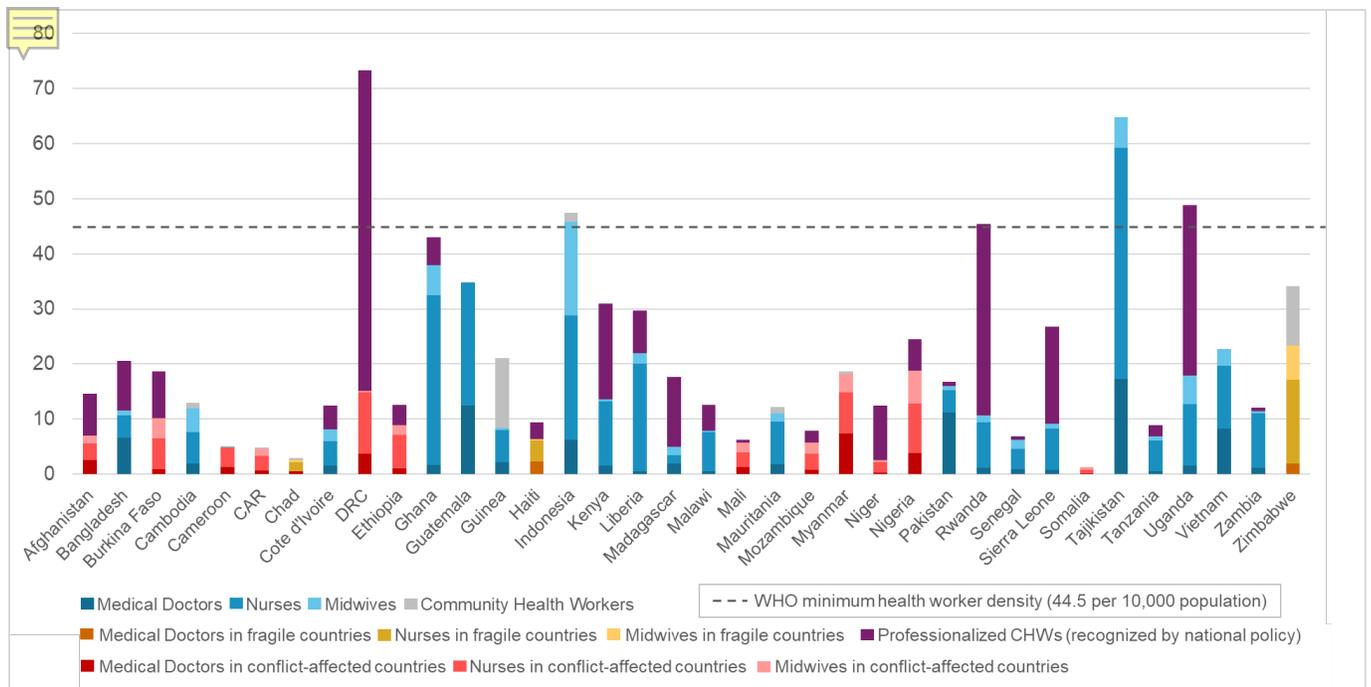
ACTION REQUISE

Il est demandé au Groupe des investisseurs (GI) de valider les recommandations émises par le groupe de travail technique, décrites dans le plan de mise en œuvre opérationnelle.

I. Analyse de la situation des RHS dans les pays du GFF

Peu de pays du GFF disposent d'agents de santé ayant les compétences adéquates, répartis de manière équitable à l'échelle du pays. Cela signifie que la densité des RHS (22,1 agents de santé pour 10 000 personnes) est la moitié du seuil recommandé par l'OMS (44,5) (Figure 1). Les pays du GFF classés comme fragiles ou touchés par des conflitsⁱⁱ, soit un tiers de l'ensemble des pays du GFF, ont trois fois moins d'agents de santé que le recommande l'OMS (16,4 agents de santé pour 10 000 personnes)ⁱⁱⁱ. La mauvaise répartition des agents de santé, l'éventail insuffisant des compétences, un fort taux d'attrition, la migration, la ségrégation professionnelle et la qualité médiocre réduisent l'accès, la qualité et l'équité des services de santé essentiels, dont les services en santé reproductive, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, et en nutrition (SRMNEA-N)^{iv}. Les données au niveau des pays sont limitées, mais l'on sait que la plupart des agents de santé en première ligne dans les pays du GFF sont des femmes. Dans les pays du GFF disposant de données, les proportions moyennes de femmes parmi le personnel infirmier et les sages-femmes sont de 67 % et 95 % respectivement, contre 39 % parmi les médecins. Les dimensions du genre sont trop souvent ignorées dans les efforts à destination de la main-d'œuvre en santé. Les femmes, majoritaires parmi les personnels infirmiers, sages-femmes et agents de santé communautaires, autonomisées et bien soutenues peuvent jouer un rôle catalytique dans la réalisation de la CSU par le biais des soins de santé primaires.

Figure 1. Dans presque tous les pays du GFF, la densité d'agents de santé pour 10 000 personnes n'atteint pas les seuils mondiaux. La plupart des pays dépendent fortement des infirmières et des sages-femmes pour la prestation des services de santé.



Source : OMS, CNPS. Dernières données disponibles.

Les pays du GFF ont besoin de soutien pour créer et maintenir des emplois dans le secteur de la santé.

Une grande proportion des budgets du secteur public est affectée aux salaires récurrents. De 2011 à 2021, par exemple, ils représentaient 72 % du budget du secteur public de la santé au Nigeria^v. Lorsque la contribution des gouvernements nationaux aux dépenses de santé ne représente que 26 % des dépenses actuelles de santé dans les pays à faible revenu, et 44 pour cent dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure^{vi}, les gouvernements de ces pays sont limités dans la création et le maintien d'emplois dans le secteur de la santé. En Sierra Leone, plus de la moitié des agents de santé fournissant des services dans les établissements publics sont des bénévoles, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas rémunérés^{vii}. Les contributions nationales et des partenaires dans les politiques, le financement et les données relatives aux personnels de santé, et la gestion des RHS sont souvent sous-financées et verticalisées au sein des programmes. Le secteur privé est souvent sous-exploité en matière de soutien et de maintien des emplois des agents de santé. De nombreux partenaires en santé ne sont pas en mesure de pouvoir plaider auprès des ministères des Finances, de l'Éducation, du Travail ou du Genre en faveur de la planification et de la mise en œuvre de stratégies durables de RHS en vue d'atteindre les objectifs de santé. Les responsables nationaux ont besoin de soutien pour relever ces profonds défis du marché du travail de la santé et de l'espace fiscal des RHS, ainsi que pour atténuer les impacts négatifs sur la réactivité du système de santé, la prestation de SSP de qualité et la préparation et l'intervention en cas de pandémie (PIP).

Alors que la plupart des investissements GFF/IDA dans les RHS proposent des solutions fragmentées, à court terme, pour combler les déficits (pour la formation continue ou les traitements des ASC, par exemple), le GFF a la possibilité de s'appuyer sur l'expertise multisectorielle de la Banque mondiale dans le domaine de la finance et des systèmes de santé. Notre analyse d'un portefeuille de 20 pays¹ a

¹ L'analyse incluait 27 documents d'évaluation de projets (DEP) et 13 documents de restructuration. Les DEP ont été sélectionnés en fonction des projets actifs et des documents de restructuration les accompagnant, le cas échéant. Nous avons également évalué la disponibilité des stratégies nationales en matière de RHS : 13 pays disposaient de stratégies nationales de RHS, 11 pays de politiques nationales concernant les ASC et 10 avaient publié des feuilles de route sur la santé communautaire.

examiné les investissements de l'IDA dans les principales dimensions des RHS, à partir de l'[Indice d'effort en RHS du PEPFAR de l'USAID](#)^{viiiix} (Tableau 1). Les projets GFF/IDA précisaient trois dimensions des RHS fortement soutenues : le développement et la formation (20/20 ou 100 %), l'optimisation (14/20 ou 70 %) et le financement (10/20 ou 50 %) tel qu'indiqué dans le Tableau 1 ci-dessous. Se reporter à l'Annexe 1 pour une analyse complémentaire de portefeuille et l'Annexe 2 pour les profils détaillés des pays.

Tableau 1. Investissements dans les RHS cofinancés par le FF du GFF selon la dimension, dans les pays sélectionnés

DIMENSION	Afghanistan	Bangladesh	Burkina Faso	RCA	Côte d'ivoire	RDC	Guinée	Haïti	Kenya	Libéria	Malawi	Mali	Mozambique	Niger	Nigeria	Rwanda	Sénégal	Sierra Leone	Ouganda	Zambie	TOTAL (%)
Leadership et plaidoyer des RHS <i>Soutien central ou infranational pour renforcer le leadership des RHS</i>						x	x										x	x			4 (20 %)
Politique et gouvernance des RHS <i>Soutien à l'élaboration d'un plan, d'une stratégie ou d'une politique de RHS afin de définir pour les agents de santé : la portée de leur pratique, leur rémunération, la prise en compte du genre et/ou de la diversité et de l'inclusion, l'implication du secteur privé et la réglementation.</i>		x		x	x	x		x							x		x				7 (35 %)
Financement des RHS <i>Soutien des coûts ou du financement des politiques/plans pour les RHS ; financement d'une rémunération directe ou d'une provision de traitements ; soutien à la paie des RHS par le gouvernement.</i>	x		x				x	x	x	x		x				x	x	x			10 (50 %)
Systèmes d'informations et données des RHS <i>Soutien du système d'information des ressources humaines (HRIS), ou du SGIS/DHIS2 pour l'évaluation des performances des RHS ; système de licences/d'enregistrement ; disponibilité de données de RHS à des fins de planification. Soutien à l'infrastructure des communications/technologies spécifiques aux RHS.</i>		x		x	x	x						x									5 (25 %)
Développement et formation des RHS <i>Soutien à la stratégie de formation des RHS, aux institutions de formation initiale des professionnels de santé ; formation ; formation continue et développement professionnel tout au long de la pratique.</i>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	20 (100 %)
Gestion des RHS <i>Soutien aux stratégies de recrutement, de déploiement, de répartition et de rétention des RHS. Manuels/directives de RH, évolution des carrières.</i>		x			x		x			x			x				x	x		x	8 (40 %)
Optimisation des RHS <i>Soutien à l'évaluation des performances, la supervision ; mentorat, accompagnement ; soutien au renforcement des systèmes de référencement entre ASC et agents rattachés à un établissement.</i>	x		x		x		x	x	x	x	x	x		x		x		x	x	x	14 (70 %)
Autres sous-spécialités des RHS <i>Soutien aux RHS au sein de la PIP, dans les environnements de conflits/fragiles.</i>				x							x								x	x	4 (20 %)
TOTAL	3	4	3	4	5	4	5	4	3	4	3	4	2	3	1	5	4	5	3	4	

Source : Banque mondiale, documents d'évaluation de projets et documents de restructuration.

Le GFF/IDA a cofinancé le développement/la formation des RHS et l'optimisation des RHS de manière essentiellement substitutive. La plupart des projets soutiennent l'offre de formation initiale en services communautaires par le secteur de la santé, ou la formation continue et le soutien des performances en vue d'améliorer la qualité des soins. Du fait de la pandémie de COVID-19, les investissements du

GFF/IDA ont également servi dans des interventions d'urgence. Un soutien plus stratégique et systémique de renforcement des capacités au niveau de l'éducation des RHS n'a été abordé que dans 5 des 20 portefeuilles de pays examinés (Afghanistan, Côte d'Ivoire, Libéria, Sénégal, Sierra Leone). Les projets du GFF/IDA qui investissent dans l'optimisation des RHS portaient généralement sur l'amélioration des fonctions du système de santé pour un soutien aux performances lors du service, une supervision, un mentorat et un accompagnement en vue d'améliorer la motivation des RHS et la qualité des soins. Dans plusieurs cas, les projets visaient également à intégrer les ASC dans le financement basé sur la performance (FBP).

Près de la moitié des projets du GFF/IDA examinés finançaient également directement les salaires et autres soutiens financiers des personnels de santé et de soins, et notamment des ASC. Sept des 10 projets comblent un déficit de financement temporaire des RHS en maintenant les salaires (Afghanistan), financent les coûts des programmes d'ASC (Libéria) et les coûts du personnel du projet (Sierra Leone), ou fournissent des incitations financières, et notamment pour le FBP (Haïti, Mali, Rwanda). En Guinée, des finances du projet ont été affectées au recrutement d'agents de santé actuellement bénévoles dans des établissements de santé, qui ont été embauchés à des conditions et avec des salaires alignés sur ceux des fonctionnaires. Au Sénégal, le projet finance des contrats d'agents de santé qualifiés dans les régions marginalisées pour une durée de trois ans, le ministère s'étant engagé à les inclure dans le système de paie du gouvernement. Il n'y a qu'au Burkina Faso que des ressources du projet ont été affectées au renforcement des capacités du ministère de la Santé en vue d'élaborer des stratégies de réforme à long terme.

Les investissements techniques actuels du GFF/IDA dans les RHS sont limités. Alors que le Secrétariat du GFF et son Fonds fiduciaire ont investi dans l'ATA des RHS, les revues des dépenses publiques (RDP), l'analyse de l'espace fiscal du secteur de la santé^{2,x} et l'ATA propre aux RHS, telle que l'étude de cas sur les études de médecine au Lesotho^{xi} et la gouvernance pour le GFF (G4GFF), ont soutenu l'étude sur la gestion de la main-d'œuvre sanitaire au Mali.

Bien que cette analyse de portefeuille soit de portée limitée, elle permet de clarifier le fait que le GFF n'ait pas encore adéquatement tiré profit de sa valeur ajoutée afin de résoudre les défis systémiques, multisectoriels et à long terme des RHS dans les pays du GFF. Les limites de cette analyse de portefeuille sont notamment qu'elle ne couvre que 20 pays, et qu'elle n'inclut pas les détails de la mise en œuvre, ni les progrès, de chacune des activités des projets décrites.

II. Le paysage des RHS pour le partenariat du GFF

Du fait de la position du GFF au sein de la BM, les principaux avantages comparatifs du Secrétariat du GFF et de son Fonds fiduciaire pour l'amélioration de l'efficacité et de la durabilité d'un soutien aux RHS sont les suivants : une meilleure coordination et un meilleur alignement des investissements du GFF/IDA dans les RHS sur les bonnes pratiques et les partenariats dans le monde ; le recours à l'expertise du GFF/Banque mondiale dans le financement de la santé et la mobilisation des ressources nationales ; et la mise en œuvre de son pouvoir de rassemblement au profit du dialogue politique et de la mise en œuvre multisectorielle des RHS. Le GI reconnaît le rôle essentiel de la main-d'œuvre en

² En 2010, la Banque mondiale a redéfini ce concept en reconnaissant à l'espace fiscal cinq piliers pour l'expansion de la santé dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (PRITI) : (i) la croissance économique, (ii) les priorités budgétaires, (iii) l'affectation de certaines recettes, (iv) l'amélioration de l'efficacité des dépenses en santé et (v) les ressources extérieures. Les pays du GFF dont l'espace fiscal dans le secteur de la santé a récemment été analysé incluent le [Bangladesh \(2016\)](#), l'[Indonésie \(2013\)](#), le [Malawi \(nd\)](#) et l'[Ouganda \(2013\)](#).

santé dans la réalisation des objectifs du GFF. Le GI reconnaît également que le leadership technique pour le programme mondial des RHS est entre les mains de l'OMS, en tant qu'agence de coordination pour le système de santé des Nations Unies. Le Secrétariat du GFF a identifié certaines occasions spécifiques de mieux coordonner et aligner ses efforts actuels de développement et de renforcement des RHS à l'échelle du partenariat. Ce processus a également permis de tirer un meilleur profit de l'avantage comparatif du GFF dans la mise en place d'un dialogue sur les difficultés de la main-d'œuvre en santé avec les ministères des Finances, de l'Éducation, du Genre et du Travail, et la prestation d'un soutien technique plus systémique à l'attention des gouvernements afin de comprendre et de résoudre les difficultés du marché du travail de la santé et des contraintes de l'espace fiscal pour la main-d'œuvre en santé.

Coordonner et aligner les investissements en RHS du GFF/IDA sur les bonnes pratiques mondiales – Au niveau mondial, le GFF soutiendra l'OMS dans son rôle normatif et technique pour la santé et auprès des personnels de santé et de soins – et notamment les contributions au plan d'action mondial *Working for Health 2022-2030*. Le GFF contribuera aux efforts mondiaux en mettant l'accent sur les cadres de la santé et des soins les plus critiques pour son mandat de SRMNEA-N : essentiellement les médecins, les infirmières, les sages-femmes, les professionnels de santé et de soins connexes et les ASC. En outre, le Secrétariat du GFF devrait davantage s'impliquer sur les questions de RHS auprès des partenaires techniques du partenariat du GFF sur des initiatives mondiales de RHS, notamment en ce qui concerne les agents de santé communautaires et la question de l'équilibre des sexes au sein de la main-d'œuvre en santé. Le GFF s'appuiera sur l'expertise technique des partenaires qui se penchent sur/fournissent des cadres clés en santé pour la prestation de services de SRMNEA-N (par exemple l'UNFPA, l'OMS et le PSMNE pour les infirmières et les sages-femmes ; et le Fonds mondial, Gavi, USG PEPFAR et PMI pour les ASC).

Au niveau des pays, une amélioration de la coordination et des analyses devrait se traduire par des investissements en RHS plus stratégiques et à plus fort impact, par le biais du portefeuille de cofinancement de l'IDA. Les nouveaux dossiers d'investissement (DI) du GFF chercheront à intégrer les questions de RHS sur la base des demandes des pays. Par le biais d'un processus piloté par les pays, les investissements actuels dans les RHS dans les pays prioritaires du GFF mettent à profit les plateformes existantes pilotées par les pays (par exemple, GTT ou observatoires nationaux sur les RHS). Les partenaires du GFF dans les pays prioritaires s'engageront à s'aligner sur les bonnes pratiques, les stratégies, les recommandations politiques et les cadres en matière de RHS dans le monde afin de renforcer la main-d'œuvre en santé. Dans les cas où des données de mauvaise qualité sur les personnels de santé empêchent les décisions de financement dans les RHS sur la base de données probantes, le GFF peut soutenir des mécanismes et standards de données mondiaux en matière de RHS (par exemple les comptes nationaux des personnels de santé [CNPS] de l'OMS et les systèmes d'information en ressources humaines des pays [HRIS]) à l'aide de ressources techniques et financières en vue d'améliorer l'analyse des décisions de financement des RHS, notamment en ce qui concerne la qualité, l'équité et la rétention des RHS. Cela peut inclure des engagements des partenaires en matière de :

- prise en compte des investissements des RHS à l'aide des CRSD du GFF adaptées pour les RHS (voir ci-après) ;
- production de données de RHS ventilées collectées dans les systèmes d'information de la santé des pays ;
- inclusion des investissements dans la formation initiale des RHS, la formation continue, le développement professionnel, la supervision formative et la gestion de la performance ;
- amélioration de l'implication et de la réglementation du secteur privé ;

- élaboration conjointe de plans chiffrés nationaux pour un financement durable des RHS (y compris pour les programmes d'ASC nationaux) et de feuilles de route à moyen et long termes pour la transition vers le système de paie du gouvernement lorsque cela est adapté, par exemple, expérience de prêts USG/PEPFAR.

Se référer à l'Annexe 3 pour un résumé des outils et ressources des partenaires du GFF pour un soutien aligné et coordonné aux RHS. Voir également l'Annexe 4 pour les engagements mondiaux des partenaires du GFF.

Résoudre les lacunes stratégiques dans la compréhension de l'espace fiscal pour un emploi durable dans le secteur de la santé – Il faut globalement considérer les personnels de santé comme un bien public mondial, intégrer les investissements dans les RHS au sein des systèmes de santé pilotés par les pays et chiffrer les soutiens financiers et non financiers nécessaires pour former, qualifier, déployer, gérer et retenir la main-d'œuvre en santé sur le long terme. Le GFF s'appuiera sur l'expertise élargie de gouvernance, de financement et de gestion des finances publiques (GFP) de la Banque mondiale aux côtés du processus d'utilisation et de mobilisation des ressources nationales (DRUM) pour éclairer l'espace fiscal disponible au niveau du pays pour l'emploi de personnels de santé et de soins. Au-delà d'un soutien à court terme de subventions des salaires ou traitements, le GFF devrait s'engager auprès des leaders nationaux afin de définir leurs besoins de planification stratégique en matière de RHS, de revues des dépenses publiques, de budgétisation et de mise en œuvre opérationnelle des stratégies et politiques nationales et infranationales en matière de RHS, et notamment les programmes d'agents de santé communautaires.

En mettant à profit les plateformes nationales du GFF et les GTT nationaux sur les RHS, le GFF peut améliorer la coordination et le soutien du suivi des ressources d'investissements dans les RHS de la part d'initiatives multilatérales de santé mondiales et autres agences fournissant les salaires, traitements et autres soutiens financiers aux RHS (le Fonds mondial, USG PEPFAR et PMI pour les ASC). Ceci inclut d'analyser les contributions des gouvernements et des partenaires dans le financement des RHS et sa proportion dans les budgets nationaux de la santé du secteur public, en s'alignant sur les échelles de salaire et les incitations, et en élaborant des feuilles de route de durabilité lorsqu'il est adapté de transitionner les dépenses de RHS de sources extérieures vers des sources nationales (secteur public ou privé). Le GFF peut également mobiliser des ressources pour une ATA plus centrée sur les RHS, en fonction des besoins du pays.

Tirer profit des capacités multisectorielles pour améliorer la mise en œuvre, la gouvernance et les réformes des politiques en matière de RHS – Il est nécessaire, dans le monde entier, que les politiques de RHS en matière de protection, de réglementation de la qualité des soins, de portée de la pratique et de rémunération des travailleurs de la santé soient mises en œuvre, particulièrement dans les environnements décentralisés. Ceci nécessite une approche multisectorielle impliquant les secteurs de l'éducation, du travail, du genre et des finances. Le GFF mettra à profit son pouvoir de rassemblement et les relations de longue date de la Banque mondiale avec les gouvernements pour inciter ces secteurs à planifier et financer adéquatement la mise en œuvre des politiques de RHS et les réformes des fonctionnaires. Lorsque le GFF soutient des efforts à l'échelle du système du secteur de la santé tout entier, les capacités de gouvernance doivent être renforcées afin de mettre en lien la réglementation de la main-d'œuvre en santé et la qualité des services de santé essentiels. Le GFF peut également se demander si les prêts pour les politiques de développement (le soutien budgétaire de la Banque mondiale) pourrait servir d'incitation à la réforme de l'embauche ou du licenciement des travailleurs de santé, à l'accréditation ou à toute autre décision politique.

III. But et objectifs du plan de mise en œuvre opérationnelle

Le GFF mettra en œuvre le programme de RHS dans les pays du GFF dans le but et avec les objectifs suivants :

But :

Des investissements stratégiques améliorés pour la disponibilité, la qualité et la durabilité des RHS dans les pays du GFF afin d'atteindre les résultats en SRMNEA-N.

Objectifs :

- 1) Améliorer l'alignement et la coordination des investissements dans les RHS du partenariat du GFF sur le leadership et l'appropriation par les pays en s'appuyant sur les atouts des partenaires, contextualisant les directives mondiales et les outils et en traitant les priorités et déficits en matière de RHS au sein du RSS et de la CSU³.
- 2) Augmenter le soutien stratégique du Secrétariat du GFF au niveau de la compréhension de l'espace fiscal des RHS et des déficits de financement.
- 3) Renforcer le soutien multisectoriel du Secrétariat du GFF dans la mise en œuvre des politiques, le renforcement de la gouvernance et le soutien stratégique aux réformes des RHS.

IV. Actions stratégiques recommandées

Les recommandations d'actions stratégiques suivantes visent à tirer profit des domaines d'avantages comparatifs du Secrétariat du GFF et du Fonds fiduciaire, ainsi que du partenariat du GFF tout entier.

1. Activités de niveau mondial pour le Secrétariat du GFF

- 1.1. Sous la direction d'au moins un expert en RHS, orienter l'engagement global du GFF dans les RHS et les actions de soutien au niveau des pays (tant en matière de cofinancement de l'IDA que de l'ATA) en collaboration avec les points focaux du GFF, les équipes de la BM et les gouvernements nationaux.
- 1.2. Animer des sessions régulières du GI sur les RHS afin de superviser et débattre de l'alignement global de la mise en œuvre des politiques de RHS (optimisation et partage des tâches, par exemple) avec les partenaires du GFF, et en particulier les principaux experts techniques en RHS (OMS, OIT, OCDE, USAID et autres) et les principaux financeurs des RHS (gouvernements nationaux, secteur privé, Banque mondiale, FM, Gavi, USAID). L'identification des déficits s'appuiera sur les résultats de l'enquête du GI réalisée en septembre 2022.
- 1.3. Avec le PSMNE, l'OMS et des associations de professionnels des soins de santé, élaborent un document de plaidoyer pour les RHS portant principalement sur le financement, les politiques et la prestation de services afin d'aligner davantage de partenaires sur les valeurs mises en avant dans l'utilisation optimale des ressources en RHS.

³ Ces objectifs s'alignent sur la Stratégie mondiale de RHS de l'OMS intitulée [WHO Global HRH Strategy: Workforce 2030](#) et renforce les objectifs présentés dans son plan d'action [Working 4 Health Action Plan 2022-2030](#) visant à encourager, mettre à l'échelle et soutenir « la planification menée par des données et l'investissement dans la main-d'œuvre ».

- 1.4. S'impliquer dans les forums mondiaux afin de préciser comment le GFF peut contribuer aux buts globaux des RHS en se centrant principalement sur les cadres de santé nécessaires pour atteindre les résultats de SRMNEA-N.
 - Stratégie relative aux ressources humaines pour la santé de l'OMS : *Workforce 2030* et son plan d'action *Working 4 Health 2022-2030 Action Plan* (en cours) ;
 - Troisième symposium des ASC (février 2023) ;
 - [Cinquième Forum mondial sur les ressources humaines pour la santé](#) (avril 2023) ;
 - Assemblée mondiale de la Santé (mai 2023, annuelle) ; et
 - [Feuille de route pour la santé communautaire](#) (en cours)
- 1.5. Rédiger et tester une liste de vérification personnalisable, des outils et des directives pour intégrer les questions de RHS dans les dossiers d'investissement du GFF (voir les activités à la Section 2). Les directives incluront la mobilisation d'acteurs clés des RHS, tels que les responsables gouvernementaux, les ministères des Finances, de l'Éducation, du Genre et du Travail, la société civile, les institutions professionnelles de santé et les associations ou conseils professionnels, le cas échéant. Elles insisteront également sur l'importance de se centrer sur les cadres primaires des RHS qui fournissent les services de SRMNEA-N au niveau des SSP : les infirmières, sages-femmes et agents de santé communautaires.
- 1.6. Élaborer et tester une évaluation du financement des RHS à intégrer dans les revues des dépenses publiques soutenues par le GFF et réalisées avec le soutien des équipes de la BM.
- 1.7. Soutenir les plateformes nationales pertinentes pour un meilleur alignement sur différents partenaires d'investissement, et notamment le gouvernement. L'approche tirera profit de l'avantage comparatif, l'expertise et les engagements de chaque partenaire envers le renforcement des RHS dans l'ensemble du partenariat du GFF, qui varient d'un pays à l'autre :
 - Gavi : efforts de planification et de plaidoyer pour des conditions de travail sûres pour les agents de santé en première ligne
 - Fonds mondial : 1) optimisation de la main-d'œuvre en santé pour veiller à un accès équitable aux soins et mettre à l'échelle les IPCQS ; 2) amélioration de la performance des RHS et de la qualité des soins ; et 3) renforcement de la prestation de soins intégrés au niveau communautaire
 - JICA : expertise technique au niveau de la mise en œuvre opérationnelle et de l'application du plan stratégique de RHS au niveau du pays, avec l'appropriation nationale et la coordination avec les partenaires
 - PSMNE : engagement des parties prenantes, et notamment des [associations des professionnels des soins de santé](#)
 - UNFPA : renforcement et maintien de la formation des sages-femmes
 - OMS : plaidoyer et support technique pour la mise en œuvre de directives mondiales et l'application des outils de bonnes pratiques
 - USG/USAID : expertise technique en RHS, soutien financier aux programmes d'ASC nationaux, dont la rémunération des ASC à court et moyen termes
- 1.8. Formulation de recommandations et d'une liste de vérification pour l'intégration d'une approche du développement et du renforcement des RHS centrée sur la personne, sensible à la dimension de genre et favorable aux jeunes, qui promeut l'engagement des jeunes. Les activités pourraient inclure des analyses de la main-d'œuvre en santé de niveau national ventilées en

fonction du sexe et de l'âge, une revue du programme de formation initiale et continue afin d'intégrer les compétences relatives au genre et aux jeunes (voir Annexe 3), un soutien à la supervision infranationale et aux équipes de soutien des performances, une orientation en vue d'évaluer la qualité des services sensibles au genre et favorables aux jeunes au sein des programmes de FBP.

- 1.9. Intégrer et suivre des indicateurs clés de RHS dans le cadre global de suivi-évaluation du GFF (voir Section 6).

2. Activités au niveau du pays par le biais du cofinancement du Fonds fiduciaire du GFF et sur la plateforme du GFF

- 2.1 Intégrer les RHS dans les dossiers d'investissement, ainsi que ceux en cours de revue, en tant que mécanisme principal par le biais duquel l'aligement se fait sur les partenaires du GFF.
- 2.2 Tirer profit du pouvoir de rassemblement de l'IDA et de la BM à des fins de soutien multisectoriel de la mise en œuvre du programme de RHS pertinent au niveau du pays (instruments de financement des politiques de la santé, de gouvernance et de développement).
 - Lorsque des réformes des RHS sont entreprises, explorer les possibilités d'opérations d'appui aux politiques de développement (OPD) afin de faciliter les réformes institutionnelles et politiques des RHS. En insistant sur l'équité, les OPD pour les réformes des RHS doivent répondre aux besoins à court et moyen termes de la main-d'œuvre en santé afin de fournir les services en SRMNEA-N.
- 2.3 Cartographier les partenaires du GFF, en incluant :
 - Les investissements en lien avec les RHS au niveau des RHS du pays (par exemple, politiques/gouvernance, leadership/plaidoyer, financement, systèmes d'informations/données, développement/formation, gestion, optimisation, autres sous-spécialités, engagement multisectoriel).
 - L'inventaire des plateformes nationales existantes (RHS, ASC ou GTT sur CNPS, notamment), des études spéciales, de la disponibilité des données sur les RHS et des outils diagnostics contextualisés pour les RHS.
- 2.4 Apporter une assistance technique et soutenir l'amélioration des analyses pour faciliter les prises de décision basées sur des données probantes en matière de RHS, et particulièrement les politiques et le financement des RHS, en fonction des besoins identifiés lors de la cartographie des partenaires du GFF.
- 2.5 Adapter les processus de CRSD et de DRUM pour la mise en œuvre des RHS au niveau national.
 - Utiliser les données de RHS les plus à jour (par exemple, obtenues du système d'information en ressources humaines pour la santé [HRIS] piloté par le pays dès que cela est possible) ;
 - Inclure les coûts en lien avec la prise de décision politique, les salaires, la gestion, la formation et le soutien des performances des RHS pour cartographier les contributions extérieures et coordonner l'ATA ;
 - Élaborer un outil pour documenter les contributions des partenaires qui financent les salaires des RHS, leurs traitements ou les soutiennent afin de rendre compte des dépenses globales des partenaires par rapport aux dépenses du gouvernement ;

- Évaluer le rôle du secteur privé dans le maintien des emplois des professionnels de la santé et des soins, et notamment le déploiement privé vers le secteur public.

2.6 Utiliser des outils et mettre en œuvre les directives globales en matière de RHS, particulièrement au niveau décentralisé du secteur de la santé. (Voir l'Annexe 3)

2.7 S'engager dans les plateformes et dialogues nationaux pertinents pour se coordonner avec d'autres partenaires du GFF au niveau national afin de tirer profit de leur avantage comparatif (voir l'Annexe 4). Ceci a souvent lieu par le biais du département des RHS du MdS qui se rapproche d'autres secteurs (travail, finances, éducation, genre, gouvernement local) et acteurs pertinents (associations professionnelles, société civile, travailleurs de la santé et du soin publics et privés, institutions éducatives) et autres homologues gouvernementaux pour s'engager dans des processus stratégiques prioritaires tels que les analyses du marché du travail de la santé ou les nouveaux plans ou politiques stratégiques des RHS. La plateforme nationale pourrait également être mise à contribution pour déterminer qui serait le meilleur partenaire technique pour appuyer une formation des travailleurs en santé financée par le GFF/IDA.

2.8 Partager des données standardisées de RHS au sein des processus nationaux de HRIS et de CNPS, ventilées par sexe, qualifications, cadre, lieu, formation et compétences de services, et des informations financières lorsqu'elles sont disponibles. Lorsque le GFF collecte des données pour soutenir des stratégies de financement des RHS durables et basées sur des données probantes, il pourrait également être en mesure de contribuer aux efforts progressifs des pays de collecte des données des CNPS. Les indicateurs de données pour collecte et rapport aux CNPS par le biais des points focaux nationaux incluent :

- Module 4 : Financement de l'éducation
 - 4 – 01 Dépenses totales pour l'éducation supérieure
 - 4 – 02 Dépenses totales pour l'éducation des personnels de santé
 - 4 – 03 Coût moyen des frais d'inscription par étudiant
 - 4 – 04 Investissements dans l'éducation et la formation transformatrices
 - 4 – 05 Dépenses en éducation du personnel de santé par diplômé
 - 4 – 06 Coûts par diplômé des programmes d'éducation de spécialités médicales
 - 4 – 07 Coût des formateurs qualifiés par diplômé
 - 4 – 08 Dépenses totales en formation continue et en développement professionnel
- Module 5 : Flux du marché du travail de la santé
 - 5 – 06 Taux de chômage
 - 5 – 07 Taux de vacance
- Module 6 : Caractéristiques de l'emploi et conditions de travail
 - 6 – 04 Réglementation sur le salaire minimum
 - 6 – 07 Réglementation sur la double pratique
- Module 7 : Dépenses et rémunération des personnels de santé
 - 7 – 01 Dépenses totales sur les personnels de santé
 - 7 – 02 Dépenses totales en aide au développement des personnels de santé
 - 7 – 03 Dépenses totales en compensation des personnels de santé
 - 7 – 04 Dépenses publiques en compensation des personnels de santé
 - 7 – 05 Rémunérations et salaires à l'entrée
 - 7 – 06 Politiques sur les plafonds de salaires dans le secteur public
 - 7 – 07 Écart de salaires entre les sexes

2.9 Soutenir l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies de RHS chiffrées, harmonisées et pilotées par le pays qui tirent profit de l'avantage comparatif du GFF en matière de RHS.

- Intégrer des éléments pour le financement durable des RHS dans les RDP
- Financer le recrutement, la rétention et la supervision des RHS aux niveaux décentralisés
- Explorer la manière dont les pays disposant d'un financement basé sur les résultats peuvent être mis à contribution pour soutenir les incitations financières et non financières des RHS

V. Suivi et évaluation

Le Secrétariat du GFF suivra le soutien aux programmes de RHS par le biais de mécanismes et processus existants :

- Rapport annuel documentant les progrès en matière de mise en œuvre du dossier d'investissement
- Mises à jour régulières au niveau du portefeuille par le biais du Groupe des investisseurs

VI. Remerciements

Ce plan de mise en œuvre opérationnelle a été élaboré par le Secrétariat du GFF avec l'aide d'une équipe de consultants (Chemonics International). Le GFF souhaite remercier le Groupe des investisseurs (GI) du GFF et ses partenaires du Groupe de travail technique sur les RHS pour leurs contributions et leurs commentaires sur l'ébauche du plan qui sera présentée lors de la 15^e réunion du GI en novembre 2022. Les contributeurs sont les suivants : Mark Allen (MSD for Mothers – partie prenante du secteur privé), Lakshmi Narasimhan Balaji (Unicef), Anshu Banjeree (OMS), Sarah Bar-Zeev (UNFPA), Severine Calza (Fonds mondial), Lenio Capsaskis (Gavi), Giorgio Cometto (OMS), Helga Fogstad (PSMNE), Meena Gandhi (gouvernement du Royaume-Uni/FCDO), Akiko Hagiwara (gouvernement du Japon/JICA), Domenico Gerardo Iaia (OMS), Melissa Jones (gouvernement des États-Unis/USAID), Aboubacar Kampo (Unicef), Myria Koutsoumpa (Wemos – partie prenante de la société civile et des jeunes), Caroline Quijada (Abt Associates – partie prenante du secteur privé), Pamela Rao (Gates Foundation), Dr Parfait Uwaliraye (gouvernement du Rwanda, ministère de la Santé), Noortje Verhart (gouvernement du royaume des Pays-Bas), Jennie van de Weerd (gouvernement du royaume des Pays-Bas), Natalia Egiazarova Wiik (Allemagne/GIZ, pour le compte de BMZ), Karen Zamboni (Fonds mondial).

VII. Références

- ⁱ Mécanisme de financement mondial. 2022. [Des investissements stratégiques et durables en vue de fournir des services de santé essentiels et bâtir des systèmes de santé résilients : Programme pour les ressources humaines pour la santé \(RHS\) du partenariat du GFF](#). Quatorzième réunion du Groupe des investisseurs, 7 et 8 juin 2022.
- ⁱⁱ World Bank, 2022. [FY23 List of Fragile and Conflict-affected Situations](#)
- ⁱⁱⁱ WHO, 2022. [National Health Workforce Accounts Data Portal](#). Dernières données disponibles.
- ^{iv} WHO, 2022. [Working for Health Action Plan: 2022-2030](#).
- ^v Fatunmole M. 2022. [72% of Nigeria's health budget spent on salaries, running offices in 11 years](#). International Centre for Investigative Reporting.
- ^{vi} WHO, 2021. [Health labor market analysis guidebook](#).
- ^{vii} H.E. Austin Demby. MOHS presentation to GFF, August 2022.
- ^{viii} USAID, CapacityPlus, PEPFAR. 2015. [Human Resources for Health Effort Index](#).
- ^{ix} Fort A, R Deussom, R Burlew, et al. 2017. [The Human Resources for Health Effort Index : a tool to assess and inform Strategic Health Workforce Investments](#).
- ^x Tandon A and C Cashin. 2010. [Assessing Public Expenditure on Health from a Fiscal Space Perspective](#).
- ^{xi} Ivins CP, A Liang, P Schneider, OR Zang Sidjou. 2022. [The Future of Medical Work in Southern Africa: Lesotho Case Study](#). World Bank Discussion Paper, March 2022.

--- Veuillez consulter les documents annexes séparés ---

ANNEXE 1 : Analyse du portefeuille des RHS du GFF par dimension de RHS

ANNEXE 2 : Profils nationaux des RHS dans les pays du GFF sélectionnés

ANNEXE 3 : Outils et ressources des partenaires du GFF pour le soutien des RHS

ANNEXE 4 : Engagements mondiaux envers le programme de RHS du GFF par partenaire et dimension de RHS