

FUITE DES CERVEAUX :

LES EXODES SUD-SUD ET SUD-NORD DU PERSONNEL DE SANTE :

Dans les communautés isolées et rurales, voir dans certaines périphéries de grandes villes, la présence en nombre suffisant de personnel de santé est une condition nécessaire pour garantir le droit fondamental à la santé, qui est une question de justice sociale. Elle est également au cœur de chacun des objectifs sanitaires mondiaux – objectifs du Millénaire pour le développement, soins de santé primaires, vaccination, lutte contre la VIH/sida, le paludisme et la tuberculose. Car aucun de ces objectifs n'est atteignable si des groupes importants de la population n'ont pas accès à des agents de santé. Cette carence en soignants touche avant tout de nombreux pays en développement. Ainsi par exemple, le rapport 2006 de l'OMS faisait remarquer que la région Afrique supporte 24% du poids des problèmes de santé de par le monde alors qu'elle ne possède que 3% des professionnels de la santé et ne compte que pour 1% des dépenses mondiales de santé. Il y aurait plus de médecins du Lesotho à Liverpool que dans leur pays. Malgré de beaux discours récents, les ressources humaines restent un moteur d'amélioration de la santé tristement négligé et grossièrement sous financé. C'est la raison pour laquelle 1500 dirigeants mondiaux du secteur sanitaire ont publié en 2008 la Déclaration de Kampala qui appelle à «prendre des mesures d'incitation appropriées et assurer un environnement de travail propice et sain pour fidéliser le personnel de santé et pour le répartir de manière équitable».

Il s'agit à la fois d'un symptôme et d'un facteur de déséquilibre de la combinaison des compétences. Souvent ce n'est pas le nombre absolu des agents de santé qui pose problème, mais le type de formation qu'ils ont reçue et l'endroit où ils travaillent. Les pénuries nationales de personnel se juxtaposent parfois avec des vacances de postes en zones rurales et avec du chômage urbain. De plus, il arrive qu'une répartition très inégale soit préjudiciable non seulement aux plus défavorisés mais aussi aux populations à revenu élevé. Le revers de la médaille est qu'une concentration excessive de professionnels hautement spécialisés peut provoquer la multiplication de tests et de procédures superflues, l'excès de prescription de médicaments, des maladies iatrogènes, des hausses de coût et du gaspillage - frappant tant les pauvres que les riches.

La répartition inégale est un problème largement partagé par tous les pays, car toutes les économies de marché ont des marchés du travail dans lesquels les professionnels sont soumis à la mobilité de l'emploi. Seuls un ou deux régimes autoritaires dictent actuellement le lieu exact où chaque agent de santé doit vivre et travailler. Et il faut bien reconnaître que la plupart des professionnels aspirent à travailler et à vivre dans un milieu urbain de classe moyenne. On ne saurait le leur reprocher. Ces sont les institutions biaisées, les politiques inéquitables et les subsides publics pervers qui doivent être corrigés, car ils produisent du personnel mal adapté à un développement sanitaire national équitable.

La répartition au sein des pays est le reflet des disparités qui existent entre les pays. Alors que les pays à revenu élevé comptent plus de 10 médecins/infirmières pour 1000 habitants, certains pays parmi les plus pauvres qui ont une charge de morbidité plus lourde n'ont parfois qu'un médecin-infirmier pour 1000 habitants. Ces inégalités mondiales sont amplifiées par la migration du personnel qualifié des régions les plus pauvres vers d'autres plus riches. Car la répartition inégale au sein des pays et entre eux constitue un ensemble interconnecté. Lorsque des professionnels hautement qualifiés quittent un pays pauvre, cela crée un vide qui attire d'autres agents de santé qualifiés venus de régions encore plus pauvres du même pays.

D'aucuns prétendent que des déplacements similaires se produisent du secteur public moins bien payé vers le secteur privé plus lucratif. On assiste à une boucle : de la campagne → la ville, du dispensaire public vers le poste d'un programme vertical souvent financé de l'extérieur, à salaire garanti et plus élevé, des pays à bas revenus vers les pays plus riches avec le retour vers ces pays dits en voie de développement de coopérants étrangers au salaire parfois très élevé pour le pays... L'ironie veut que l'importation de travailleurs étrangers par certains pays à revenu élevé comme les États-Unis d'Amérique vise parfois à couvrir les besoins de leurs propres populations défavorisées – ce qui revient à créer un problème pour en résoudre un autre et s'apparente à un transfert international des carences en matière de personnel!

On dispose de suffisamment d'expérience et de données pour résoudre ce problème. Le défi consiste à mettre en œuvre des stratégies efficaces dans des contextes particuliers. Un groupe d'experts de l'Organisation mondiale de la Santé sur «le développement de l'accès aux professionnels de santé dans les zones rurales et isolées grâce à l'amélioration de la fidélisation» a élaboré quatre catégories de stratégies: éducation, régulation, mesures d'incitation financière et gestion et appui aux systèmes sociaux.

Un pays peut choisir parmi ces stratégies les mesures qui lui conviennent, mais les solutions pratiques sont difficiles à mettre sur pied pour au moins trois raisons. La première réside dans le grand nombre d'acteurs impliqués – établissements de formation et universités, ministères de la santé et de l'éducation, fonction publique, associations professionnelles, organisations non gouvernementales et autres. La deuxième est la nécessité de concilier de nombreux intérêts. Même si l'un des objectifs du développement du personnel peut être d'assurer une bonne santé, il faut tenir compte d'autres motivations – employeurs offrant des emplois dans le service public ou dans le privé, professionnels en quête de rémunérations compétitives, de bonnes conditions de travail et de développement de carrière, gouvernements avançant des objectifs nationaux en matière de santé, fonctions d'homologation et de certification des organes professionnels. La troisième est constituée par la multiplicité des calendriers. Le développement de personnels de santé prend du temps, au moins une décennie et souvent une génération. Il passe par des efforts soutenus d'investissement et de renforcement des capacités au-delà des cycles électoraux et des avantages politiques immédiats. La ruée récente sur les «programmes intensifs» pour former un grand nombre d'agents de santé communautaires visait à juste titre à remédier à des insuffisances de longue date, mais ces mesures d'urgence ne sauraient être considérées comme une solution durable.

En dernier ressort, les interventions doivent «remonter le courant» pour fournir un personnel de santé approprié et suffisant et pour créer des emplois attractifs dans un système national de santé digne de ce nom. Il n'existe aucun raccourci; l'offre et la demande doivent être harmonisées. Le système d'enseignement doit être correctement financé pour produire des agents de santé venus de zones isolées, formés pour les servir et désireux d'y travailler. Pour être équitable et durable, le système national de santé doit créer des emplois dans les zones isolées et rurales.

L'OMS a en outre piloté l'élaboration d'un *Code of practice on international recruitment of health personnel*, soumis à l'approbation de la prochaine assemblée mondiale de la santé. Voir http://www.who.int/hrh/migration/code/full_text/fr/index1.html

D'après le *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 2010;88:-1--1. doi: 10.2471/BLT.10.078477

L'OMS (Organisation mondiale de la Santé) a aussi formulé des recommandations visant à accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées

http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789242564013_fre.pdf

(84 pages - octobre 2010). En voici quelques extraits :

A. RECOMMANDATIONS LIEES A LA FORMATION

1. Utiliser des politiques d'admissions ciblées pour accueillir des étudiants d'origine rurale dans les programmes de formation à diverses disciplines sanitaires, afin que les diplômés soient plus enclins à choisir d'exercer en zone rurale.
2. Situer les écoles professionnelles de santé, les campus et les programmes d'internat en médecine de famille hors des capitales et autres grandes villes, les diplômés de ces écoles et de ces programmes ayant davantage tendance à exercer en zone rurale.
3. Exposer les étudiants des diverses disciplines sanitaires à la pratique communautaire en milieu rural et leur faire effectuer des stages cliniques, ces expériences pouvant contribuer à attirer les personnels de santé et favoriser leur recrutement dans les zones rurales.
4. Réviser les programmes des études préparant aux diplômes de niveau supérieur pour y inclure des sujets de santé rurale afin de renforcer les compétences des professionnels de la santé qui exercent dans les zones rurales, et améliorer ainsi leur satisfaction professionnelle et leur fidélisation.
5. Concevoir des programmes de formation continue et de développement professionnel qui répondent aux besoins des personnels de santé en milieu rural et leur soient accessibles depuis leur lieu de résidence et de travail, afin de renforcer leur fidélisation.

B. RECOMMANDATIONS LIEES A LA REGLEMENTATION (...)

3. Veiller à ce que le service obligatoire dans les zones rurales ou reculées soit assorti de mesures incitatives et de soutien appropriées afin d'accroître le recrutement et la fidélisation ultérieure des professionnels de la santé dans ces zones.
4. Conditionner l'octroi de bourses d'études et d'autres aides à la formation à l'obligation de service dans les zones rurales ou reculées afin d'accroître le recrutement de personnel de santé dans ces zones.

D. RECOMMANDATIONS LIEES AU SOUTIEN PERSONNEL ET PROFESSIONNEL

1. Améliorer les conditions de vie des personnels de santé et de leur famille et investir dans les infrastructures et les services (assainissement, électricité, télécommunications, écoles, etc.), ces facteurs influant fortement sur la décision des professionnels de la santé de s'établir et de demeurer en zone rurale.
2. Offrir un environnement professionnel sûr et de qualité, incluant les fournitures et le matériel appropriés, un encadrement adapté et un soutien pédagogique, afin de rendre ces

postes attractifs au plan professionnel et d'accroître ainsi le recrutement et la fidélisation de personnel de santé dans les zones rurales ou reculées.

3. Définir et mettre en œuvre des activités de proximité appropriées pour faciliter la coopération entre personnels de santé de zones mieux pourvues et personnels de zones mal desservies et, là où cela est possible, apporter un appui supplémentaire aux personnels de santé des zones rurales ou reculées au moyen de la télésanté.

4. Concevoir et soutenir des programmes d'organisation des carrières et offrir des postes de responsabilité en zone rurale pour permettre aux personnels de santé de gravir les échelons du fait de leur expérience, de leur éducation et de leur formation, sans nécessairement quitter les zones rurales.

5. Soutenir la création de réseaux professionnels, d'associations de professionnels de la santé en milieu rural, de revues de santé rurale, etc. afin d'améliorer le moral et le statut des soignants en zone rurale et de réduire le sentiment d'isolement professionnel.

6. Adopter des mesures de reconnaissance publique, comme une journée de la santé rurale, des récompenses et des distinctions aux niveaux local, national et international, pour améliorer l'image de l'exercice professionnel en milieu rural, celles-ci pouvant contribuer à améliorer la motivation intrinsèque et fidéliser les agents de santé en milieu rural.

Pour obtenir et conserver le soutien de toutes les parties, il faudra associer d'emblée les communautés rurales ou reculées, les associations professionnelles et les autres décideurs concernés.

Un changement de paradigme s'avère nécessaire et n'est pas étranger à celui qui vise à renforcer la première ligne de soins en Belgique, spécialement en milieu rural.

Réaction d'un de nos relecteurs (AC) :

Les conditions de vie et les perspectives pour la famille, et particulièrement les enfants, restent un élément déterminant : beaucoup de médecins pourraient être prêts à gagner moins si leur lieu d'affectation pouvait offrir de meilleures conditions de formation à leurs enfants... C'est toute la question du développement des campagnes qui est posée. Dans beaucoup de pays d'Afrique, les écarts de « développement » ne cessent de se creuser entre eux et l'Occident et entre les villes et les campagnes... : il me semble que si on ne s'attaque pas à ce problème, toutes les mesures ne sont que des emplâtres sur des jambes de bois.

La Belgique recrute des soignants à l'étranger :

Face à la pénurie d'infirmières et de médecins, nombre d'hôpitaux belges doivent désormais chercher de la main-d'œuvre à l'étranger. Le CHU de Liège vient, par exemple, de recruter une vingtaine d'infirmiers en Tunisie. Le JdM annonçait en novembre 2010 que le réseau des hôpitaux anversoises ZNA avait conclu un accord avec la société d'intérim Express Medical pour engager des infirmiers philippins. Cette société s'apprête à recruter des infirmiers et médecins tunisiens pour la partie francophone du pays. Le CHU de Liège a déjà, en cette matière, une longueur d'avance. 2.200 emplois seraient vacants dans le secteur des soins de santé.