



PLAN STRATÉGIQUE 2020–2030 EN MATIÈRE DE PERSONNEL DE SANTE

Investir dans les compétences et la création d'emplois dans le secteur de la santé



SADC Plan Stratégique 2020–2030 en Matière de Personnel de Sante

Secrétariat de la Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC)

Plot 54385 CBD Square

Private/Bag 0095

Gaborone, Botswana

Tel: +267 395 1863

Email: registry@sadc.int

Website: www.sadc.int

©SADC 2021

Les informations contenues dans ce rapport peuvent être reproduites, utilisées et partagées, mais avec pleine reconnaissance.

Quote: SADC, SADC Plan Stratégique 2020–2030 en Matière de Personnel de Sante, Gaborone, Botswana, 2021

À propos de la SADC

La Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC) est une organisation fondée et maintenue soutenue par les pays d'Afrique australe qui cherche à promouvoir la coopération socio-économique, politique et sécuritaire parmi ses États membres et à stimuler l'intégration régionale en vue d'atteindre la paix, la stabilité et la prospérité. Les États membres sont : Afrique du Sud, Angola, Botswana, Union des Comores, République démocratique du Congo, Eswatini, Lesotho, Madagascar, Malawi, Maurice, Mozambique, Namibie, Seychelles, République-Unie de Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.





PLAN STRATÉGIQUE 2020–2030 EN MATIÈRE DE PERSONNEL DE SANTE

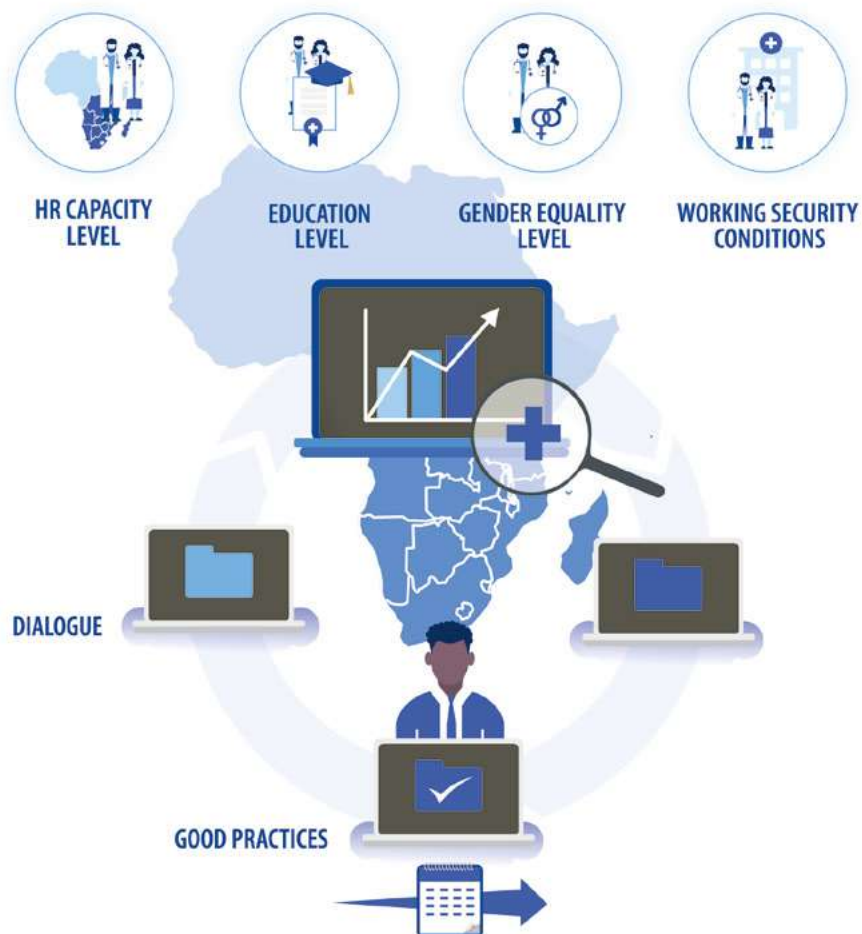
Investir dans les compétences et la création d'emplois dans le secteur de la santé

Novembre 2020





SOUTHERN AFRICAN DEVELOPMENT COMMUNITY TOWARDS A COMMON FUTURE



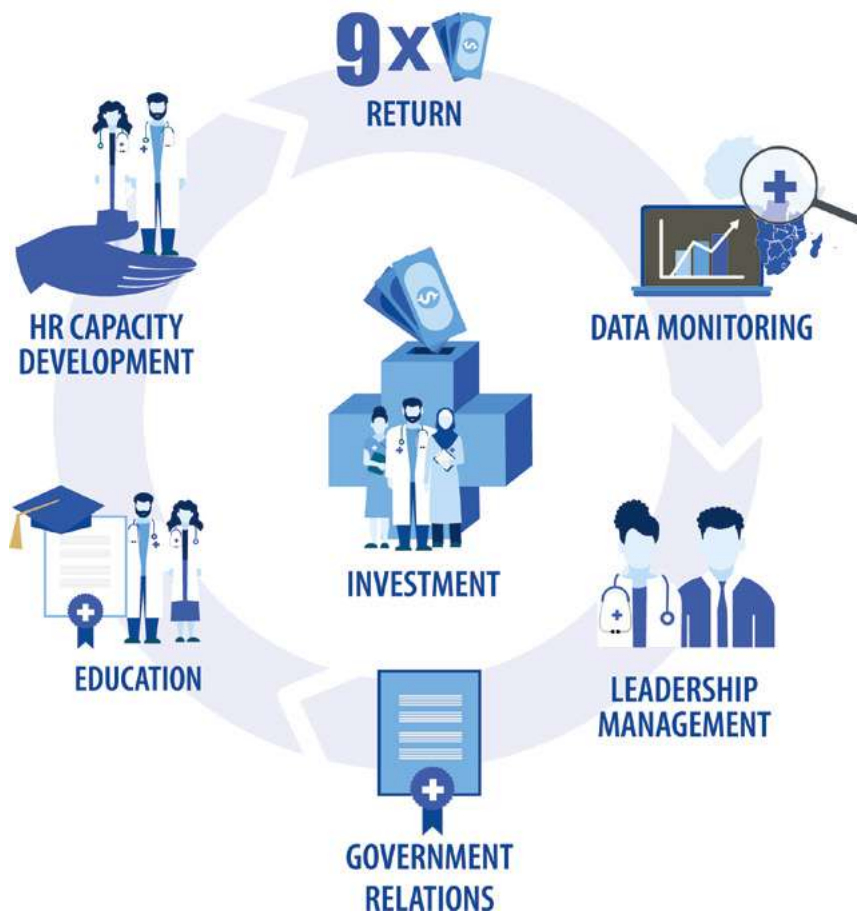


TABLE OF CONTENT

TABLE DES MATIÈRES.....	vi
ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES.....	viii
LISTE DES TABLEAUX.....	x
LISTE DES FIGURES.....	xi
REMERCIEMENTS.....	xii
RÉSUMÉ ANALYTIQUE.....	xiii
CHAPITRE 1: INTRODUCTION.....	1
1.1 Contexte.....	2
1.2 Contexte mondial et régional du personnel de santé.....	3
1.3 Recommandations de la Commission sur l'emploi dans le secteur de la santé et la croissance économique (ESCE) et le contexte de la SADC.....	5
1.4 Approche de l'élaboration du plan stratégique en matière de personnel de santé.....	8
CHAPITRE 2: ANALYSE DE LA SITUATION.....	9
2.1 Population et contexte socio-économique.....	10
2.1.1 Population.....	10
2.2 Contexte socio-économique.....	10
2.3 Aspects économiques de la pandémie de COVID-19 dans la région de la SADC.....	12
2.4 Aperçu général de l'état de santé et des systèmes de santé.....	13
2.5 Situation du personnel de santé dans les États membres de la SADC.....	15
2.5.1 Stock de personnel de santé dans la région de la SADC.....	16
2.5.2 Besoins en personnel de santé et lacunes de l'offre.....	20
2.5.3 Leadership, gouvernance et politique du personnel de santé.....	21
2.5.4 Efforts en matière d'éducation et de formation.....	22
2.5.5 Absorption, distribution et rétention.....	23
2.5.6 Gestion des ressources humaines.....	24
2.4.7 Genre.....	25
2.5.7 Accréditation et réglementation.....	25
2.5.8 Suivi, évaluation et systèmes d'information.....	26
2.5.9 L'impact de la pandémie COVID-19 sur les travailleurs de la santé.....	26
2.6 Cadre pour le vivier de ressources en personnel de santé de la SADC.....	28
CHAPITRE 3: ORIENTATIONS STRATÉGIQUES EN MATIÈRE DE PERSONNEL DE SANTÉ DANS LA RÉGION DE SADC.....	31
3.1 Introduction.....	32
3.2 Théorie du changement.....	32
3.3 Orientations stratégiques et interventions.....	34



3.3.1 Orientation stratégique (OS) 1 : Investissement dans les emplois du secteur de la santé et le travail décent.....	34
3.3.2 Orientation stratégique (OS) 2 : Harmonisation de l'éducation, de la formation et du développement.....	35
3.3.3 Orientation stratégique (OS) 3 : Développement et adoption des meilleures pratiques en matière d'encadrement et de gestion stratégique des RHSS.....	36
3.3.4 Orientation stratégique (OS) 4 : Amélioration de la gouvernance et du règlement du personnel de santé.....	37
3.3.5 Orientation stratégique (OS) 5 : Mise au point des systèmes de suivi et d'évaluation des données fiables.....	38
CHAPITRE 4: MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE.....	39
4.1 Mécanisme de mise en œuvre.....	40
4.2 Rôle du Comité technique sur les RHSS de la SADC.....	40
4.3 Rôle du secrétariat de la SADC.....	41
4.4 Plan de mise en œuvre.....	42
4.5 Cadre de mise en œuvre d'un vivier de recrutement de la SADC.....	48
CHAPITRE 5: COÛT DU PLAN DE MISE EN ŒUVRE ET CAS D'INVESTISSEMENT.....	49
5.1 Méthodologie pour chiffrer le plan de mise en œuvre.....	50
5.2 Limites des estimations du coûts.....	51
5.3 Coût estimatif de l'opérationnalisation du plan stratégique.....	52
5.4 Potentiel d'espace financier pour les investissements dans le personnel de la santé de la région de la SADC.....	55
5.5 Le cas de l'investissement dans le personnel de la santé de la région de la SADC.....	57
CHAPITRE 6: SUIVI ET ÉVALUATION.....	61
6.1 Introduction.....	62
6.2 Suivi.....	62
6.3 Évaluation.....	62
6.4 Mécanisme de collaboration et de responsabilité.....	62
6.5 Indicateurs de performance clés et cibles.....	63
6.6 Aperçu des risques potentiels et des mesures d'atténuation.....	66
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	67
ANNEXES.....	69
Annexe 1: Analyse de faisabilité économique.....	69
Annexe 2: Coût estimatif de la mise en œuvre du plan stratégique par type de ressources nécessaires au niveau.....	73
Annexe 3: Outil du cadre d'établissement de rapports par les États membres à soumettre au Secrétariat de la SADC.....	75



ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

BDDMS	Base de données sur les dépenses mondiales de santé
BRA	Bureau de la région Afrique
CMU	Couverture maladie universelle
CNPS	Compte national du personnel de santé
COVID-19	Maladie à coronavirus 2019
CPC	Code de pratique du Commonwealth
CR	Comité régional
CSECE	Commission de haut niveau des Nations unies sur la santé, l'emploi et la croissance économique
CSPS	Charte de la sécurité du personnel de la santé
DASS	Développement et analyse des services de santé
DSAP	Dépenses de santé des administrations publiques
ERPS	Emploi & Travail et partenaires sociaux
FPC	Formation professionnelle continue
GTT	Groupe de travail technique
RHSS	Ressources humaines du secteur de la santé
ICP	Indicateur clé de performance
ICTBP	Indicateurs de la charge de travail sur les besoins en personnel
IDM	Indicateurs de développement mondial
IPC	Indice des prix à la consommation
OC	Organisation professionnelle
ODD	Objectifs de développement durable
OIT	Organisation internationale du travail
OCDE	Organisation de coopération et de développement



OMA	Organisation mondiale de l'alimentation
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Nations Unies
ONUSIDA	Programme conjoint des Nations unies sur le VIH et SIDA
ONG	Organisation non gouvernementale
OS	Orientation stratégique
OSC	Organisation de la société civile
PEM	Perspectives de l'économie mondiale
PNLS	Profession non liée à la santé
PS	Profession de la santé
PIB	Produit intérieur brut
RDC	République démocratique du Congo
RH	Ressources humaines
SADC	Communauté de développement de l'Afrique australe
SIGS	Système d'information pour la gestion de la santé
SIRH	Systèmes d'information sur les ressources humaines
SMRHSS	Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé
S&E	Suivi et évaluation
SST	Sécurité et santé au travail
SSP	Soins de santé primaires
TIC	Technologies de l'information et de la communication
UA	Union africaine
UEMOA	États membres de l'Union économique et monétaire ouest-africaine
USD	Dollars US



LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Produit intérieur brut de la SADC aux prix courants du marché, (en millions de \$US), 2008–2018	11
Tableau 2 : Chômage, jeunes (% des 15-24 ans) (%) dans la SADC, 2008–2017	12
Tableau 3 : Espérance de vie dans la région de la SADC	13
Tableau 4 : Taux de mortalité maternelle (décès pour 100.000 naissances vivantes) dans la SADC, 2010–2015	14
Tableau 5 : Stock et densité de certains personnels de santé dans les États membres de la SADC – 2018 – a	17
Tableau 6 : Stock et densité de personnels de santé choisis dans les États membres de la SADC – 2018 – b	18
Tableau 7 : Stock et densité de personnels de santé choisis dans les États membres de la SADC – 2018 – c	19
Tableau 8 : Besoins et lacunes de la SADC en matière d’approvisionnement en médecins, infirmières et sages-femmes	20
Tableau 9 : Actions clés pour la mise en œuvre du mécanisme du vivier de recrutement	48
Tableau 10 : Coût estimatif de la mise en œuvre du plan stratégique	53
Tableau 11 : Estimation de l’espace financier et analyse de faisabilité économique – Région de la SADC (millions de dollars américains)	57
Tableau 12 : Plan de suivi et évaluation	64
Tableau 13 : Résumé des principaux risques et mesures d’atténuation	66



LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Population de la SADC en milieu d'année, 2018.....	10
Figure 2 : Taux de croissance du PIB de la région de la SADC.....	11
Figure 3 : Indice de couverture des services CHU de la SADC.....	15
Figure 4 : Infections par COVID-19 des professionnels de la santé dans la région de la SADC.....	27
Figure 5 : Théorie du changement.....	33
Figure 6 : Voie de la santé vers la croissance économique.....	58
Figure 7 : Ratio des travailleurs des professions non liées à la santé (NHO) aux travailleurs des professions de la santé (HO), par groupe de revenu, 2015.....	59
Figure 8 : Analyse de faisabilité économique – Botswana.....	69
Figure 9 : Analyse de faisabilité économique – Comores.....	69
Figure 10 : Analyse de faisabilité économique – Eswatini.....	70
Figure 11 : Analyse de faisabilité économique – Lesotho.....	70
Figure 12 : Analyse de faisabilité économique – Malawi.....	71
Figure 13 : Analyse de faisabilité économique – Namibie.....	71
Figure 14 : Analyse de faisabilité économique – Seychelles.....	72
Figure 15 : Analyse de faisabilité économique – Zimbabwe.....	72



REMERCIEMENTS

L'élaboration de ce Plan stratégique de la SADC pour le personnel de santé 2020-2030 a été le fruit de la collaboration entre les États membres dirigée par le Secrétariat de la SADC et soutenue par le bureau national de l'OMS au Botswana, l'OMS AFRO, l'OIT et la généreuse contribution financière du Fonds fiduciaire multipartenaire conjoint OIT-OCDE-OMS pour la santé. La supervision assurée par le Dr Willy Amisi a été essentielle pour garantir que ce travail s'inscrive dans le contexte des priorités actuelles et futures des États membres de la SADC en matière de professionnels de la santé. La contribution et l'engagement du Forum consultatif des représentants des États membres de la SADC sur les ressources humaines pour la santé (RHSS) ainsi qu'un atelier technique tripartite dirigé par l'OIT pour la région de la SADC ont joué un rôle inestimable et très apprécié dans le processus. Nos remerciements s'adressent au Dr Josephine Namboze, représentante de l'OMS au Botswana, pour son leadership et sa coordination. Les conseils et les contributions techniques de M. Paul Marsden et de M. James Avoka Asamani, du Dr Juliet Bataringaya et du Dr Madidimalo Tebogo et le soutien administratif de Joel Motswagole de l'OMS sont très appréciés ainsi que l'équipe de l'OIT composée de Mme Christiane Wiskow, de M. Simphiwe Mabhele, de M. Siphon Ndlovu et du Dr Maren Hopfe, y compris la contribution des consultants Mme Maritza Titus, du Dr Percy Mahlathi et de M. James Nyamosi.



RÉSUMÉ ANALYTIQUE

Les États membres de la SADC ont fait des progrès significatifs vers la réalisation de leurs indicateurs clés de santé au cours de la dernière décennie. Cependant, le plus grand défi pour assurer un accès équitable à la santé pour tous est la pénurie persistante et la disponibilité de travailleurs de la santé et sociaux qualifiés dans toute la Région ainsi que l'utilisation et l'efficacité sous-optimales de la main-d'œuvre existante. La population totale des États membres de la SADC de 345,2 millions d'habitants en 2018 devrait augmenter à un taux moyen de 2,5 % par an, ce qui entraînera une demande supplémentaire pour les systèmes de santé. En outre, moins de personnes sont attirées par les professions de la santé et de l'aide sociale en raison des bas salaires, des longues heures de travail, de la violence et du harcèlement sur le lieu de travail et des risques pour la sécurité et la santé au travail. L'accès à l'emploi joue un rôle important, certains États membres faisant état de difficultés concernant la marge de manœuvre budgétaire dont dispose le gouvernement pour employer et absorber les travailleurs de la santé additionnels nécessaires pour combler le manque de main-d'œuvre existant, en particulier les nouveaux diplômés. Une nouvelle dynamique occasionnée par la pandémie de coronavirus (COVID-19) est son impact sanitaire et économique dévastateur, les pays à revenu faible et moyen (PRFM) et ceux en situation de fragilité, de violence et de conflit (FCV) étant les plus touchés. Cette situation a mis en évidence la nécessité pour les pays de mettre en place des systèmes de santé solides, de renforcer les capacités en matière de soins de santé primaires et de mettre en place des capacités de préparation et de réaction en matière de santé publique. La santé et la sécurité au travail ainsi que la protection de la main-d'œuvre, en particulier des personnes directement exposées qui travaillent dans des environnements à haut risque, ont fait l'objet d'une attention particulière, car les systèmes de santé dans le monde entier ont été touchés par les taux élevés d'infection et de décès des travailleurs de la santé et sociaux.

Bien que son impact n'ait pas été pleinement évalué, la pandémie de COVID-19 est préoccupante pour la région de la SADC. Comme le nombre de cas et de décès dus à la COVID-19 dans la région Afrique de l'OMS continue de diminuer, la SADC doit tenir compte de ses effets à long terme. Ce sont les travailleurs de la santé et sociaux qui sont confrontés à un risque sensiblement plus élevé en raison d'une exposition excessive au COVID-19. Cela a également un impact psychosocial majeur sur les travailleurs de la santé individuels, car la crainte de transmettre la maladie à leurs familles est réelle et réaliste.

La Commission de haut niveau des Nations unies sur l'emploi dans le secteur de la santé et la croissance économique souligne l'importance du secteur de la santé et des soins pour offrir des possibilités croissantes d'emploi et d'économie, notamment en équipant les femmes et les jeunes de compétences, en leur donnant des emplois et en leur assurant une participation dans l'économie. Même si les capacités de formation existantes dans la région de la SADC pourraient potentiellement répondre à près de 66 % de ce besoin en termes globaux, étant donné les tendances actuelles de sous-investissement dans les professionnels de la santé, de réduction des budgets et de maîtrise des coûts dans toute la Région, seuls environ 33 % des effectifs nécessaires pourraient être financés à l'horizon 2030.



Le défi permanent est que les lacunes en matière de personnel de santé dans la Région sont généralement déterminées en fonction des effectifs existants et/ou des postes financés. Ces approches de la planification des effectifs donnent une image erronée de la situation réelle des États membres de la SADC lorsqu'on les compare à leurs projections fondées sur les besoins pour assurer la couverture sanitaire universelle (CSU) et atteindre leurs objectifs de développement durable à l'horizon 2030. Cette stratégie privilégie une pratique où son application sert de mécanisme pour remettre en question les idées traditionnelles sur les déficits de professionnels de la santé, déterminer la demande et les investissements nécessaires et la manière dont les gouvernements peuvent débloquer des ressources internes et d'autres supplémentaires. Cette situation nécessite une réponse régionale et une stratégie globale pour relever les principaux défis en matière de ressources humaines dans toute la SADC.

Les principaux objectifs de la SADC sont, entre autres, la réalisation du développement économique, la croissance et l'amélioration du niveau et de la qualité de vie des peuples d'Afrique australe. Ces objectifs supposent des actions à travers l'intégration régionale et l'harmonisation des approches de développement. L'atteinte de ces objectifs dans le secteur de la santé passe par une direction stratégique qui utilise un cadre multisectoriel pour élaborer et financer des plans globaux pour une planification, un développement et une gestion efficaces du personnel de santé. Toutefois, sans données précises et actuelles pour les politiques de ressources humaines, il est difficile de planifier et de gérer un développement réel dans la Région, d'où la nécessité d'un plan stratégique régional en matière de personnel de santé.

Lors de l'élaboration de ce plan stratégique, deux engagements essentiels ont eu lieu à Johannesburg (Afrique du Sud), à savoir : (i) les consultations techniques sur les ressources humaines du secteur de la santé (RHSS) de la SADC tenues du 26 au 29 août 2019, et (ii) l'atelier technique tripartite pour la région de la SADC organisé par l'OIT du 10 au 12 septembre 2019. Ces deux événements ont été très participatifs, les États membres étant représentés par des hauts fonctionnaires des divisions des ressources humaines des Ministères de la santé, du travail et de l'emploi, et les représentants des employeurs et des travailleurs. Ceux-ci se sont rencontrés pour se pencher sur la nécessité d'aligner la stratégie en matière de RHSS de la SADC sur le Cadre politique pour l'emploi et le travail de la SADC (2020–2030), d'améliorer la collaboration et le dialogue social entre toutes les parties prenantes concernées aux niveaux national et régional, de renforcer les mécanismes de coordination entre les gouvernements, les travailleurs, les employeurs et les autres parties prenantes concernées pour promouvoir le travail décent dans le secteur de la santé, et de garantir un plan stratégique qui guide et complète les politiques et les plans stratégiques des États membres en matière de personnel de santé.

Le plan stratégique de la SADC en matière de personnel de santé 2020–2030 présente cinq (5) orientations stratégiques fondées sur des données avérées pour éclairer la politique, la planification et la mise en œuvre des États membres en matière de personnel de santé :

1. L'investissement dans les emplois des travailleurs de la santé et le travail décent.
2. L'harmonisation de l'éducation, de la formation et du développement.
3. L'établissement des meilleures pratiques en matière de leadership et de gestion stratégiques du personnel de santé.
4. L'amélioration de la gouvernance et de la réglementation du personnel de santé.
5. Le développement et l'utilisation des données fiables et des systèmes de suivi et d'évaluation.

Voici les principales étapes que le Secrétariat de la SADC et les États membres s'engagent à franchir au cours de la période couverte par le plan :



OS 1 : Investissement, emploi et travail décent

- 1.2 D'ici 2023, les États membres commenceront à élargir d'au moins 40 % la marge de manœuvre budgétaire pour permettre d'accroître les investissements dans le personnel de santé qualifié.
- 1.3 D'ici 2023, les États membres protégeront en permanence les professionnels de la santé contre les risques et dangers professionnels.
- 1.4 D'ici 2023, les États membres amélioreront en permanence les conditions de travail et de rémunération des professionnels de la santé.
- 1.5 D'ici 2025, les États membres auront élaboré et mis en œuvre des stratégies visant à intégrer l'égalité des sexes dans le personnel de la santé en améliorant les conditions de travail et la rémunération des professionnels de la santé.

OS 2 : Éducation, formation et développement

- 2.4 D'ici 2025, des centres régionaux de formation d'excellence auront été désignés.
- 2.5 D'ici 2025, le Secrétariat de la SADC aura lancé le programme de développement du personnel de santé.

OS 3 : Leadership et gestion

- 3.1 D'ici 2023, les États membres se feront les champions de l'intégration des questions relatives au personnel de santé dans toutes les politiques et interventions en matière de santé.
- 3.3 D'ici 2024, la SADC aura instauré un mécanisme de soutien entre pairs et un mécanisme de responsabilité.

OS 4 : Gouvernance et réglementation

- 4.1 D'ici 2021, les États membres veilleront au respect des normes professionnelles et préserveront la sécurité publique.

OS 5 : Données, suivi et évaluation

- 5.1 D'ici 2021, les États membres disposeront d'un SIRH capable de générer des informations permettant de suivre de bout en bout le cycle de vie du personnel de santé (production – stock actif – sortie).
- 5.2 D'ici 2023, les États membres disposeront d'un registre du personnel de santé permettant de suivre les stocks, la répartition, les flux, les sorties, la demande et l'offre de personnel de santé.
- 5.3 D'ici 2021, les États membres auront amélioré le dialogue multisectoriel pour une meilleure gestion du personnel de santé.
- 5.4 D'ici 2022, les États membres disposeront de comptes nationaux institutionnalisés du personnel de santé (NHWA) et feront rapport chaque année.

OS 1 : Investissement, emploi et travail décent

- 1.1 D'ici 2030, les États membres auront amélioré la densité des travailleurs de la santé, qui passera de la médiane actuelle de la SADC de 1,02 à 4,45 pour 1.000 habitants.

OS 2 : Éducation, formation et développement

- 2.1 D'ici 2026, les États membres auront harmonisé la formation et le développement.
- 2.2 D'ici 2027, les États membres organiseront des formations spécialisées dans les professions de la santé en fonction des besoins actuels et émergents de la population en matière de santé.
- 2.3 D'ici 2027, les États membres disposeront de politiques favorisant l'accès aux possibilités d'éducation dans le domaine de la santé sur la base des principes d'égalité et d'accessibilité financière, en incluant les jeunes et les femmes.

OS 3 : Leadership et gestion

- 3.2 D'ici 2026, les États membres auront renforcé leurs capacités en matière d'analyse du marché du travail dans le secteur de la santé, de planification des RHSS, de développement et de gestion.
- 3.4 D'ici 2027, les États membres disposeront de mécanismes institutionnalisés de dialogue social entre les gouvernements, les travailleurs, les employeurs et les autres parties prenantes.

OS 4 : Gouvernance et réglementation

- 4.2 D'ici 2027, le Secrétariat de la SADC aura élaboré un cadre assorti de critères de conformité stricts pour la reconnaissance mutuelle et réciproque de l'enseignement et des qualifications des professions de la santé.
- 4.3 D'ici 2026, les États membres encourageront les programmes d'échange entre les États membres, notamment pour le transfert de compétences.
- 4.4 D'ici 2026, les États membres auront noué des collaborations/partenariats multisectoriels (PPP) pour faciliter le partage des ressources en matière de RHSS.

OS 5 : Données, suivi et évaluation

- 5.5 D'ici 2026, les États membres auront intégré des indicateurs de sécurité des professionnels de la santé dans leur système d'information sur la santé.



Le coût global de la mise en œuvre du plan stratégique est estimé à environ 15,7 millions de dollars US sur une période de dix ans. Sur ce montant, environ 35 % (5,6 millions de dollars US) seraient nécessaires au Secrétariat de la SADC et aux États membres pour produire des preuves, faciliter le dialogue politique et mobiliser des ressources afin d'accroître considérablement les investissements pour augmenter approximativement de 40 % l'emploi du personnel de santé sur la période de 10 ans (orientation stratégique 1). Ce coût exclut toutefois le coût de la formation et de la rémunération des travailleurs de la santé dans les États membres, pour lesquels une analyse pays par pays est fortement recommandée dans le cadre de l'élaboration du dossier d'investissement au niveau des États membres.

Il est envisagé que des conseils politiques et techniques multisectoriels seront sans doute nécessaires dans certains cas lors de l'élaboration des politiques et stratégies nationales des États membres en matière de personnel de santé. Ces conseils permettront aux États membres, en particulier, d'axer les efforts sur l'adoption d'une planification des investissements pour la création d'emplois et le travail décent, notamment par l'intermédiaire de leurs programmes nationaux de travail décent et de leurs programmes régionaux de travail décent ; et de s'inspirer des approches et stratégies multisectorielles concertées pour étendre et transformer le personnel de santé et d'aide sociale qui sont guidées par le programme Travailler pour la santé de l'OIT-OCDE-OMS et son plan d'action quinquennal sur l'emploi et la croissance dans le secteur de la santé : 2017–2021.



CHAPITRE 01



INTRODUCTION

1.1 Contexte

La Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC) a adopté un protocole sur la santé en 1999, qui a suivi le Cadre de politique sanitaire de la SADC adopté en 1998. Le Protocole définit un cadre «pour atteindre un niveau de santé acceptable pour tous les citoyens en promouvant, coordonnant et soutenant les efforts individuels et collectifs des États membres» (SADC, 1999). Il est basé sur les principes suivants :

- L'égalité des États membres ;
- La coordination, le partage et le soutien ;
- La santé pour tous grâce aux soins de santé primaires (SSP) ;
- Les soins de santé pour tous grâce à un meilleur accès ;
- La promotion de l'équité pour parvenir à une meilleure santé.

Divers efforts guidés par les principes inscrits dans le Protocole ont donné une énorme impulsion pour accélérer les progrès vers la réalisation des principaux objectifs en matière de santé, en tandem avec les efforts mondiaux à l'époque des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) (Conseil international pour les initiatives environnementales locales, 2015). Les efforts se poursuivent pour maintenir la dynamique des progrès dans les États membres de la SADC. À titre d'exemple, l'espérance de vie en bonne santé s'est améliorée, passant d'une moyenne de 52 ans en 2008 à 60 ans en 2018 dans les États membres de la SADC (SADC, 2018). En outre, les données des statistiques mondiales de l'ONUSIDA sur le VIH et SIDA démontrent que le nombre de nouvelles infections par le VIH a diminué, passant d'une moyenne de 1.202.759 en 2008 à 820.689 en 2018 (ONUSIDA, 2019).

Ces progrès, parmi d'autres, réalisés dans les indicateurs de l'état de santé, ont suscité l'optimisme et permis de donner une impulsion à la réalisation des objectifs liés à la santé des Objectifs de développement durable (ODD) qui ont été adoptés par les États membres des Nations unies en 2015 (PNUD, 2016).

En rendant opérationnels certains aspects du Protocole de la SADC sur la santé (SADC, 1999), la SADC a élaboré en 2006 un Plan stratégique des ressources humaines (2007 - 2019) dont le but ultime est «d'assurer une production, un recrutement et une rétention adéquats des ressources humaines nécessaires à la santé dans la Région d'ici 2019». Le plan stratégique a guidé la mise en œuvre des politiques et des plans stratégiques des États membres en matière de personnel de santé et a encouragé une coopération et une collaboration étroites pour renforcer la capacité à concevoir et à mettre en œuvre des programmes de santé afin de répondre aux besoins dynamiques et changeants de la population en matière de santé.



L'horizon du plan stratégique de la SADC en matière de ressources humaines pour la santé (2007-2019) s'achevant en 2019, et à la lumière des évolutions mondiales, notamment la stratégie mondiale de l'OMS sur les ressources humaines pour la santé et la création de la Commission de haut niveau des Nations unies sur l'emploi dans le secteur de la santé et la croissance économique (ESCE) (Organisation mondiale de la santé, 2016a), une revue du Plan stratégique de la SADC en matière de ressources humaines pour la santé (HRS) s'est avérée nécessaire. Lors de la réunion des Ministres de la santé de la SADC tenue en mars 2018, la réactivation du Comité technique des ressources humaines pour la santé de la SADC a été approuvée et ce Comité a été chargé de diriger l'élaboration de la stratégie en matière de ressources humaines pour la santé pour la région de la SADC, sur la base de la situation actuelle des ressources humaines pour la santé et en tenant compte des recommandations de la Commission ESCE. Ce document est le résultat d'une consultation et d'un dialogue approfondis avec les partenaires techniques et sociaux des États membres de la SADC, et de l'analyse des données pertinentes relatives au personnel de santé.

1.2 Contexte mondial et régional du personnel de santé

La Déclaration d'Astana sur les soins de santé primaires appelle les dirigeants du monde à intensifier leurs efforts en vue d'atteindre la couverture maladie universelle (CMU) et les ODD en mettant l'accent sur les soins de santé primaires (SSP) (Organisation mondiale de la santé, 2018). Elle est axée sur le rôle essentiel de systèmes de santé réactifs et résistants, soutenus par un personnel de santé adéquat, motivé et équitablement réparti. Il a été reconnu que la contribution du personnel de santé aux ODD va au-delà de la réalisation d'une santé optimale (ODD 3), étant étroitement liée aux ODD 4 (éducation de qualité), 5 (égalité des sexes), et 8 (travail décent et croissance économique).

En 2016, l'Assemblée mondiale de la santé (AMS) a également adopté la Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé : Main d'œuvre 2030 (GSHRH) (Organisation mondiale de la santé, 2016b) qui vise à assurer un accès équitable à une main-d'œuvre qualifiée dans le secteur de la santé afin de réaliser la CMU et les ODD. Ses objectifs spécifiques sont les suivants :

- a. Optimiser la performance, la qualité et l'impact du personnel de santé pour accélérer les progrès vers la CMU et les ODD ;
- b. Aligner l'investissement dans les RHSS sur les besoins actuels et futurs de la population et des systèmes de santé afin de maximiser la création d'emplois et la croissance économique ;
- c. Renforcer la capacité des institutions aux niveaux régional et national en vue d'une gestion, d'un leadership et d'une gouvernance efficaces des politiques publiques en matière de RHSS ;
- d. Renforcer les données, les preuves et les connaissances en vue d'une prise de décisions politiques efficaces.



Le GSHRH exhorte également les pays à «renforcer les capacités de planification pour élaborer ou améliorer les politiques et les stratégies en matière de RHSS qui quantifient les besoins, les demandes et l'offre de personnel de santé selon différents scénarios d'avenir «... afin de gérer les marchés du travail du personnel de santé et de concevoir des politiques efficaces et efficaces qui répondent aux besoins actuels de la population tout en anticipant les attentes de demain» (p.25). Ainsi, les pays et les organismes régionaux tels que la SADC sont invités à veiller à la mise à jour incessante de leurs plans pour répondre à ces besoins :

- a. Le nombre estimé, la catégorie et la qualification des travailleurs de la santé nécessaires pour répondre aux besoins de la santé publique et de la population ;
- b. La capacité à produire une main-d'œuvre sanitaire suffisante et correctement répartie (éducation et politiques réglementaires efficaces) ; et
- c. La capacité du gouvernement et du marché du travail à attirer, recruter, déployer et retenir les travailleurs de la santé (capacité économique et fiscale, et déploiement, rémunération et rétention de la main-d'œuvre par des stratégies financières et non financières).

La Commission de haut niveau des Nations unies pour l'emploi dans le secteur de la santé et la croissance économique (ESCE) fournit une multitude de preuves concernant les investissements dans le personnel de santé qui sont nécessaires pour répondre à une pénurie prévue de 6,1 millions de personnes dans la région Afrique¹, en fonction des besoins. Dans le contexte de la région Afrique, le Comité régional (CR) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a adopté une feuille de route pour l'intensification des interventions en matière de personnel de santé dans la Région (2012-2025) et a également approuvé un cadre régional de mise en œuvre de la stratégie mondiale sur les RHSS en 2018. Ces initiatives mondiales et régionales ont fourni des modèles pour une politique et des investissements en matière de personnel de santé fondés sur des données factuelles dans le contexte de la SADC.

¹ Besoins, demande et pénurie de la main-d'œuvre du secteur de la santé à l'horizon 2030, un aperçu des tendances sur le marché mondial du travail, Cometto Scheffler, et al, dans 'Health Employment and Economic Growth : an evidence base', Buchan, Dhillon and Campbell, (« L'emploi dans le secteur de la santé et la croissance économique » une base de preuves »), OMS, 2017.



1.3 Recommandations de la Commission sur l'emploi dans le secteur de la santé et la croissance économique (ESCE) et le contexte de la SADC

Le rapport de la Commission de haut niveau des Nations unies pour l'emploi dans le secteur de la santé et la croissance économique (ESCE) a démontré que l'investissement dans le personnel de santé permettait un retour sur investissement neuf (9) fois supérieur (Organisation mondiale de la santé, 2016a). Il a également démontré que la moitié de la croissance économique mondiale au cours de la dernière décennie est due à des améliorations dans le domaine de la santé, notant que pour chaque année d'espérance de vie supplémentaire, le taux de croissance économique est augmenté de 4 %. Bien que ce secteur soit un important moteur de la croissance économique, on estime qu'au niveau mondial, environ 40 millions de travailleurs de la santé seraient nécessaires, principalement dans les pays à revenu moyen supérieur et à revenu élevé (Liu, et al., 2017). Il est toutefois prévu que la croissance de l'emploi s'accompagne d'un manque potentiel de 18 millions de travailleurs de la santé si l'on veut atteindre et maintenir une couverture médicale universelle à l'horizon 2030 (Organisation mondiale de la santé, 2016b).

Dans ce contexte, la Commission de haut niveau a formulé dix (10) recommandations (voir encadré 1) et proposé ces cinq actions immédiates :

1. Encourager les engagements ; favoriser l'engagement intersectoriel et élaborer un plan de mise en œuvre ;
2. Galvaniser la responsabilité, l'engagement et le plaidoyer ;
3. Promouvoir les données, l'analyse et le suivi du marché du travail dans le domaine de la santé dans tous les pays ;
4. Accélérer l'investissement dans l'éducation transformatrice, les compétences et la création d'emplois ;
5. Mettre en place une plate-forme internationale pour la mobilité des professionnels de la santé.



Encadré 1 : Recommandations de la Commission de haut niveau des Nations unies pour l'ESCE

1. **Création d'emplois** : Stimuler les investissements dans la création d'emplois décents dans le secteur de la santé, en particulier pour les femmes et les jeunes, avec les bonnes compétences, en nombre suffisant et aux bons endroits.
2. **Genre et droits des femmes** : Maximiser la participation économique des femmes et favoriser leur autonomisation en institutionnalisant leur leadership, en s'attaquant aux préjugés et aux inégalités entre les sexes dans l'éducation et sur le marché du travail de la santé, et en abordant les questions de genre dans les processus de réforme de la santé.
3. **Éducation, formation et compétences** : Développer une éducation et une formation tout au long de la vie transformatrices et de qualité afin que tous les travailleurs de la santé aient des compétences qui correspondent aux besoins des populations en matière de santé et qu'ils puissent travailler au maximum de leur potentiel.
4. **Prestation et organisation des services de santé** : Réformer les modèles de services en se concentrant sur les soins hospitaliers et mettre plutôt l'accent sur la prévention et la fourniture efficace de soins primaires et ambulatoires de qualité, abordables, intégrés, de proximité et axés sur les personnes en accordant une attention particulière aux zones mal desservies.
5. **Technologie** : Exploiter la puissance des technologies de l'information et de la communication efficaces pour améliorer l'éducation à la santé, les services de santé axés sur la population et les systèmes d'information sur la santé.
6. **Crises et situations humanitaires** : Assurer l'investissement dans les capacités de base du Règlement sanitaire international, notamment le développement des compétences du personnel de santé national et international dans les situations humanitaires et les urgences de santé publique, qu'elles soient aiguës ou prolongées. Assurer la protection et la sécurité de tous les travailleurs de la santé et des établissements de santé dans tous les contextes.
7. **Financement et espace fiscal** : Mobiliser un financement adéquat auprès de sources nationales et internationales, publiques et privées, le cas échéant, et envisager une vaste réforme du financement de la santé, si nécessaire, afin d'investir dans les bonnes compétences, des conditions de travail décentes et un nombre approprié de travailleurs de la santé.
8. **Partenariat et coopération** : Promouvoir la collaboration intersectorielle aux niveaux national, régional et international ; faire participer la société civile, les syndicats et autres organisations de travailleurs de la santé et le secteur privé ; et aligner la coopération internationale pour soutenir les investissements dans le personnel de santé, dans le cadre des stratégies et plans nationaux en matière de santé et d'éducation.
9. **Migration internationale** : Faire progresser la reconnaissance internationale des qualifications des travailleurs de la santé afin d'optimiser l'utilisation des compétences, d'accroître les avantages et de réduire les effets négatifs de la migration des travailleurs de la santé, et de sauvegarder les droits des migrants.
10. **Données, information et responsabilité** : Entreprendre une recherche et une analyse solides des marchés du travail de la santé à l'aide de mesures et de méthodologies harmonisées afin de renforcer les données, la responsabilité et l'action.



Pour accélérer l'action mondiale relative aux recommandations de la Commission sur l'ESCE, en particulier pour éviter la pénurie potentielle de 18 millions de travailleurs de la santé à l'horizon 2030, l'OIT, l'OCDE et l'OMS ont conjointement mis en place le programme «Travailler pour la santé» pour soutenir l'expansion et la transformation du personnel de santé et des travailleurs sociaux au niveau mondial afin d'accélérer les progrès vers une couverture sanitaire universelle et la sécurité sanitaire mondiale. Guidé par les recommandations de la Commission et le plan d'action quinquennal pour l'emploi dans le secteur de la santé et la croissance inclusive (2017-2021), le programme «Travailler pour la santé» coordonnera, améliorera et étendra les conseils politiques, l'assistance technique et le soutien des capacités que l'OIT, l'OCDE et l'OMS fourniront à leurs mandants et partenaires (Organisation mondiale de la santé, 2016a).

En novembre 2017, le ministère sud-africain de la santé, en tant que président en exercice de la SADC, a pris l'initiative de proposer à la réunion des Ministres de la santé de la SADC d'élaborer un plan d'action de la SADC sur l'emploi dans le secteur de la santé et la croissance économique. Cette initiative a été inspirée par les États membres de l'Union économique et monétaire ouest-africaine (UEMOA) qui ont élaboré un plan d'action de l'UEMOA qui a été approuvé par une réunion interministérielle en mars 2017. Les Ministres de la santé de la SADC ont noté qu'en prenant des mesures immédiates et en réalisant des investissements stratégiques dans toute la région de la SADC, les États membres pourraient potentiellement éviter de graves pénuries de personnel de santé afin de mieux positionner les systèmes de santé pour atteindre les ODD en matière de santé ainsi que de créer des emplois indispensables pour lutter contre le chômage des jeunes et améliorer la participation des femmes au marché du travail.

La réunion des Ministres de la santé de la SADC a estimé qu'à la lumière des développements mondiaux, notamment la Stratégie mondiale de l'OMS sur les ressources humaines pour la santé et la Commission sur l'ESCE, le Plan stratégique actuel de la SADC sur les ressources humaines pour la santé et son Plan d'activités devaient être mis à jour. Ils ont approuvé la relance du Comité technique sur les ressources humaines pour la santé de la SADC et ont estimé qu'un sous-comité du Comité technique sur les ressources humaines pour la santé de la SADC devrait élaborer un plan d'action quinquennal chiffré de la SADC pour mettre en œuvre les résultats de la Commission sur l'ESCE, et que ce plan d'action devrait être guidé par les principes de collaboration et de partenariat. En outre, la réunion des Ministres de l'emploi et du travail et des partenaires sociaux (ETPS) de la SADC s'est tenue au Cap le 2 mars 2018. Les ministres ont convenu d'inclure un point intitulé «Emploi dans le secteur de la santé et croissance économique» dans la section sur les questions à noter comme l'une des questions intersectorielles prioritaires pour le secteur de l'emploi et du travail.

Le Comité technique sur les RHSS de la SADC doit établir un cadre pour traduire la Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé et les recommandations de la Commission sur l'ESCE dans le contexte régional. Reconnaisant cela, la SADC vise à atteindre un niveau de santé acceptable pour tous les citoyens et à atteindre des objectifs spécifiques dans le cadre de l'objectif de «Santé pour tous» à l'horizon 2030. Par conséquent, le cadre devrait soutenir l'accélération des progrès vers la réalisation des objectifs de santé de la population de Santé 2020 et des objectifs de santé à plus long terme pour les États membres de la région de la SADC. Le cadre devrait contribuer à la mise en place d'un personnel de santé durable, transformé et efficace dans le cadre de systèmes de santé renforcés et soutenir les objectifs de la stratégie mondiale.



Enfin, le Cadre devrait apporter un soutien vital aux États membres de la SADC en identifiant les options politiques et les orientations en matière d'investissement. C'est dans ce contexte que l'OIT, l'OCDE et l'OMS devraient fournir un soutien technique pour permettre l'élaboration d'objectifs stratégiques et d'options politiques plus larges pour la région de la SADC. Les États membres de la SADC élaboreront, examineront et hiérarchiseront ensuite, en fonction de leur contexte, les actions à mener à partir des objectifs stratégiques et des options politiques plus larges qui sont définis dans le plan stratégique régional relatif au personnel de santé.

1.4 Approche de l'élaboration du plan stratégique en matière de personnel de santé

Le processus consultatif et la méthodologie ont été appliqués pour faire participer les États membres et les partenaires sociaux. Une approche mixte a été utilisée pour garantir l'obtention de données qualitatives et quantitatives solides afin d'éclairer une stratégie sous-régionale globale. Les États membres ont été invités à procéder à une auto-évaluation rapide de leur niveau de préparation en utilisant des domaines thématiques adoptés à partir d'un outil d'indexation de l'effort des RHSS (Fort, et al., 2017). L'outil couvre 50 éléments répartis sur sept dimensions reconnues des RHSS : (1) Leadership et plaidoyer, (2) Politique et gouvernance, (3) Finances, (4) Éducation et formation, (5) Recrutement, distribution et rétention, (6) Gestion des ressources humaines, et (7) Suivi, évaluation et systèmes d'information. En outre, des données quantitatives sur la production, les densités, les effectifs, les établissements/normes et les dépenses du personnel de santé ont été soumises à la SADC par neuf (9) États membres et ont guidé les consultations techniques tenues du 26 au 29 août 2019 à Johannesburg (Afrique du Sud) et complétées par des données supplémentaires tirées de la plate-forme des comptes nationaux du personnel de santé (NHWA) de l'OMS.

Au cours de la réunion consultative technique, les États membres ont présenté les résultats des différentes auto-évaluations des RHSS et ont ensuite reçu un soutien supplémentaire pour compléter le Modèle de développement et d'analyse des services de santé (HesDA) (Asamani et al. 2018) à l'aide des données de leur pays. Chaque État membre présent a présenté ses prévisions en matière de personnel de santé, l'offre prévue, les lacunes du marché du travail, y compris l'analyse de faisabilité économique, et des discussions approfondies ont eu lieu sur la priorité politique de leur propre pays ainsi que sur les implications pour la sous-région de la SADC au sens large. Les résultats de cette consultation technique, qui a été facilitée par l'OMS et l'OIT, ont été présentés pour examen lors d'un atelier technique tripartite pour la région de la SADC organisé à Johannesburg du 10 au 12 septembre 2019.

Les recommandations de l'atelier technique tripartite de l'OIT pour la région de la SADC ont été incorporées et un projet de cadre stratégique de la SADC en matière de ressources humaines a été élaboré, avec l'aide d'une équipe de consultants, l'appui technique d'experts de l'OMS et de l'OIT et sous la coordination du Secrétariat de la SADC. Le projet de Cadre stratégique en matière de RHSS a été examiné par des experts techniques de la SADC et a été pris en compte par les Ministres de la santé de la SADC, lors de leur réunion tenue le 7 novembre 2019 à Dar Es Salaam (Tanzanie). Les réactions des Ministres de la SADC ont permis d'analyser et d'affiner le cadre dans le présent Plan stratégique 2020-2030 en matière de HRS, qui a été approuvé par les États membres le 15 novembre 2020 lors de la rencontre des Ministres de la SADC chargés de la santé et du VIH/SIDA tenue à Maputo (Mozambique) et ensuite entériné par les Ministres du travail et de l'emploi de la SADC.



CHAPITRE 02



ANALYSE DE LA SITUATION

2.1 Population et contexte socio-économique

2.1.1 Population

La population totale des États membres de la SADC est estimée à 345,2 millions d'habitants en 2018, avec un taux de croissance annuel moyen de 2,5 %. La République démocratique du Congo (RDC) est le pays le plus peuplé de la SADC avec environ 27 %, suivie de l'Afrique du Sud et de la Tanzanie, avec respectivement 16,7 % et 15,7 %. Sept États membres (à savoir les Seychelles, la Namibie, Maurice, le Lesotho, Eswatini, les Comores et le Botswana) constituent ensemble un peu moins de 3 % de la population de la SADC (voir figure 1). Ainsi, le principe de partage et d'interdépendance tel qu'il est adopté dans les différents protocoles de la SADC est essentiel pour bénéficier des dividendes économiques de la population (SADC, 2018).

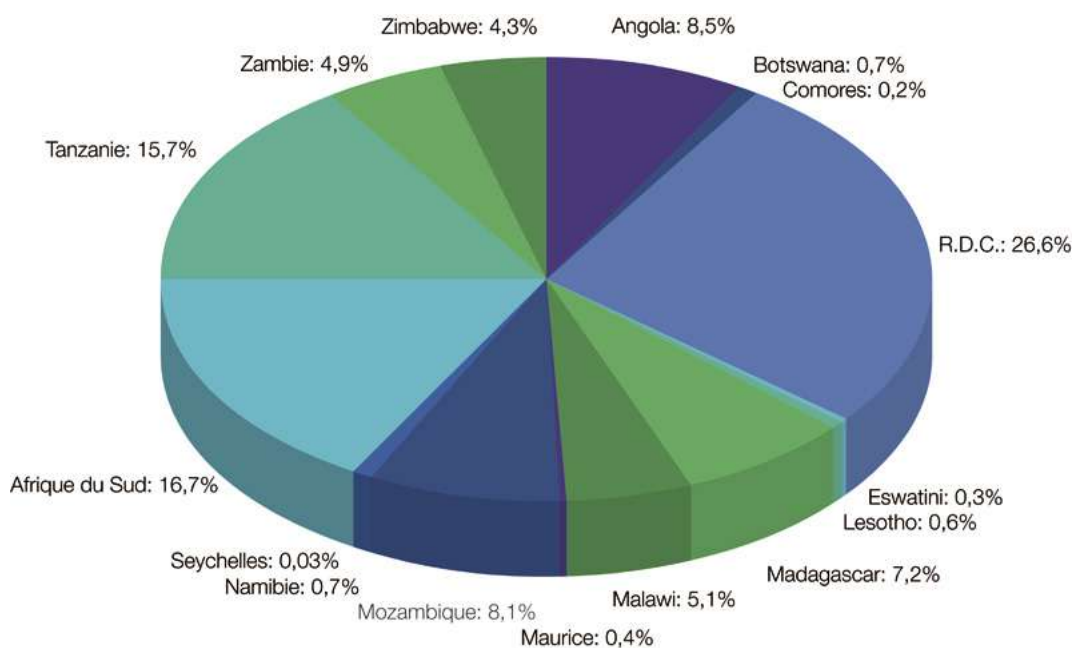


Figure 1 : Population de la SADC en milieu d'année, 2018

Source : Indicateurs économiques et sociaux sélectionnés par la SADC, 2018

2.2 Contexte socio-économique

Le produit intérieur brut (PIB) de la sous-région de la SADC s'élève à 721,3 milliards de dollars américains en 2018, soit une croissance de près de 42 % par rapport aux 508,7 milliards de dollars américains de 2008. Le PIB de la sous-région croît à un rythme décroissant, avec une moyenne de 1,8 % en 2018, ce qui représente une baisse moyenne de 6,4 % du taux de croissance économique annuel depuis 2008 (voir le tableau 1 pour le PIB des États membres de la SADC et le graphique 2 pour la tendance du taux de croissance du PIB global). Comme le montre la figure 2, les effets du ralentissement économique mondial ont eu un impact négatif sur la croissance économique dans la Sous-région. Toutefois, le ralentissement économique prévu résultant de la pandémie de COVID-19 pourrait freiner davantage la croissance économique.



Tableau 1 : Produit intérieur brut de la SADC aux prix courants du marché, (en millions de \$US), 2008–2018

États membres de la SADC	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Angola	88 539	70 415	83 799	111 943	128 138	136 725	145 668	116 164	101 124	122 121	107 970
Botswana	10 945	10 267	12 787	15 438	14 420	14 902	16 251	14 421	15 662	17 486	18 596
Comores	524	531	906	1 022	1 016	1 116	1 148	988	1 021	1 082	1 241
RD Congo	19 144	16 004	21 567	25 841	29 308	32 686	35 909	37 918	37 135	37 981	47 228
Eswatini	3 279	3 612	4 436	4 821	4 830	4 587	4 440	4 023	3 815	4 440	4 362
Lesotho	1 867	1 886	2 384	2 787	2 727	2 553	2 616	2 463	2 305	2 592	2 519
Madagascar	9 413	8 544	9 983	11 552	11 579	12 424	12 523	10 371	11 805	13 177	13 904
Malawi	5 322	6 185	6 960	8 003	5 721	5 290	5 918	6 431	5 310	6 348	7 197
Maurice	9 984	9 135	10 002	11 517	11 669	12 122	12 804	11 671	12 127	13 146	14 129
Mozambique	11 557	11 242	10 456	13 135	15 343	16 123	17 327	15 457	10 902	12 647	14 428
Namibie	8 346	8 954	10 911	12 602	13 032	12 659	12 848	11 725	11 293	13 579	14 446
Seychelles	969	849	970	1 019	1 060	1 328	1 343	1 377	1 428	1 503	1 589
Afrique du Sud	287 100	297 217	375 298	416 878	396 811	366 837	351 047	317 638	296 333	349 630	368 398
Tanzanie	27 389	28 574	31 704	34 452	39 643	45 668	49 969	47 522	49 763	53 281	57 347
Zambie	17 909	15 329	20 266	23 461	25 528	28 076	27 163	21 274	21 031	25 590	25 177
Zimbabwe	6 451	8 157	12 042	14 102	17 115	19 091	19 495	19 963	20 549	22 041	22 790
Région SADC	508 737	496 902	614 470	708 572	717 940	712 186	716 470	639 406	601 602	696 643	721 321

Source : Indicateurs économiques et sociaux sélectionnés de la SADC, 2018

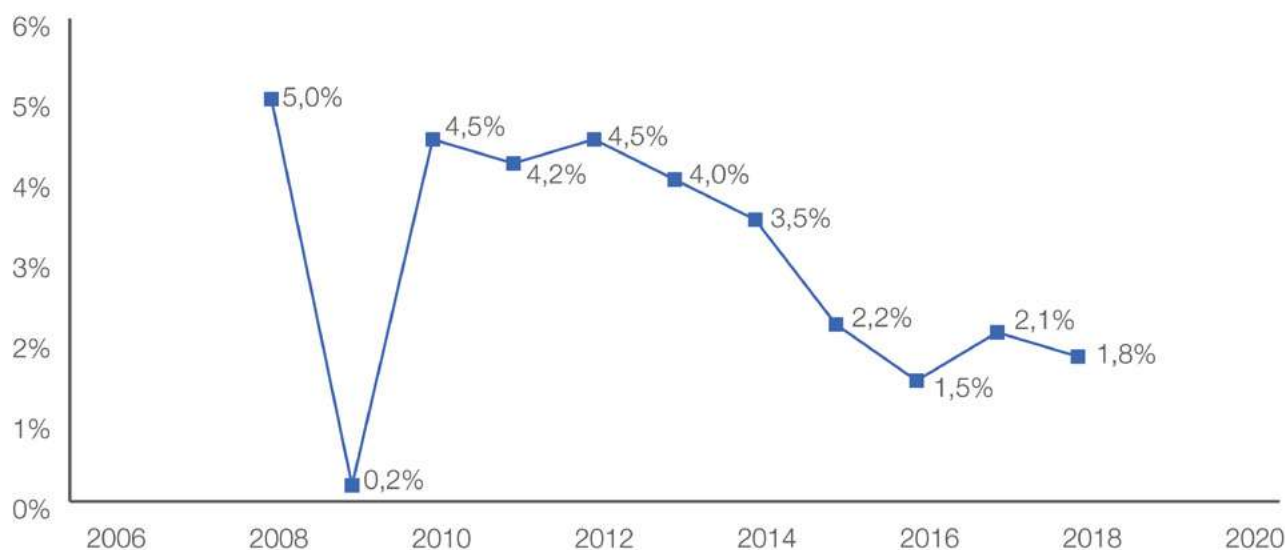


Figure 2 : Taux de croissance du PIB de la région de la SADC

Source : Indicateurs économiques et sociaux sélectionnés de la SADC, 2018

Le chômage des jeunes dans la Sous-région varie considérablement, avec des chiffres inférieurs à 10 % enregistrés pour des pays comme la RDC, Madagascar, le Malawi et la Tanzanie, contrairement à des pays atteignant 57 % comme l'Afrique du Sud (57,4 %), Eswatini (54,8 %), le Mozambique (42,7 %) et la Namibie (45,5 %) (SADC, 2018).



Tableau 2 : Chômage, jeunes (% des 15-24 ans) (%) dans la SADC, 2008–2017

États membres de la SADC	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Angola	33,7	28,1	22,8	16,9	17,0	17,0	17,0	16,9	18,0	19,1
Botswana	32,5	32,6	35,3	35,3	35,4	35,6	35,4	35,3	35,7	35,7
Comores	9,9	9,9	9,9	9,9	9,9	9,9	9,9	9,9	9,9	10,0
RD Congo	7,3	7,3	7,3	7,3	7,3	7,3	7,3	7,3	7,3	7,3
Eswatini	53,0	53,1	53,1	53,1	53,3	53,4	53,5	53,5	54,1	54,8
Lesotho	47,7	46,2	36,3	38,9	32,9	34,5	34,9	38,0	39,0	38,5
Madagascar	5,5	5,9	6,4	3,8	1,0	1,5	2,0	3,0	3,0	3,0
Malawi	9,6	9,2	8,9	8,6	8,2	7,8	7,9	7,8	7,9	8,0
Maurice	18,9	21,8	23,2	22,1	24,4	23,4	24,6	26,0	23,6	23,3
Mozambique	38,5	38,5	38,5	38,5	38,6	39,8	43,2	43,2	43,0	42,7
Namibie	46,1	46,6	45,3	42,6	34,3	40,8	38,7	40,1	45,2	45,5
Seychelles	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Afrique du Sud	45,6	48,4	51,2	50,3	51,7	51,4	51,3	50,1	53,4	57,4
Tanzanie	6,9	4,9	5,9	7,1	6,5	5,8	3,7	3,7	3,8	3,9
Zambie	15,5	20,9	26,8	20,1	15,3	15,3	15,3	15,2	15,3	15,4
Zimbabwe	7,9	8,2	8,4	8,5	11,5	11,5	11,4	11,4	11,4	11,4

Source : Indicateurs économiques et sociaux sélectionnés de la SADC, 2018

2.3 Aspects économiques de la pandémie de COVID-19 dans la région de la SADC

Début 2020, la région de la SADC a signalé son premier cas d'infection par le COVID-19. Depuis, la maladie s'est rapidement propagée dans de nombreux pays de la Région, ce qui a eu de graves répercussions sur leurs économies et leurs systèmes de santé. L'impact du COVID-19 est en train de modifier le paysage économique dans le monde entier, notamment dans la région de la SADC. L'économie régionale de la SADC, qui devait se redresser en 2020 selon les prévisions des PEM d'octobre 2019, a connu une importante révision à la baisse en raison de l'impact négatif du COVID-19. En conséquence, la croissance économique régionale de la SADC en 2020, initialement prévue à 3,3 % en octobre 2019, a été révisée à la baisse pour atteindre une contraction d'environ 3 %. Les perturbations de l'activité économique et les dépenses élevées des gouvernements, associées aux mesures économiques prises en réponse à la pandémie, devraient compromettre la croissance économique des États membres de la SADC. En conséquence, le défi devrait s'étendre à 5,7 % du PIB en 2020 contre une estimation précédente de 3,0 % du PIB. En outre, les niveaux d'endettement devraient dépasser le seuil régional de 60 % du PIB pour atteindre 69,8 % du PIB en 2020.²

Les secteurs économiques qui ont été sévèrement touchés par le COVID-19 comprennent le tourisme et les loisirs, l'aviation et le transport maritime, l'automobile, la construction et l'immobilier, la fabrication, l'éducation et l'industrie pétrolière. Au départ, on craignait que la pandémie de COVID-19 ne perturbe également le secteur mondial de la transformation et de la vente au détail des aliments. Cependant, ces secteurs ont préservé leur stabilité. Le secteur de la transformation et de la vente au détail des produits alimentaires a largement bénéficié de l'annonce faite par l'OMS et le Programme alimentaire mondial selon laquelle il est très peu probable que des personnes puissent contracter le COVID-19 à partir d'aliments ou d'emballages alimentaires.

² https://www.sadc.int/files/6915/8758/8533/BULLETIN_2-SADC_Response_to_COVID19_ENGLISH.pdf



Les États membres de la SADC ont mis en place plusieurs politiques et mesures socio-économiques pour minimiser l'impact du COVID-19 sur l'économie. Ces politiques et mesures comprennent la suspension des activités économiques non essentielles, l'augmentation des dépenses dans le secteur de la santé et dans les filets de sécurité sociale, des mesures fiscales accommodantes, des plans de relance économique, des politiques monétaires accommodantes et la création de fonds d'urgence/solidarité. Ces politiques et mesures ont des implications de grande portée pour les États membres, y compris la disponibilité à investir dans le personnel de santé après la pandémie (SADC, 2020).

2.4 Aperçu général de l'état de santé et des systèmes de santé

Au cours de la dernière décennie, de nombreux pays africains ont fait des progrès considérables vers la réalisation des indicateurs clés de santé. À titre d'exemple, 43 pays d'Afrique ont observé des baisses beaucoup plus importantes de la mortalité infantile au cours de la période 2000-2013 qu'au cours de la période 1990-2000. De plus, le continent a enregistré une baisse massive du taux de mortalité des enfants âgés de moins de cinq ans d'environ 56 % entre 1990 et 2012 ; la mortalité infantile a diminué de 40 % (UNICEF, 2018).

Dans le contexte de la région de la SADC, l'espérance de vie moyenne au cours de la dernière décennie de 2008 à 2018 s'est améliorée d'environ 8 ans, passant de 52,4 ans en 2008 à 61 ans en 2018. Cela représente une amélioration moyenne de 16 % dans les États membres de la SADC. Toutefois, de grandes variations ont également été observées dans les améliorations cumulées de l'espérance de vie. Les gains les plus importants ont été enregistrés au Zimbabwe (30 %), au Botswana (29), en République démocratique du Congo (26 %), en Angola (24 %) et au Malawi (23 %). En revanche, d'autres États membres tels que la Namibie, le Lesotho et Madagascar ont enregistré une amélioration de l'espérance de vie de moins d'un point de pourcentage au cours de la dernière décennie (voir tableau 3).

Tableau 3 : Espérance de vie dans la région de la SADC

États membres de la SADC	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	% du changement depuis 2008
Angola	49,9	48,2	48,4	48,6	48,7	48,9	60,3	61,2	61,5	61,7	62,0	24 %
Botswana	52,8	53,2	53,3	68,0	68,0	68,0	68,0	68,0	69,0	67,0	68,0	29 %
Comores	66,2	66,5	66,8	67,1	67,4	67,6	67,9	68,1	68,3	68,5	68,7	4 %
RD Congo	47,6	47,8	48,1	48,4	48,7	56,0	56,0	59,1	59,1	59,1	60,0	26 %
Eswatini	45,2	45,1	45,1	45,2	45,3	45,5	45,6	45,7	45,8	61,2	58,0	28 %
Lesotho	46,1	46,9	47,6	42,5	43,1	43,6	44,0	45,0	45,5	45,7	46,3	0 %
Madagascar	65,9	66,2	66,5	66,7	66,9	64,7	65,2	65,5	65,7	65,8	66,0	0 %
Malawi	47,6	51,7	52,5	53,4	54,3	55,1	56,0	56,8	57,6	58,4	58,6	23 %
Maurice	73,2	73,3	73,7	73,9	74,1	74,2	74,4	74,4	74,6	74,5	75,0	2 %
Mozambique	51,3	51,7	52,1	52,4	52,8	53,1	53,5	53,8	54,1	53,7	55,0	7 %
Namibie	61,1	61,7	62,2	56,9	56,9	56,9	56,9	57,5	59,0	60,0	60,2	-1 %
Seychelles	72,9	72,9	73,2	72,6	74,2	73,1	73,2	74,2	74,0	74,0	74,0	2 %
Afrique du Sud	56,0	57,4	58,9	59,9	61,2	61,8	62,5	62,8	63,2	63,9	64,2	15 %
Tanzanie	54,0	54,0	55,0	55,0	61,8	61,8	61,8	61,8	61,8	61,8	61,8	14 %
Zambie	51,3	51,2	51,2	52,7	52,8	53,0	53,2	53,3	53,7	54,9	54,6	6 %
Zimbabwe	47,2	48,6	50,0	51,4	60,7	60,7	60,7	60,7	60,7	59,7	61,4	30 %
Total SADC	52,4	52,9	53,5	54,0	55,9	57,8	59,0	60,0	60,2	60,4	61,0	16 %

Source : Indicateurs économiques et sociaux sélectionnés de la SADC, 2018



D'autres indicateurs de santé de la population, tels que la mortalité maternelle, ont également enregistré quelques améliorations, passant d'une moyenne de 443 pour 100.000 naissances vivantes en 2008 à 367 pour 100.000 naissances vivantes en 2017. Cela représente une réduction de 14 % de la mortalité maternelle au cours de la dernière décennie (voir tableau 4). Toutefois, dans certains États membres (par exemple, le Malawi et le Zimbabwe), aucune amélioration ou des améliorations marginales ont été enregistrées par rapport au Botswana (24 %) et à la Tanzanie (23 %) où les progrès les plus importants ont été réalisés dans la région de la SADC. Les indicateurs de santé connexes tels que le taux d'accouchement par du personnel qualifié, la mortalité infantile et le taux brut de mortalité pour 1.000 personnes ont tous enregistré des améliorations globales au cours de la dernière décennie, mais des disparités importantes sont inhérentes aux États membres à cause des différents degrés de couverture des services.

Tableau 4 : Taux de mortalité maternelle (décès pour 100.000 naissances vivantes) dans la SADC, 2010–2015

États membres de la SADC	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Pourcentage de réduction entre 2010 et 2015
Angola	561,0	546,0	526,0	509,0	493,0	477,0	15 %
Botswana	169,0	159,0	153,0	139,0	134,0	129,0	24 %
Comores	388,0	376,0	365,0	354,0	344,0	335,0	14 %
RD Congo	794,0	777,0	771,0	746,0	717,0	693,0	13 %
Eswatini	436,0	418,0	400,0	413,0	400,0	389,0	11 %
Lesotho	587,0	555,0	549,0	532,0	513,0	487,0	17 %
Madagascar	436,0	420,0	402,0	384,0	369,0	353,0	19 %
Malawi	629,0	618,0	624,0	636,0	638,0	634,0	-1 %
Maurice	59,0	51,0	54,0	54,0	54,0	53,0	10 %
Mozambique	619,0	596,0	563,0	528,0	506,0	489,0	21 %
Namibie	319,0	315,0	299,0	283,0	273,0	265,0	17 %
Seychelles	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Afrique du Sud	154,0	154,0	152,0	145,0	140,0	138,0	10 %
Tanzanie	514,0	483,0	464,0	438,0	418,0	398,0	23 %
Zambie	262,0	251,0	243,0	237,0	231,0	224,0	15 %
Zimbabwe	446,0	409,0	379,0	369,0	401,0	443,0	1 %
Région SADC	424,9	408,5	396,3	384,5	375,4	367,1	14 %

Source : Adapté de certains indicateurs économiques et sociaux de la SADC, 2018



La couverture maladie universelle (ODD 3 cible 3.8), généralement définie comme l'ensemble des personnes recevant les services de santé dont elles ont besoin, allant de la promotion de la santé à la prévention, en passant par les soins curatifs, de réadaptation et palliatifs, qui sont efficaces et de bonne qualité, fournis à la population sans imposer le risque de dépenses financières catastrophiques aux personnes sur place (OMS, 2015). Au niveau mondial, la CMU est suivie à l'aide d'un indice défini basé sur des indicateurs de suivi dans quatre dimensions : santé génésique, maternelle, néonatale et infantile ; maladies infectieuses ; maladies non transmissibles ; et capacité et accès aux services (OMS et Banque mondiale, 2015, 2019).

Dans le rapport de suivi de 2019, l'indice CMU pour les États membres de la SADC allait de 28 % à Madagascar à 71 % aux Seychelles, la moyenne étant de 48 %. Ainsi, en moyenne, seuls 48% de la population de la région de la SADC peuvent obtenir de manière fiable les services dont ils ont besoin, qui sont de bonne qualité et sans basculer dans la pauvreté. Environ 33% des États membres de la SADC sont en dessous de la moyenne régionale alors que 67% des États membres sont au-dessus de la moyenne régionale. Il est donc évident que les États membres doivent encore réaliser certains gains pour atteindre l'objectif de la CMU à l'horizon 2030.

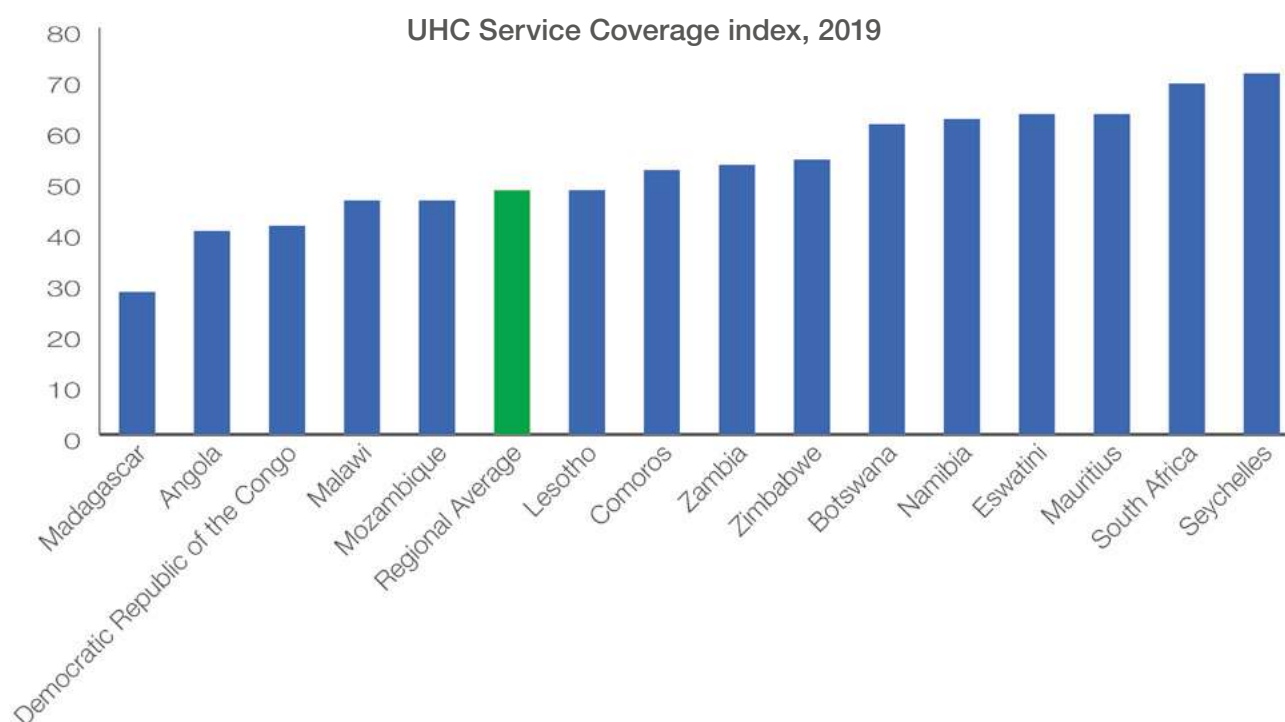


Figure 3 : Indice de couverture des services CHU de la SADC

Source : Rapport de suivi de la CMU de l'OMS/Banque mondiale 2019

2.5 Situation du personnel de santé dans les États membres de la SADC

La région Afrique de l'OMS, qui compte 47 pays dont tous les États membres de la SADC, a enregistré une augmentation de 13 % du nombre d'infirmières, de médecins et de sages-femmes entre 2005 et 2015. Toutefois, la Région continue de faire face à une grave pénurie de personnel de santé puisque seuls 11 (23 %) des pays comptaient au moins 2,3 médecins, infirmières et sages-femmes pour 1.000 habitants à la fin de 2015.



Au niveau mondial, la Région supporte environ 25 % de la charge de morbidité, mais avec moins de 5 % du personnel de santé mondial (Organisation mondiale de la santé, 2016a). On estime que cette pénurie actuelle de personnel de santé risque de ne pas être comblée de manière significative si des efforts très concertés ne sont pas déployés pour remédier au sous-investissement dans la main-d'œuvre. La pénurie de personnel de santé en Afrique devrait se chiffrer à environ 6,1 millions de personnes à l'horizon 2030 dont 1,1 million de médecins, 2,8 millions d'infirmières et de sages-femmes et 2,2 millions d'autres cadres (Cometto et al, 2017). Alors que l'on prévoit la production de quelque 3,1 millions de travailleurs de la santé, la capacité d'absorption (demande économique) pourrait limiter l'emploi à seulement 2,4 millions, laissant environ 700.000 travailleurs de la santé formés et «nécessaires», mais sans emploi/sous-emploi à l'horizon 2030, car les gouvernements n'auront peut-être pas les fonds nécessaires pour les absorber et les déployer. Cela soulève la question du «surplus paradoxal», qui se produit lorsque les travailleurs de la santé sont formés et nécessaires, mais que les gouvernements n'ont pas la capacité fiscale de les absorber dans les structures de prestation de services (Asamani, et al., 2019). Les sections suivantes examinent ce phénomène et ses facteurs contributifs dans le contexte de la région de la SADC et présentent la base factuelle d'un ensemble de propositions de stratégies et d'interventions politiques pour relever ces défis.

2.5.1 Stock de personnel de santé dans la région de la SADC

Sur la base des données de l'enquête 2018 de l'OMS/AFRO, on estime que la région de la SADC compte environ 689.342 médecins, infirmières, sages-femmes et associés. La densité de médecins, dentistes, sages-femmes et infirmières varie fortement d'un État membre à l'autre, allant de 0,9 à 120 pour 10.000 habitants (voir tableau 5). La densité moyenne de médecins, dentistes, sages-femmes et infirmières pour 10.000 habitants est d'environ 19,3 alors que le seuil global de 45 pour 10.000 habitants est jugé nécessaire pour progresser durablement vers la couverture maladie universelle (CMU) à l'horizon 2030.

Une incertitude considérable est inhérente aux estimations susmentionnées étant donné que la qualité de la couverture n'est pas satisfaisante. Néanmoins, les données sont similaires à celles figurant dans divers rapports régionaux et mondiaux et ont été fournies dans certains cas par les États membres. Les données, malgré leurs problèmes de qualité et l'approximation des estimations qui en résulte, sont révélatrices de plusieurs problèmes, par exemple l'inégalité des capacités de production, les conditions d'emploi non harmonisées, notamment la rémunération, la mauvaise gestion de la migration du personnel de santé et le financement non optimal des systèmes de santé dans les États membres.



Tableau 5 : Stock et densité de certains personnels de santé dans les États membres de la SADC – 2018 – a

État membre	Nombre de dentistes et associés	Nombre de médecins	Nombre total de médecins, dentistes et associés	Nombre d'infirmiers et d'associés	Nombre de sages-femmes et associés	Nombre total d'infirmiers, de sages-femmes et d'associés	Nombre de pharmaciens, techniciens et associés	Année	Total général. Nombre d'infirmiers, de sages-femmes, de pharmaciens, de dentistes et de médecins	Population	Densité pour 10.000 habitants	Source des données
Angola	856	6593	7.449	46.082	1.438	47.520	2.302	2018	57.271	32 866 000,00	17,4	OMS/AFRO
Botswana	94	853	947	6.935	s.o.	6.935	487	2018	8.369	2 352 000,00	35,6	OMS/AFRO
Comores	32	220	252	747	487	1.234	55	2018	1.541	16 426 000,00	0,9	OMS/AFRO
RD Congo	404	31.546	31.950	103.785	3.642	107.427	1.687	2018	141.064	89 561 000,00	15,8	OMS/AFRO
Eswatini	74	278	352	2.204	14	2.218	281	2018	2.851	1 160 000,00	24,6	OMS/AFRO
Lesotho	159	998	1.157	8.245	496	8.741	398	2018	10.296	2 142 000,00	48,1	OMS/AFRO
Madagascar	556	5.230	5.786	4.560	3.164	7.724	329	2018	13.839	27 691 000,00	5,0	OMS/AFRO
Malawi	112	2.760	2.872	6.025	s.o.	6.025	387	2018	9.284	19 130 000,00	4,9	OMS/AFRO
Maurice	466	2.395	2.861	4.419	567	4.986	748	2018	8.595	1 270 000,00	67,7	OMS/AFRO
Mozambique	545	2.180	2.725	7.961	5.820	13.781	2.310	2018	18.816	31 255 000,00	6,0	OMS/AFRO
Namibie	289	1.445	1.734	12.956	s.o.	12.956	907	2018	15.597	2 541 000,00	61,2	OMS/AFRO
Seychelles	152	240	392	645	4	649	135	2018	1.176	98 000,00	120,0	OMS/AFRO
Afrique du Sud	6816	43.503	50.319	287.458	s.o.	287.458	16.195	2018	353.972	59 309 000,00	59,7	OMS/AFRO
Tanzanie	682	2.885	3.567	31.940	s.o.	31.940	1.845	2018	37.352	59 734 000,00	6,3	OMS/AFRO
Zambie	455	2.026	2.481	14.516	3.432	17.948	1.708	2018	22.137	18 384 000,00	12,0	OMS/AFRO
Zimbabwe	347	1.959	2.306	25.835	854	26.689	776	2018	29.771	14 863 000,00	20,0	OMS/AFRO
Région SADC	12039	105111	117.150	564.313	19.918	584.231	30.550	2018	731.931	378 782 000	19,3	



Tableau 6 : Stock et densité de personnels de santé choisis dans les États membres de la SADC – 2018 – b

État membre	Travailleurs de l'environnement et de la santé au travail et de l'hygiène	Travailleurs de la santé communautaire	Assistants médicaux - cliniciens	Praticiens paramédicaux	Diététiciens et nutritionnistes	Auxiliaires de santé et autres travailleurs de soins personnels	Gestionnaires de services de santé	Techniciens en prothèse médicale et dentaire	Techniciens de laboratoire médical et de pathologie	Opérateurs d'imagerie médicale et d'équipements thérapeutiques	Année	Source des données
Angola	657	1 680	134	56	s.o.	s.o.	328	75	98	789	2018	OMS/AFRO
Botswana	99	s.o.	s.o.	58	s.o.	1 622	s.o.	s.o.	460	78	2018	OMS/AFRO
Comores	389	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	8	498	2018	OMS/AFRO
RD Congo	167	s.o.	s.o.	s.o.	535	s.o.	2 651	s.o.	2 934	338	2018	OMS/AFRO
Eswatini	187	6 324	28	29	s.o.	927	195	s.o.	370	47	2018	OMS/AFRO
Lesotho	144	14 508	71	4	29	849	110	10	205	41	2018	OMS/AFRO
Madagascar	15	35 000	s.o.	s.o.	414	311	411	52	306	214	2018	OMS/AFRO
Malawi	35	10 016	2 804	98	25	178	178	s.o.	542	44	2018	OMS/AFRO
Maurice	48	180	9	24	s.o.	1 153	315	12	291	213	2018	OMS/AFRO
Mozambique	s.o.	2 205	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	2 466	29	1 951	206	2018	OMS/AFRO
Namibie	218	2 292	21	1 053	33	s.o.	313	470	510	303	2018	OMS/AFRO
Seychelles	69	s.o.	s.o.	36	5	258	0	11	54	3	2018	OMS/AFRO
Afrique du Sud	3 585	54 180	577	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	8 072	2018	OMS/AFRO
Tanzanie	578	s.o.	9 250	1 963	148	25 803	633	73	4 361	681	2018	OMS/AFRO
Zambie	2 016	1 262	2 617	s.o.	404	s.o.	s.o.	s.o.	1 602	602	2018	OMS/AFRO
Zimbabwe	1 644	2 143	76	1 094	s.o.	2 115	327	10	648	412	2018	OMS/AFRO
Région SADC												



Tableau 7 : Stock et densité de personnels de santé choisis dans les États membres de la SADC – 2018 – c

État membre	Optométristes et opticiens	Physiothérapeutes et assistants en physiothérapie	Autres personnels de gestion et de soutien de la santé	Autres prestataires de services de santé	Autres professionnels et techniciens des sciences	Travailleurs sociaux	Praticiens de la médecine traditionnelle et complémentaire	Année	Source des données
Angola	56	1 156	28 324	s.o.	468	s.o.	16 380	2018	OMS/AFRO
Botswana	1	38	s.o.	20	s.o.	s.o.	s.o.	2018	OMS/AFRO
Comores	s.o.	s.o.	44	115	161	s.o.	s.o.	2018	OMS/AFRO
RD Congo	s.o.	395	74 310	1 608	s.o.	s.o.	s.o.	2018	OMS/AFRO
Eswatini	12	29	1 215	85	84	s.o.	7	2018	OMS/AFRO
Lesotho	8	22	2 130	58	416	s.o.	6 097	2018	OMS/AFRO
Madagascar	56	99	6 355	s.o.	s.o.	s.o.	602	2018	OMS/AFRO
Malawi	13	52	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	2018	OMS/AFRO
Maurice	s.o.	64	3 295	s.o.	274	s.o.	5	2018	OMS/AFRO
Mozambique	147	377	26 735	s.o.	5 726	s.o.	s.o.	2018	OMS/AFRO
Namibie	147	233	2 157	s.o.	1 739	509	8	2018	OMS/AFRO
Seychelles	25	33	s.o.	31	4	s.o.	s.o.	2018	OMS/AFRO
Afrique du Sud	s.o.	11 975	s.o.	15 266	8 415	s.o.	s.o.	2018	OMS/AFRO
Tanzanie	213	103	s.o.	3 630	3 028	s.o.	15 200	2018	OMS/AFRO
Zambie	61	606	17 801	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	2018	OMS/AFRO
Zimbabwe	s.o.	459	9 502	1 122	368	s.o.	5	2018	OMS/AFRO
Région SADC									



2.5.2 Besoins en personnel de santé et lacunes de l'offre

En utilisant la tendance de la densité de médecins, d'infirmières et de sages-femmes (qui est basée sur la disponibilité des données), une extension linéaire a été réalisée pour effectuer une estimation approximative de l'offre future de médecins, d'infirmières et de sages-femmes si les niveaux de production actuels se maintiennent. La tendance observée dans la région de la SADC était conforme à la tendance générale d'augmentation de 13% entre 2005 et 2015 dans la région africaine.

Comme le montre le tableau 5a, on estime qu'en 2018, la région de la SADC comptait environ 689.342 médecins, infirmières, sages-femmes et associés, qui pourraient atteindre 728.698 d'ici 2020 et 975.791 à l'horizon 2030 grâce aux programmes d'augmentation de la production de personnel de santé. Toutefois, des variations existent entre les pays en ce qui concerne le niveau de production dans la mesure où certains pays formeront probablement plus que le nombre prévu tandis que d'autres pourraient former moins.

En utilisant l'indice HWF ODD, qui est une densité seuil de 4,45 médecins, infirmières et sages-femmes pour 1.000 habitants établie dans la Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé par l'OMS comme exigence minimale pour la CMU, on estime que la région de la SADC a besoin collectivement d'au moins 1,6 millions de médecins, infirmières et sages-femmes d'ici 2020, chiffre qui devrait passer à au moins 2 millions à l'horizon 2030.

Par rapport à l'offre potentielle, la SADC ne fournira que 51 % de ses besoins d'ici 2020. Elle a le potentiel pour améliorer sa capacité d'approvisionnement à 56% d'ici 2024 et 66% à l'horizon 2030. Bien que la capacité de formation existante puisse potentiellement répondre à près de 66% des besoins (en termes agrégés), étant donné les tendances actuelles en matière d'investissements en RHSS, de réduction des budgets et de maîtrise des coûts dans la Région, ceux qui sont susceptibles d'être employés à partir de l'offre se situent autour de 33% du nombre nécessaire à l'horizon 2030 en utilisant le repère de l'indice ODD.

Tableau 8 : Besoins et lacunes de la SADC en matière d'approvisionnement en médecins, infirmières et sages-femmes

États membres de la SADC	2020			2024			2030		
	Besoin minimum	Estimation de l'offre	% de la main-d'œuvre	Besoin minimum	Estimation de l'offre	% de la main-d'œuvre	Besoin minimum	Estimation de l'offre	% de la main-d'œuvre
Angola	136.599	59.240	✘ 43 %	151.054	70.999	✘ 47 %	172.454	93.153	! 54 %
Botswana	13.213	8.761	! 66 %	14.052	11.086	✔ 79 %	15.321	15.782	✔ 103 %
Comores	4.933	1.587	✘ 32 %	5.395	1.891	✘ 35 %	6.077	2.460	✘ 40 %
RD Congo	429.300	144.380	✘ 34 %	469.312	155.834	✘ 33 %	531.130	174.741	✘ 33 %
Eswatini	6.473	2.714	✘ 42 %	6.690	3.209	✘ 48 %	7.040	4.25	! 59 %
Lesotho	11.510	10.590	✔ 92 %	12.196	12.520	✔ 103 %	13.073	16.096	✔ 123 %
Madagascar	115.840	14.085	✘ 12 %	126.612	16.653	✘ 13 %	142.560	21.410	✘ 15 %
Malawi	82.937	9.552	✘ 12 %	91.334	11.294	✘ 12 %	103.815	14.519	✘ 14 %
Maurice	7.074	8.004	✔ 113 %	7.113	9.411	✔ 132 %	7.181	11.999	✔ 167 %
Mozambique	130.824	17.001	✘ 13 %	143.880	19.289	✘ 13 %	162.926	32.311	✘ 14 %
Namibie	14.038	15.659	✔ 112 %	14.553	18.514	✔ 127 %	15.462	23.801	✔ 154 %
Seychelles	3.142	947	✘ 30 %	3.333	1.074	✘ 32 %	3.588	1.298	✘ 36 %
Afrique du Sud	264.388	343.704	✔ 130 %	280.061	170.681	✔ 132 %	303.403	415.167	✔ 137 %
Tanzanie	250.679	40.308	✘ 16 %	276.771	54.000	✘ 20 %	313.985	983.734	✘ 27 %
Zambie	79.299	21.276	✘ 27 %	87.426	24.190	✘ 28 %	99.765	29.172	✘ 29 %
Zimbabwe	68.575	30.800	✘ 45 %	73.796	35.913	✘ 49 %	81.687	45.021	! 55 %
Total SADC	1.618.825	728.698	! 51 %	1.763.579	816.508	! 56 %	1.979.469	975.791	! 66 %



Ce qui précède présente un nouveau défi dans certains États membres de la SADC où les postes financés sont insuffisants pour absorber le personnel de santé formé même s'il existe des lacunes importantes en matière de personnel normatif ; il s'agit du paradoxe du surplus de travailleurs de la santé dans un pays où la pénurie est grave et fondée sur les besoins. Dans le cadre du processus d'auto-évaluation et de consultation, les États membres ont divulgué que, dans certains cas, les travailleurs de la santé formés sont restés au chômage pendant des périodes allant de un à trois ans avant d'être absorbés. Cela soulève également une préoccupation supplémentaire, à savoir comment maintenir à jour les compétences pratiques des professionnels de la santé lorsqu'ils restent au chômage pendant une période aussi considérable.

Au cours des consultations techniques, la plupart des États membres ont révélé que l'absorption tardive et limitée des travailleurs de la santé nouvellement formés était devenue une question politique urgente dans leur contexte. Cette absorption était principalement attribuée au nombre limité de postes (postes financés) en raison des contraintes budgétaires et des normes/standards parfois restrictifs et dépassés en matière de personnel. Certains pays atténuent ce retard en offrant des stages aux nouveaux diplômés et les emploieront au fur et à mesure des postes vacants et des financements disponibles. Les participants à l'atelier technique tripartite de l'OIT pour la région de la SADC ont souligné l'inadéquation générale entre l'offre et la demande de travailleurs de la santé (OIT, 2019). Pour compenser les pénuries de main-d'œuvre, les administrations ont parfois recours à des heures supplémentaires excessives qui peuvent en même temps constituer une contrainte pour la création d'emplois dans le secteur de la santé. Ce qui précède appelle donc à une analyse solide du marché du travail et des dossiers d'investissement spécifiques à chaque pays pour renforcer la politique et le dialogue social afin de donner la priorité à l'emploi du personnel de santé dans l'ensemble du secteur, notamment les ONG et le secteur privé.

2.5.3 Leadership, gouvernance et politique du personnel de santé

Cette section couvre les domaines du leadership, de la défense des intérêts, de la politique et de la gouvernance. La dimension du leadership et du plaidoyer couvre cinq points, dont la place des ressources humaines pour la santé (RHSS) au sein des ministères de la santé respectifs, le soutien politique aux RHSS, l'influence des dirigeants ou des champions des RHSS, la force d'un observatoire des RHSS, d'un groupe de travail technique ou de parties prenantes et la couverture médiatique des RHSS.

Le renforcement des capacités de leadership et de gouvernance implique l'amélioration du dialogue politique et l'établissement de mécanismes clairs de coordination entre les ministères de tutelle, le secteur privé et les autres parties prenantes (Afriyie et al., 2019). La feuille de route régionale de l'OMS pour le renforcement des ressources humaines pour la santé en Afrique (OMS, 2012) identifie la faiblesse de la gouvernance et du leadership en matière de RHSS comme un domaine d'intervention prioritaire. Il a été démontré qu'un système de santé qui fonctionne bien, avec une infrastructure de soins de santé équitablement répartie et soutenue par une direction et une gouvernance transparentes et responsables, influence la motivation du personnel et l'acceptation des affectations au niveau des districts et des sous-districts (Lehmann et al., 2008). Des compétences de direction appropriées et durables ont été liées à l'augmentation de la productivité et de la fidélisation du personnel (Asamani et al., 2016).



Au cours des consultations techniques, les États membres de la SADC qui ont répondu à l'auto-évaluation ont indiqué une prédominance des RHSS dans leurs ministères de la santé respectifs, où un bureau ou un poste permanent de RHSS au sein du ministère de la santé élabore et suit les politiques et stratégies en matière de RHSS. Toutefois, certains États membres ont fait état de difficultés liées à la grande mobilité des responsables des RHSS au sein de la fonction publique (c'est-à-dire les changements fréquents de direction administrative), ce qui a un impact négatif sur la continuité et les capacités. Il a également été constaté que les États membres utilisent les groupes de travail techniques, les observatoires et les comités de RHSS (quel que soit leur nom) comme mécanisme de coordination des parties prenantes et de dialogue politique. Cependant, si certains pays ont mentionné que ces organes sont dynamiques, qu'ils ont des sous-comités et qu'ils se réunissent régulièrement, d'autres ont indiqué que ces organes peuvent avoir une capacité inadéquate et ne pas être institutionnalisés de manière optimale. En outre, les pays ont mentionné des degrés divers d'engagement avec d'autres secteurs, y compris les organisations non gouvernementales.

Une analyse récente du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a montré qu'en 2014, seuls 14 des 47 pays (environ 30 %) de la région Afrique avaient mis en place des plans complets et chiffrés en matière de RHSS, la majorité d'entre eux disposant de quelques projets dont plusieurs sont restés longtemps tels quels (Afriyie et al., 2019). Conformément à ce constat, un nombre considérable d'États membres de la SADC ont, lors des consultations, divulgué qu'ils n'avaient pas de plans stratégiques actuels, complets et chiffrés en matière de RHSS. Dans la plupart des États membres de la SADC, les plans étaient soit à l'état de projet, soit des processus étaient en cours pour élaborer/réviser le plan de RHSS. Les États membres ont signalé que si leur stratégie en matière de RHSS s'appuie sur l'analyse des données nationales, la mise en œuvre de ces plans est souvent limitée en raison du financement restreint disponible.

2.5.4 Efforts en matière d'éducation et de formation

Au cours de la dernière décennie, la formation des travailleurs de la santé a été intensifiée de 4 à 13 %, correspondant à la moyenne générale de l'Afrique. En effet, tous les États membres ayant participé à la consultation technique ont signalé des efforts qui sont déployés pour développer leurs filières d'approvisionnement par la formation et le déploiement de travailleurs de la santé en vue d'améliorer la densité du personnel de santé. Les deux tiers des États membres ayant répondu favorablement à la consultation ont reconnu l'existence d'une approche globale de l'éducation du personnel de santé par l'intermédiaire de plans de formation existants qui tiennent compte de l'égalité des sexes en termes d'accès à la formation.

S'agissant de la qualité de la formation du personnel de santé, les États membres ont révélé l'existence des programmes de qualité qui s'alignent sur les priorités nationales en matière de santé, mais ils ont également rapporté l'insuffisance des facultés, des infrastructures, des équipements et des sites de pratique qui tend à poser un problème pour traduire les programmes en une compétence acquise pour les étudiants/stagiaires. Dans tous les États membres, divers organismes de régulation procèdent à des contrôles pour assurer le respect des normes d'assurance qualité liées à la formation. Néanmoins, les États membres ont fait part de leurs préoccupations concernant les écarts dans la qualité de la formation et les différentes exigences de reconnaissance/enregistrement professionnel pour des catégories similaires de travailleurs de la santé dans la région de la SADC. Certains organismes de régulation, sous les auspices de la SADC, ont donc lancé des travaux visant à harmoniser leurs cadres réglementaires pour l'agrément des professionnels de la santé.



En raison de l'insuffisance des facultés et de la capacité limitée à former des professionnels de la santé adéquats, en particulier pour les professionnels médicaux hautement qualifiés et spécialisés, certains États membres (notamment les pays à faible population) ont recours à la formation à l'étranger (dont certains étudiants ne reviennent pas au pays à la fin de leurs études) et au recrutement de professionnels de la santé d'autres pays. Aucune information, ou très peu, n'était immédiatement disponible sur les créneaux de formation (capacité théorique) par programme et par pays ainsi que sur les taux d'obtention de diplômes et de certification. Toutefois, un tiers des États membres de la SADC a signalé les faibles taux d'abandon des étudiants situés entre 3 et 6 % dont la raison des abandons la plus citée est le manque de ressources financières.

Afin d'atténuer les cas d'obstacles financiers extrêmes à la formation du personnel de santé, on constate que la plupart des gouvernements des États membres de la SADC allouent des fonds à la formation initiale et continue, y compris au développement professionnel continu (DPC). Les États membres affirment en outre que l'allocation de fonds est basée sur des évaluations des besoins de formation afin d'identifier les lacunes en matière de formation. Toutefois, ces dernières sont principalement axées sur les domaines cliniques tandis que la formation à la gestion et à l'administration semble négligée.

2.5.5 Absorption, distribution et rétention

Les États membres ont fourni des informations sur la manière dont ils analysent les pénuries et la dynamique du marché du travail, l'absorption des diplômés de la formation initiale, l'efficacité (et la transparence) des stratégies de recrutement du personnel de santé, l'efficacité des stratégies de déploiement et de distribution du personnel de santé et l'efficacité des stratégies de rétention du personnel de santé, en fonction de leur contexte national, des enjeux et des défis qui se posent.

Soixante-dix-sept pour cent (77 %) des États membres ont révélé que le recrutement et la répartition du personnel de santé au niveau national sont basés sur la planification des RHSS et liés aux statuts de la fonction publique. Toutefois, la plupart des États membres ont souligné les contraintes financières importantes qui pèsent sur l'emploi/absorption rapide des travailleurs de la santé peu après l'obtention de leur diplôme, une observation qui corrobore l'analyse empirique de la section précédente. Les États membres estiment que leurs processus de recrutement sont transparents bien qu'ils soient liés aux politiques et procédures plus larges de la fonction publique, qui comporte des couches de bureaucratie inhérentes entravant la rapidité du recrutement.

Globalement, l'équité dans la répartition des professionnels de la santé est une question épineuse qui persiste et qui est influencée par les décisions politiques, les salaires/salaires, les conditions de vie sociales et les circonstances individuelles des professionnels de la santé, entre autres. Dans le contexte de l'Afrique, on estimait auparavant que 29 à 53 % de tous les travailleurs de la santé ne sont pas répartis équitablement tandis que plus de 90 % des pharmaciens, 86 % des médecins spécialistes, 63 % des médecins généralistes et 51 % des infirmières/sages-femmes travaillent principalement dans les zones urbaines (OMS/AFRO, 2006). Lors des consultations techniques pour ce plan stratégique, les États membres ont reconnu des niveaux préoccupants d'inégalités dans la répartition du personnel de santé, en particulier dans les zones mal desservies. En outre, 55 % des États membres de la SADC ont affirmé la nécessité de mettre en place des stratégies de déploiement et de distribution fondées sur des données factuelles dans leurs pays respectifs. Seuls quelques pays ont utilisé des outils fondés sur des données avérées, tels que les Indicateurs de la charge de travail des besoins en personnel (WISN), comme ligne directrice pour la redistribution et le déploiement équitables des travailleurs de la santé.



Tous les États membres ont avancé que la rétention et la rotation du personnel dans les zones mal desservies et difficiles d'accès posent un problème et ont ressenti le besoin de revoir leur stratégie bien qu'ils disposent d'une forme ou d'une autre de système d'incitation pour les zones rurales et éloignées. L'accent a également été mis sur la migration de professionnels de la santé plus qualifiés vers d'autres pays et le secteur privé, qui continue d'épuiser le stock de main-d'œuvre existant dans le secteur de santé public.

2.5.6 Gestion des ressources humaines

La dimension de la gestion des ressources humaines comprend : la capacité et la disponibilité de l'encadrement de la gestion des ressources humaines (GRH) ; l'existence et la disponibilité de manuels/directives en matière de ressources humaines ; les pratiques de gestion des performances ; l'évaluation des performances et les résultats ; le développement de la carrière ; la stratégie de sécurité et de santé au travail (SST) du personnel de santé ; la non-discrimination, l'égalité des chances et l'égalité des sexes sur le lieu de travail et la facilitation des performances et de la productivité du personnel de santé.

Tous les États membres ont rapporté l'existence et la disponibilité de fonctions, de processus, de manuels et/ou de lignes directrices en matière de ressources humaines bien qu'ils soient principalement liés aux règles et règlements de la fonction publique. Cependant, la plupart des pays ont exprimé des préoccupations concernant le nombre insuffisant de responsables de la gestion des ressources humaines dans l'ensemble du secteur et l'insuffisance des capacités et de la formation des praticiens et des gestionnaires de la gestion des ressources humaines, en particulier au niveau infranational et à celui des districts. La plupart des pays ont affirmé que les problèmes liés à la gestion des performances et aux niveaux de productivité des travailleurs de la santé étaient considérés comme sous-optimaux et que les mesures, récompenses et sanctions associées étaient appliquées de manière inefficace. En termes de progression professionnelle, certains États membres ont exprimé la nécessité de développer et de renforcer les parcours professionnels pour divers cadres professionnels. En outre, certains pays ont indiqué que la progression professionnelle est basée sur le mérite, les besoins des établissements de santé et les préférences individuelles des travailleurs de la santé.

Tous les États membres ont exposé l'existence d'une stratégie nationale de santé et de sécurité au travail (SST) qui couvre la fonction publique au sens large, sous la responsabilité des Ministères du travail. Toutefois, peu de programmes et de stratégies de SST sont spécifiques au contexte et à l'environnement opérationnel uniques du secteur de la santé. Il s'agit d'un domaine qui requiert une attention particulière au regard des risques émergents en matière de santé et de sécurité au travail posés par le COVID-19 dans le cadre du Règlement sanitaire international (RSI), aux normes internationales du travail, telles que la Convention (n° 155) sur la sécurité et la santé des travailleurs de 1981, et de la Convention (n° 190) sur la violence et le harcèlement de 2019 ainsi qu'aux mesures d'urgence en matière de santé publique qui s'y rapportent.



2.4.7 Genre

Les États membres ont révélé qu'ils visent à garantir des pratiques équitables et justes en ce qui concerne le sexe des travailleurs de la santé. Néanmoins, les disparités entre les sexes au sein du personnel de santé posent un problème pour de nombreux pays. Un thème clé du plan stratégique de la SADC en matière de personnel de santé sera d'aider les États membres à identifier, traiter et éliminer les inégalités entre les sexes, notamment en ce qui concerne la participation, la ségrégation professionnelle en fonction du sexe, le leadership, le travail décent et sûr, y compris les préjugés et la discrimination dans la main-d'œuvre, ainsi que l'environnement de travail et les écarts de rémunération entre les sexes. Une première étape pour y remédier consiste à intégrer l'égalité des sexes, l'équité, les droits, la protection et la participation économique dans l'ensemble de ce plan stratégique. Dans certains cas, lorsqu'il existe des écarts généralisés entre les hommes et les femmes, une analyse explicite de ces derniers peut être nécessaire pour étayer les mesures politiques nécessaires à la réalisation de l'équilibre entre les sexes assorties d'objectifs et d'indicateurs mesurables.

En outre, il convient d'inciter les États membres à collecter et à utiliser des données sur le profil de la main-d'œuvre, ventilées par genre/sexe et autres aspects de l'identité personnelle (par exemple, l'origine ethnique, la langue), dans tous les processus d'élaboration des politiques, de prise de décision et d'établissement de rapports. Les investissements proposés dans le personnel de santé doivent tenir compte de la nécessité de promouvoir une politique tenant compte de la dimension de genre dans tous les domaines et des possibilités d'apporter des changements en faveur de l'égalité des sexes. Cette initiative devrait inclure, mais sans s'y limiter, des domaines clés tels que l'égalité de rémunération et la reconnaissance du travail non rémunéré et sous-rémunéré dans le secteur de la santé et le secteur social ; le travail décent, en ce qui concerne l'environnement de travail, la sécurité et la protection ; l'égalité d'accès et de chances en matière de formation, d'éducation, de recrutement et de promotion ; et l'élimination du harcèlement, de la violence et de la discrimination sexuelle sur le lieu de travail, qui ont tous une importante composante de genre.

2.5.7 Accréditation et réglementation

Tous les États membres ont rapporté l'existence de conseils professionnels qui réglementent l'octroi de licences et la certification. Ces organismes professionnels veillent également à la reconnaissance et à la définition des classifications des travailleurs de la santé et leurs champs d'exercice connexes. La plupart des États membres qui ont répondu à la consultation ont indiqué que les travailleurs de la santé doivent fournir la preuve des crédits de DPC en leur possession pour garantir la certification et le renouvellement de l'autorisation d'exercer. Cette procédure passe par l'intermédiaire des différents organismes professionnels de leur pays. Toutefois, les pays ont affirmé la nécessité de renforcer ce processus ou de mettre en place un programme de coordination spécifique pour garantir l'application cohérente des critères à tous les travailleurs de la santé.

Les États membres ont également exprimé leurs préoccupations concernant le manque d'uniformité et les incohérences des normes de formation des professionnels de la santé et de l'exigence d'une licence professionnelle dans les États membres et entre eux. Il a été noté que la SADC déploie des efforts visant à établir un mécanisme de réglementation harmonisé des professions de santé qui arrive à point nommé et qui, espérons-le, sera étendu pour couvrir toutes les professions de santé. Il s'agit d'une initiative importante de la SADC qui servira de base pour le vivier de recrutement régional.



2.5.8 Suivi, évaluation et systèmes d'information

Certains États membres ont fait état de divers degrés d'efforts visant à améliorer la disponibilité et l'utilisation des données, des informations et des preuves relatives au personnel de santé. Le principal défi dans ce domaine a été la faiblesse des capacités techniques et l'absence de mise en œuvre ou la mauvaise exécution des systèmes d'information sur les ressources humaines (SIRH). Malheureusement, il n'existe pas de données complètes sur le secteur dans son ensemble ; les données sont incomplètes ; l'intégration et l'interopérabilité des ensembles de données sont limitées. De nombreux pays ont signalé que le suivi et l'évaluation relatifs au personnel de santé ne sont pas entièrement institutionnalisés. Conformément aux diverses résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé visant à renforcer les données et les preuves relatives au personnel de santé, la plupart des États membres en étaient à divers stades initiaux de la mise en œuvre des comptes nationaux du personnel de santé (CNRHSS).

2.5.9 L'impact de la pandémie COVID-19 sur les travailleurs de la santé

Les travailleurs de la santé sont confrontés à plusieurs risques professionnels dans leur travail quotidien. Il s'agit, par exemple, des risques associés aux dangers biologiques, chimiques, physiques, ergonomiques et psychosociaux. Ceux-ci augmentent le risque de maladies et de blessures professionnelles pour eux, les patients, la qualité des soins et la résilience globale des systèmes de santé à risque. La pandémie de COVID-19 a exacerbé ces risques et a mis en évidence la nécessité de mesures et de politiques fortes en matière de sécurité et de santé au travail, en plus des mesures de prévention et de contrôle des infections. Début 2020, la région de la SADC a signalé son premier cas de maladie de COVID-19. Depuis, la pandémie s'est rapidement propagée dans de nombreux pays de la Région, affectant gravement leurs économies, leurs systèmes de santé et la société. Au 1er septembre 2020, un total cumulé de 1.056.448 cas de COVID-19 a été signalé dans la Région, dont 860.927 (82 %) se sont rétablis de la maladie. La région de la SADC a le plus grand nombre de cas enregistrés, 66% (701.146) en Afrique. L'Afrique du Sud a enregistré plus de la moitié, soit 59 % (628.259) de tous les cas confirmés signalés dans la Région. En outre, une augmentation des infections est observée parmi les travailleurs de la santé. Depuis le début de l'épidémie, environ 27.736 infections ont été signalées dans 14 pays de la région de la SADC. Dans l'ensemble, l'Afrique du Sud a été la plus touchée, avec 25.841 de ses travailleurs de la santé infectés au 2 septembre 2020.



Bien que l'impact du COVID-19 sur les travailleurs de la santé n'ait pas été entièrement évalué, il est préoccupant pour la région de la SADC. Ce sont les travailleurs de la santé de première ligne qui sont confrontés à un risque considérablement plus élevé d'infection et de décès à cause d'une exposition excessive au COVID-19 (Shaukat et al, 2020). La pandémie a également mis en évidence l'importance vitale de la protection des travailleurs de la santé pour assurer la sécurité des patients ainsi qu'un système de santé et une société qui fonctionnent (OMS, 2020). Cela met ainsi en évidence la nécessité cruciale de veiller à ce qu'ils aient accès à des équipements de protection individuelle, aux derniers protocoles de prévention et de contrôle des infections, à des tests réguliers, et qu'ils soient finalement considérés comme un groupe clé pour l'accès aux thérapies, traitements et vaccins grâce aux initiatives de l'Accélérateur d'accès aux outils de lutte contre le COVID-19 (ACT) et COVAX lorsque les fournitures initiales sont facilement disponibles. Leur risque élevé d'exposition provoque un stress mental considérable, entraînant des niveaux élevés d'anxiété et des troubles de stress post-traumatique, les infirmières étant les plus touchées (Chersich et al, 2020). Parmi les autres conséquences envisagées, on peut citer l'augmentation de la charge de travail, qui peut entraîner un potentiel épuisement professionnel, et la diminution des inscriptions aux programmes de formation en matière de santé, entre autres. La figure 4 montre le nombre de travailleurs de la santé infectés dans la région de la SADC.³

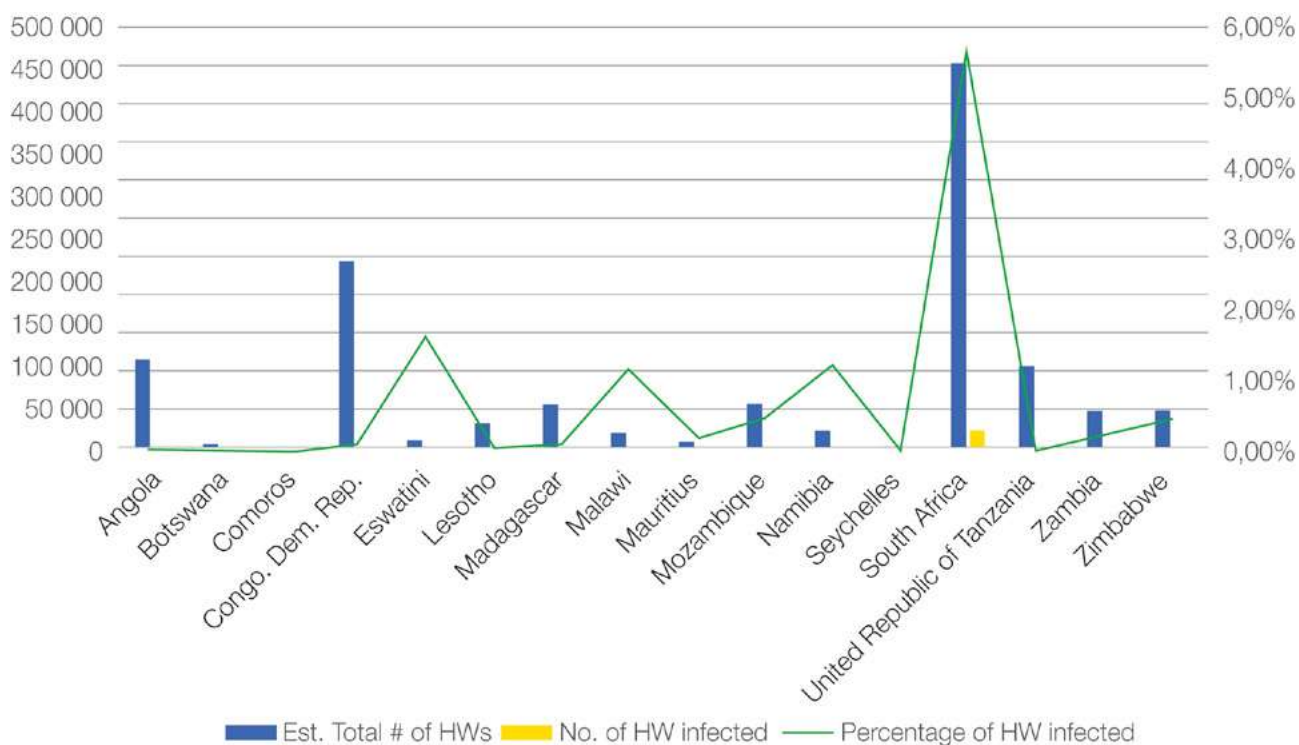


Figure 4 : Infections par COVID-19 des professionnels de la santé dans la région de la SADC

Source : Rapport 27 de l'OMS sur la situation extérieure du COVID-19

³ Source : Rapport 27 de l'OMS sur la situation extérieure du COVID-19.



En septembre 2020, l'OMS a publié la Charte de sécurité des travailleurs de la santé qui décrit des lignes directrices sur la manière de garantir aux travailleurs de la santé des conditions de travail sûres, la formation, la rémunération et le respect qu'ils méritent. La charte appelle les gouvernements et les autres acteurs proposant des services de santé au niveau local à prendre cinq mesures pour mieux protéger les travailleurs de la santé. Il s'agit notamment de mesures visant à protéger les travailleurs de la santé contre la violence, à améliorer leur santé mentale, à les protéger contre les risques physiques et biologiques, à faire progresser les programmes nationaux de sécurité des travailleurs de la santé et à relier les politiques de sécurité des travailleurs de la santé aux politiques existantes de sécurité des patients.⁴ À la lumière des implications émergentes du COVID-19 sur le personnel de santé évoquées ci-dessus, il est recommandé que la SADC priorise une évaluation rapide de l'impact du COVID-19 sur les travailleurs de la santé d'ici la mi-2021 et adopte des interventions supplémentaires pour maîtriser l'impact du COVID-19 sur le personnel de santé dans la Région.

2.6 Cadre pour le vivier de ressources en personnel de santé de la SADC

Justification d'un vivier de ressources de la SADC : Alors que les États membres de la SADC continuent à former un nombre important de professionnels de la santé, le défi de la migration excessive du personnel de santé pose également problème lorsque certains travailleurs de la santé cherchent un emploi dans des systèmes de santé mieux dotés en ressources en dehors de leur pays d'origine. Toutefois, malgré l'importance de la migration des travailleurs de la santé, les estimations restent approximatives, entravées par la mauvaise collecte de données administratives (Azose, 2019). En outre, certains États membres ne disposent pas de capacités nationales suffisantes pour former certains cadres de travailleurs de la santé au niveau des études supérieures et post-universitaires, en particulier les spécialistes médicaux (SADC 2019). Ils dépendent donc du recrutement externe pour combler les lacunes critiques du personnel de santé en matière de prestation de services de santé. C'est pour cette raison que les États membres de la SADC ont décidé de mettre en place un mécanisme de vivier de personnels de santé où les pays qui ne peuvent pas les produire localement peuvent recruter dans d'autres pays. Il est prévu qu'il soit applicable aux professionnels de la santé spécialisés et non spécialisés.

Il existe des protocoles d'orientation relatifs au recrutement de personnel de santé, par exemple le Code de pratique du Commonwealth pour le recrutement international des travailleurs de la santé (2003), la Déclaration de Kampala (2008) et le Code de pratique de l'OMS sur le recrutement international des personnels de santé (2010). Le Code de l'OMS a été influencé par les expériences de migration incontrôlée des personnels de santé des pays en développement et fournit une toile de fond pour un cadre régional de la SADC sur le recrutement international. Les normes internationales du travail pertinentes sur la migration de main-d'œuvre s'appliquent également, notamment la Convention (n° 97) sur les migrations pour l'emploi (révisée) de 1949, et la Recommandation (n° 86) sur les migrations pour l'emploi (révisée) de 1949 ; la Convention (n° 143) sur les travailleurs migrants (dispositions complémentaires) de 1975, et la Recommandation (n° 151) sur les travailleurs migrants de 1975 ; la Convention (n° 181) sur les agences d'emploi privées de 1997, et la Convention (n° 183) sur la protection de la maternité de 2000.

⁴ Source : Charte de l'OMS sur la sécurité des travailleurs de la santé, septembre 2020.



La Stratégie africaine de la santé 2007 - 2015 a identifié, entre autres, les défis suivants liés à la main-d'œuvre, qui contribuent à l'érosion des efforts visant à réduire la charge de morbidité. Il s'agit : d'une pénurie de travailleurs de la santé convenablement formés et motivés, de l'incapacité de mobiliser pleinement le secteur privé, y compris des organisations non gouvernementales, du manque d'action et de coordination intersectorielles, et de lacunes dans la gouvernance et l'encadrement efficace du secteur de la santé. Ces facteurs joueront un rôle dans l'applicabilité et la pertinence du vivier de recrutement de personnels de santé envisagé par la SADC.

Il est probable que la mise en place d'un outil de recrutement régional puisse avoir un impact sur les schémas de migration des travailleurs de la santé. Aucune preuve n'indique qu'un pays de la SADC a développé un système de suivi de la migration des travailleurs de la santé (Mahlathi & Dlamini, 2015). Il est donc nécessaire que le Secrétariat de la SADC devienne l'unité organisationnelle la mieux placée pour développer, gérer et suivre un vivier de recrutement régional. Alors que la mise en œuvre et l'activité réelle se feront au niveau national, l'intégrité du système relèvera de la responsabilité du Secrétariat de la SADC.

Principes directeurs : Alors que le *Protocole de l'UA au traité instituant la Communauté économique africaine relatif à la libre circulation des personnes, au droit de résidence et au droit de séjour* a pour objectif de faciliter la mise en œuvre progressive de la libre circulation des personnes, il existe actuellement des facteurs bloquant la capacité des travailleurs de la santé à traverser les frontières à la recherche d'un emploi. La création d'un vivier régional de recrutement de personnel de santé sera guidée par les principes suivants.

- a. Le Secrétariat de la SADC est le gardien du vivier de recrutement ;
- b. Dans la mise en œuvre du vivier de recrutement, il faut tenir compte des normes internationales du travail du Code de l'OMS et des instruments politiques similaires qui impactent la SADC ;
- c. Le vivier est établi sur la base d'une coopération structurée volontaire entre deux ou plusieurs pays ;
- d. Le vivier de recrutement est développé et organisé en fonction des cadres juridiques, diplomatiques et politiques sous-jacents de la SADC et des pays ;
- e. Le vivier est ouvert à une large participation des diverses parties prenantes, par exemple les agences de santé, les prestataires de soins de santé, les établissements d'enseignement, les instituts de recherche, les organismes réglementaires/statutaires ou d'autres acteurs concernés du secteur de la santé ;
- f. Chaque État membre doit établir / renforcer et actualiser une base de données des lois et règlements relatifs au recrutement du personnel de santé, y compris la migration ;
- g. Chaque État membre de la SADC doit soumettre au Secrétariat de la SADC des données relatives à ses besoins sanitaires qui justifient la nécessité de recruter dans d'autres États membres.



Facteurs de succès : Ce cadre est un mécanisme global et ses principes ont la priorité. Les accords bilatéraux ou multilatéraux antérieurs à ce mécanisme doivent être revus et harmonisés avec ce cadre. Les accords de coopération volontaires bilatéraux ou multilatéraux peuvent aider à résoudre les problèmes de personnel de santé qui obligent souvent les patients à se déplacer hors de leur pays pour trouver des soins appropriés (Kroezen et al, 2017).

Accréditation : ce facteur concerne la reconnaissance de l'éducation et de la formation qui conduit à l'accréditation des qualifications du praticien de la santé.

Diplomatie : ce facteur se rapporte aux relations politiques entre les pays et au sein de la Région qui créent un environnement propice à la coopération.

Économie : ce facteur concerne les échanges commerciaux et les relations économiques entre les pays qui impactent les biens et services de santé qui, à leur tour, ont des implications financières considérables dans des domaines tels que les soins spécialisés.

Législation : ce facteur concerne les cadres institutionnels, y compris les exigences législatives applicables aux praticiens agréés, notamment les politiques d'emploi des praticiens de santé non-résidents.

Facteur social : il englobe plusieurs facteurs, dont la culture organisationnelle, la langue et les pratiques socioculturelles qui impactent la communication et les comportements de recherche de santé de la population.



CHAPITRE 03



ORIENTATIONS STRATÉGIQUES EN MATIÈRE DE PERSONNEL DE SANTÉ DANS LA RÉGION DE SADC

3.1 Introduction

Les États membres de la SADC ont connu un déficit et un sous-investissement continu dans le nombre, la disponibilité et la qualité de leurs ressources humaines dans le domaine de la santé. Les causes de cette situation sont liées à des facteurs tels que les restrictions de la coordination, de l'intégration et de l'utilisation des modèles de planification et de projection des effectifs pour la prestation de services essentiels ainsi que la gestion stratégique et le développement restreints des effectifs. Tous ces facteurs concourent à des déséquilibres persistants dans l'éventail de compétences, le déploiement en milieu urbain par rapport au milieu rural, la distribution, la rétention et l'utilisation efficace des effectifs dans les pays membres. Ces problèmes sont encore aggravés par l'impact de la mobilité non réglementée et non coordonnée des travailleurs de la santé et de la migration externe tant entre les États membres qu'au-delà de la région de la SADC. Dans ce contexte, et en s'appuyant sur la précédente stratégie de la SADC en matière de ressources humaines dans le secteur de la santé afin de répondre aux futures priorités collectives de la région de la SADC en matière de santé et de développement ainsi qu'aux objectifs des ODD connexes, ce Plan stratégique consolidé, basé sur des preuves et chiffré de la SADC en matière de personnel de santé pose la base pour mettre en œuvre des investissements ayant un impact sur la santé, les compétences, les emplois et la croissance économique.

3.2 Théorie du changement

Le plan stratégique de la SADC en matière de personnel de santé a pour objectif principal **de permettre aux États membres d'investir dans le développement du personnel de santé et dans l'emploi décent afin de catalyser la réalisation de la couverture médicale universelle**. La réalisation de cet objectif sera guidée par des interventions fondées sur une théorie du changement (TOC) reposant sur trois (3) catalyseurs stratégiques clés, à savoir **la responsabilité et les données, le partenariat et le dialogue, et l'apprentissage et la prise de décision**. La figure 5 illustre l'interrelation des facettes de cette théorie du changement. Vous trouverez ci-dessous une description opérationnelle de ces catalyseurs, tirée des recommandations de la Commission sur l'emploi dans le secteur de la santé et la croissance économique (HEEG).

- **Responsabilité et données** : À travers le Comité technique sur les ressources humaines du secteur de la santé de la SADC, lancer et adopter un mécanisme visant à informer les politiques et les décisions fondées sur des données factuelles en matière d'investissements et de gestion efficace du personnel de santé. La responsabilité serait assurée par des données, des recherches et des analyses solides sur les marchés du travail de la santé, à l'aide de mesures et de méthodologies harmonisées pour renforcer les preuves, la responsabilité et l'action.



- Partenariat et dialogue :** Ce catalyseur désigne la collaboration et le dialogue avec divers secteurs et parties prenantes aux niveaux national, régional et international pour soutenir les investissements dans le personnel de santé. À titre d'exemple, les États membres sont censés instaurer un mécanisme visant à renforcer la collaboration entre les Ministères de la santé et du travail afin de créer un dossier d'investissement pour les compétences, l'éducation et les emplois des travailleurs de la santé. En outre, les investissements dans le personnel de santé pourront se faire grâce à une collaboration renforcée entre les facultés de sciences de la santé de la Région, notamment la désignation de centres régionaux de formation d'excellence où des créneaux réservés aux formations spécialisées seront réservés aux États membres ne disposant pas de telles capacités de formation, des cadres de compétences normalisés et des mécanismes de réglementation professionnelle dans toute la Région, entre autres interventions.
- Apprentissage et prise de décision :** Cela implique la création d'une plateforme de dialogue politique et social sous l'égide du Comité technique sur les ressources humaines du secteur de la santé de la SADC où les gestionnaires du personnel de santé et les partenaires sociaux ont la possibilité d'élaborer l'agenda, de prendre des décisions collectives et de relever les principaux défis en mettant en œuvre des actions et des interventions prioritaires en matière de personnel. Cette plateforme de consultation et d'apprentissage multipartite servira également de réseau de soutien entre pairs et de mécanisme de responsabilité clé pour la mise en œuvre de la stratégie.

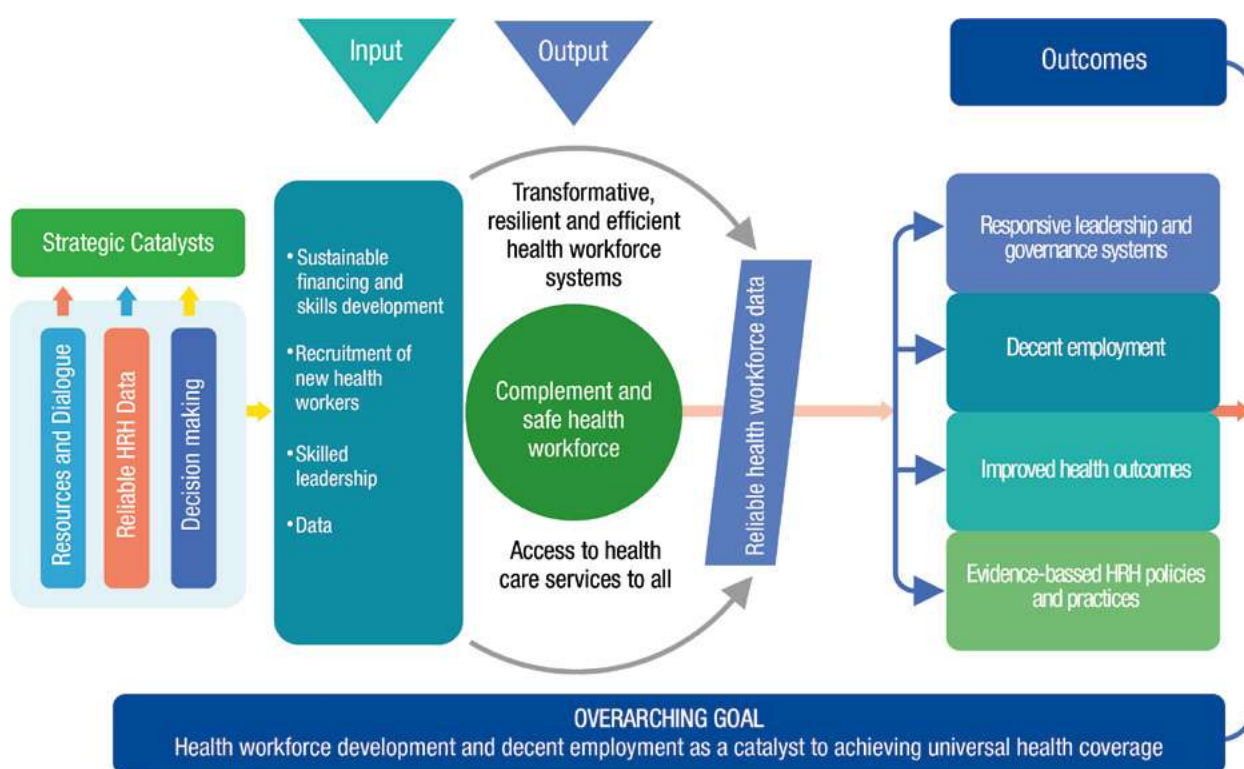


Figure 5 : Théorie du changement



3.3 Orientations stratégiques et interventions

Le plan stratégique 2020-2030 de la SADC en matière de personnel de santé comporte cinq (5) orientations stratégiques (OS), à savoir (1) investissement dans les emplois des travailleurs de la santé et les emplois décent, (2) harmonisation de l'éducation, de la formation et du développement, (3) établissement des meilleures pratiques en matière de leadership et de gestion stratégique des RHSS, (4) amélioration de la gouvernance et du règlement du personnel de santé, et (5) élaboration et utilisation des données fiables et des systèmes de suivi et d'évaluation. Chaque orientation stratégique comporte un ensemble d'interventions qui éclaireront l'allocation des ressources pour actualiser le plan. Un cadre de mise en œuvre (chapitre 4) détaille les étapes, assorti de calendriers, que les États membres et les partenaires de la SADC doivent franchir.

3.3.1 Orientation stratégique (OS) 1 : Investissement dans les emplois du secteur de la santé et le travail décent

L'emploi et le travail décent dans le secteur de la santé sont essentiels pour assurer le fonctionnement efficace de systèmes de santé résilients ; c'est une condition préalable pour remédier à la pénurie de personnel de santé et parvenir à l'équité dans l'accès à des services de santé de qualité pour tous. Cela devrait inclure la planification, la production et l'absorption de travailleurs de la santé formés et de nouveaux diplômés. Il est tout aussi important de veiller à ce que ces travailleurs de la santé soient attirés, déployés, soutenus, habilités, retenus et protégés de manière appropriée dans les communautés et les établissements où les besoins sont les plus grands. Il est tout aussi important que le financement des programmes et des interventions au profit des RHSS visant à accroître les emplois et les compétences se fasse par des investissements importants qui garantissent la santé, l'impact économique et le développement ainsi que la durabilité. L'objectif est d'assurer des allocations budgétaires adéquates par les Ministères des finances et des investissements appropriés par les Ministères de la santé, du travail, de l'éducation et d'autres secteurs sociaux dans des programmes qui garantiront la durabilité de la disponibilité des RHSS et des investissements pour catalyser la création d'emplois décent et l'amélioration des compétences, en accord avec la Stratégie nationale en matière de ressources humaines du secteur de la santé du pays. Cette stratégie repose sur une utilisation judicieuse des ressources existantes grâce à des investissements efficaces dans les RHSS. Les interventions suivantes sont essentielles pour stimuler les investissements dans les emplois du personnel de santé et les emplois décent.

- OS1.1** Élaborer des plans d'investissement dans le personnel de santé fondés sur des données solides qui quantifient les besoins, la demandes et l'offre du personnel de santé qui répondent aux besoins de la population et aux réalités économiques.
- OS1.2** Élargir la marge de manœuvre budgétaire du secteur de la santé pour permettre d'accroître les investissements dans le personnel de santé qualifié, l'emploi décent et la rétention des travailleurs de la santé conformément au plan national d'investissement dans le personnel de santé.
- OS1.3** Élaborer des politiques et des programmes de santé et de sécurité au travail qui protègent les travailleurs de la santé contre les risques et les dangers professionnels conformément à la législation nationale et soutenus par des mécanismes d'application efficaces, conformément aux normes internationales du travail pertinentes ainsi qu'au Cadre mondial conjoint OIT-OMS pour les programmes nationaux de santé au travail à l'intention des travailleurs de la santé.



- OS1.4** Améliorer les conditions de travail et la rémunération des travailleurs de la santé, y compris des salaires compétitifs et équitables pour les deux sexes, guidés par un ensemble de rémunérations de référence de la SADC, afin d'améliorer la rétention et de réduire le renouvellement fréquent du personnel.
- OS1.5** Intégrer l'égalité des sexes dans les stratégies et les approches relatives au personnel du secteur de la santé. Cela comprend le renforcement des politiques et des stratégies visant à promouvoir et à garantir l'égalité des chances, la participation et le traitement des femmes et des hommes, notamment l'égalité de rémunération pour un travail de valeur égale, et l'élaboration d'une législation, de politiques et de mesures tenant compte des sexospécificités pour un lieu de travail du secteur de la santé exempt de violence et de harcèlement.

3.3.2 Orientation stratégique (OS) 2 : Harmonisation de l'éducation, de la formation et du développement

Une éducation, une formation et un développement continu de qualité sont les principaux ingrédients d'un système de santé fonctionnel. Les États membres devraient élaborer des politiques efficaces visant à faciliter la transition de l'éducation et de la formation au travail, en mettant l'accent sur l'intégration effective des jeunes dans le personnel de santé. Des améliorations incessantes visant à garantir l'acquisition et l'application par le personnel de santé des compétences et aptitudes nécessaires pour répondre aux besoins actuels et futurs contribueront à la fourniture de soins et de services de santé de qualité. Il est donc essentiel de développer et d'améliorer en permanence la qualité des programmes d'éducation et de formation afin de produire et d'améliorer la base de compétences et les compétences futures du personnel. Les États membres accorderont la priorité aux interventions suivantes en vue de l'harmonisation de l'éducation, de la formation et du développement :

- OS2.1 :** Assurer une accréditation harmonisée des programmes de formation et des établissements de formation dans le domaine de la santé ;
- OS2.2 :** Intensifier la formation des professionnels de la santé spécialisés en fonction des besoins actuels et émergents en matière de santé de la population dans tous les États membres ;
- OS2.3 :** Assurer l'accès aux possibilités d'éducation dans le domaine de la santé sur la base des principes d'égalité et d'accessibilité financière, en incluant les jeunes et les femmes ;
- OS2.4 :** Renforcer la coopération et la collaboration entre les facultés de sciences de la santé dans la Région, y compris la désignation de centres régionaux de formation d'excellence où des créneaux réservés aux formations spécialisées seront offerts aux États membres qui ne disposent pas de telles capacités de formation ;
- OS2.5 :** Mettre en place un programme de développement du personnel de santé de la SADC qui accordera des bourses d'études et des subventions de recherche compétitives au personnel de santé ou facilitera leur acquisition par le personnel de santé.



3.3.3 Orientation stratégique (OS) 3 : Développement et adoption des meilleures pratiques en matière d'encadrement et de gestion stratégique des RHSS

L'une des principales raisons de la pénurie prolongée et persistante de personnel de santé et du sous-investissement dans les États membres est l'absence de planification, de politique et de capacité décisionnelle fondées sur des données avérées. Pour stimuler les réformes et l'investissement dans le personnel de santé, il faut une masse critique de gestionnaires, d'analystes et de planificateurs des ressources humaines habilités, compétents et qualifiés pour garantir la disponibilité dans les États membres des capacités nécessaires à la gestion, à la planification et au développement stratégiques des ressources humaines. Ceci afin de permettre des choix politiques éclairés et fondés sur des données factuelles qui se traduisent par des plans de mise en œuvre et d'investissement réalisables à l'intention du personnel de santé. Les efforts déployés dans cette direction stratégique visent à assurer le développement de systèmes et d'outils pour améliorer l'encadrement et la gestion systémiques des ressources humaines ainsi qu'à améliorer les capacités et les compétences des praticiens des ressources humaines en matière de planification, de ressources, de développement et de gestion du personnel de santé. Les interventions prioritaires dans le cadre de cette orientation stratégique sont les suivantes :

- OS3.1 :** Créer (pour les États membres qui n'en disposent pas encore) des départements/directions des RHSS au sein du Ministère de la santé/des organismes de prestation de services afin de promouvoir l'intégration des questions relatives au personnel de santé dans toutes les politiques et interventions de santé à tous les niveaux du système de santé.
- OS3.2 :** Renforcer les capacités des États membres en matière d'analyse du marché du travail de la santé, de planification, de développement et de gestion des RHSS par l'application d'outils fondés sur des données probantes.
- OS3.3 :** Instituer une formation au développement des capacités d'encadrement du personnel de santé pour les gestionnaires de RHSS de la Région.
- OS3.4 :** Mettre en place un forum annuel de la SADC réunissant les gestionnaires du personnel de santé et les partenaires sociaux afin de discuter des progrès et des défis dans la mise en œuvre des interventions prioritaires et de servir également de mécanisme de soutien entre pairs et de responsabilisation.
- OS3.5 :** Renforcer la collaboration et le dialogue social entre toutes les parties prenantes concernées et renforcer, aux niveaux national et régional, les mécanismes de coordination entre les gouvernements, les travailleurs, les employeurs et les autres parties prenantes concernées pour promouvoir le travail décent dans le secteur de la santé.



3.3.4 Orientation stratégique (OS) 4 : Amélioration de la gouvernance et du règlement du personnel de santé

La plupart des classifications de praticiens de la santé sont réglementées. Ainsi, la manière dont les professions de santé sont régies et réglementées permet de réfléchir à l'influence qu'elles exercent au-delà des structures formelles. Les systèmes de gouvernance spécifiques à une profession sont en partie ceux où les praticiens obtiennent l'autorité professionnelle associée par le biais de l'autorisation d'exercer et en étant guidés par des codes de déontologie. Les dirigeants des professionnels de la santé doivent s'employer à améliorer les systèmes et les mécanismes de gouvernance conformément aux attentes de la société et à l'application des meilleures pratiques. Les États membres de la SADC ont la responsabilité d'établir et d'activer des mécanismes de régulation qui assurent la surveillance de tous les aspects des RHSS, en particulier l'éducation, la formation, la pratique et la migration. La réalisation de cette orientation stratégique dépendra de la capacité des dirigeants des travailleurs de la santé à relever les défis contextuels des priorités et des systèmes de santé en évolution en garantissant des environnements réglementaires équitables, le développement de compétences dans l'élaboration des politiques, la gestion et la production de preuves. Les États membres mettront en œuvre les interventions prioritaires suivantes pour améliorer la gouvernance et la réglementation du personnel de santé :

- OS4.1 :** Établir (pour les États membres qui n'en disposent pas encore) des organismes de régulation des personnels de santé pour toutes les professions de santé afin de faire respecter les normes professionnelles et de préserver la sécurité publique ;
- OS4.2 :** Élaborer un cadre de la SADC avec des critères de conformité pour la reconnaissance mutuelle et réciproque de l'éducation et des qualifications des professions de santé par l'adoption d'un contenu minimum des programmes d'études et l'harmonisation des mécanismes de réglementation ;
- OS4.3 :** Renforcer les structures de gouvernance du personnel de santé par le partage des bonnes pratiques et des directives pertinentes de l'OMS ;
- OS4.4 :** Instaurer un mécanisme visant à encourager la collaboration et la coopération multi-sectorielles entre les secteurs public et privé afin de créer des synergies en partageant les RHSS.



3.3.5 Orientation stratégique (OS) 5 : Mise au point des systèmes de suivi et d'évaluation des données fiables

Les États membres continuent à rencontrer des difficultés en matière de collecte, d'analyse, d'utilisation, de suivi et d'évaluation des données. Ces difficultés sont dues à divers facteurs dont les TIC limitées, la capacité d'inutilisation des données et la dépendance à l'égard des systèmes manuels. Le manque de systèmes avancés d'information sur les ressources humaines (SIRH) pose également des problèmes, notamment des systèmes inadaptés pour répondre à leurs besoins et demandes d'information. Les États membres de la SADC devraient s'efforcer d'appliquer des données et des preuves solides pour orienter la politique, la planification et les investissements en matière de personnel de santé. En outre, ils doivent régulièrement surveiller et rendre compte des principaux indicateurs et paramètres en matière de RHSS dans la Région. Cette orientation stratégique vise à guider le développement des systèmes d'information et des capacités en matière de ressources humaines dans les États membres, avec des outils et des lignes directrices appropriés pour la gestion efficace du personnel de santé. Les États membres renforceront les systèmes de données, de suivi et d'évaluation grâce aux interventions suivantes :

- OS5.1 :** Développer et/ou renforcer un système d'information sur les ressources humaines qui soit modulable et interopérable avec les systèmes d'information sur la santé habituels ;
- OS5.2 :** Renforcer la mise en œuvre des comptes nationaux du personnel de santé (NHWA) et des observatoires des ressources humaines afin d'améliorer la disponibilité, la qualité et l'utilisation des données pour l'élaboration des politiques et la prise de décision ;
- OS5.3 :** Améliorer le dialogue multisectoriel en vue d'une meilleure gestion du personnel de santé grâce aux observatoires des comptes nationaux et des ressources humaines du secteur de la santé ;
- OS5.4 :** Développer les compétences du personnel des RHSS grâce à des outils et des lignes directrices fiables pour le suivi et le compte-rendu des indicateurs clés et des fiches d'évaluation des RHSS (spécifiques à chaque pays et régionaux) dans les États membres de la SADC ;
- OS5.5 :** Développer des mesures intégrées d'indicateurs de sécurité des travailleurs de la santé et les intégrer au système d'information sur la santé.



CHAPITRE 04



MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

La conjugaison d'efforts par les États membres est nécessaire pour adapter et mettre en œuvre ce Plan stratégique de la SADC en matière de personnel de santé dans le cadre de leurs stratégies respectives en matière de ressources humaines, de santé et de développement national plus large. Le Secrétariat de la SADC fournira la plate-forme et le mécanisme de responsabilité pour la coordination, le suivi et le compte-rendu de la mise en œuvre de la stratégie dans les États membres.

4.1 Mécanisme de mise en œuvre

Le processus de mise en œuvre du plan stratégique devrait adopter une approche consultative multi-sectorielle, impliquant différentes parties prenantes, notamment les acteurs non étatiques (OSC, organisations confessionnelles/ONG, secteur privé, partenaires de développement et de mise en œuvre), et les acteurs étatiques (ministères, départements et agences du gouvernement) au niveau des États membres. Le Plan stratégique relatif au personnel de santé sera mis en œuvre par l'intermédiaire des plans de travail des États membres qui définissent et rendent opérationnelles des activités plus détaillées pour les interventions prioritaires. Plusieurs structures et parties prenantes seront essentielles pour assurer la responsabilité et la mise en œuvre du plan stratégique. La collaboration entre les États membres en termes d'opérationnalisation et de mise en œuvre du plan stratégique sera assurée par le Comité technique sur les ressources humaines du secteur de la santé de la SADC, le Secrétariat de la SADC jouant un rôle de coordination générale.

Niveau politique : Les Ministres de la santé de la SADC donneront des orientations politiques générales de haut niveau afin d'éclairer la mise en œuvre du plan stratégique. Cela devrait être particulièrement important en raison de la nécessité d'engager une collaboration intersectorielle avec les secteurs/ministères de la santé et d'autres partenaires clés tels que l'éducation, le travail, la protection sociale, les finances et les affaires étrangères, entre autres. Les Ministres chargés de la santé donnent des orientations politiques, assurent l'encadrement et la responsabilité de la mise en œuvre au niveau des États membres.

Niveau opérationnel et technique : Par l'intermédiaire du Comité technique de la SADC sur les RHSS, le Secrétariat de la SADC coordonnera la mise en œuvre du plan stratégique. Il sera également responsable de la mise en œuvre d'interventions intégrées, telles que la formulation du protocole régional sur le vivier de ressources des travailleurs de la santé, et la coordination des activités de suivi et d'évaluation. Le Secrétariat présentera régulièrement des rapports d'étape et des plans aux ministres pour qu'ils les approuvent et prennent des décisions.

4.2 Rôle du Comité technique sur les RHSS de la SADC

Le Comité technique de la SADC sur les RHSS (Forum des gestionnaires des RHSS de la SADC) sera l'organe de mise en œuvre du Secrétariat de la SADC aux fins de l'opérationnalisation de ce plan stratégique. Le Comité technique a un rôle clé dans l'opérationnalisation de la stratégie et la mobilisation des ressources et du soutien technique ainsi que dans la facilitation du partage d'informations, du soutien mutuel et de la coordination multisectorielle entre les partenaires qui mettent en œuvre les initiatives en matière de RHSS au niveau national et entre les États membres. Le Secrétariat de la SADC assurera la



coordination et la responsabilité de la mise en œuvre par les États membres et accélérera la ratification des protocoles régionaux spécifiques, l'élaboration de mécanismes d'application et d'un cadre institutionnel approprié pour faciliter la mise en œuvre du plan stratégique.

Les principales responsabilités du Forum des gestionnaires des RHSS sont de donner des conseils et d'apporter un soutien technique. Ces responsabilités sont énumérées ci-dessous :

- Agir en tant que principal lien entre les États membres et le Secrétariat de la SADC ;
- Établir un programme régional pour l'adoption et la mise en œuvre du plan stratégique en matière de main-d'œuvre ;
- Suivre et évaluer la mise en œuvre du plan stratégique ;
- Donner des conseils sur la recherche opérationnelle afin d'identifier les options politiques fondées sur des données factuelles ;
- Promouvoir le partage des meilleures pratiques entre les États membres ;
- Faire progresser la coopération technique entre les pays dans des domaines tels que la formation du personnel de santé, en particulier les programmes d'études, le règlement des professions de santé, les conseils sur les stratégies de déploiement et de rétention fondées sur des données avérées ;
- Promouvoir l'intégration de la dimension genre dans tous les aspects du personnel de santé, notamment la promotion de la collaboration intersectorielle aux niveaux régional et national ;
- Accompagner les États membres par une formation sur la modélisation du personnel de santé, la planification, l'établissement des coûts des stratégies nationales en matière de ressources humaines du secteur de la santé et la réalisation d'analyses du marché du travail de la santé.

4.3 Rôle du secrétariat de la SADC

Le Secrétariat de la SADC élaborera un plan d'assistance technique (AT) pour orienter le soutien à apporter aux États membres ayant besoin d'une expertise supplémentaire pour mettre en œuvre certaines interventions. Ses principales responsabilités sont la défense et la promotion du respect des règles par les États membres. Elles sont mises en évidence ci-dessous :

- Faciliter l'établissement de rapports annuels par les pays à l'aide d'un ensemble minimum d'indicateurs de base des ressources humaines du secteur de la santé, pour le suivi et la responsabilité de la stratégie régionale ;
- Aider les États membres à établir et à renforcer la qualité et l'exhaustivité des données nationales sur le personnel de santé ;
- Développer un cadre multilatéral de la SADC sur la mobilité du personnel de santé (ou vivier de personnel de santé) en tant que mécanisme de recrutement éthique entre pays de travailleurs de santé formés dans la région de la SADC ;
- Adapter, intégrer et lier le suivi des objectifs de la Stratégie régionale au cadre de responsabilité des objectifs de développement durable des Nations unies ;
- Présenter des recommandations d'actions régionales que les États membres et les parties prenantes concernées doivent entreprendre ;
- Promouvoir le rôle des partenariats multisectoriels au niveau national en encourageant un engagement formel régulier avec des secteurs tels que l'éducation, la protection sociale, le trésor, le travail, les donateurs tandis qu'au niveau régional il faudrait inclure notamment des organismes tels que l'OMS, l'Organisation internationale du travail, et d'autres.



Au niveau des États membres (EM) : Les Ministères de la santé coordonneront avec les secteurs clés, notamment le travail, l'emploi, l'éducation et d'autres secteurs sociaux, la mise en œuvre de ce plan stratégique, en s'attachant tout particulièrement à obtenir des ressources et des investissements nationaux et des donateurs pour sa mise en œuvre ; en mettant l'accent sur la mobilisation de fonds supplémentaires pour stimuler les investissements dans les compétences, l'éducation et l'emploi, et pour renforcer la participation économique des femmes et des jeunes à l'emploi et au travail décent dans le secteur de la santé. Par l'intermédiaire de son Comité technique sur les RHSS, le Secrétariat de la SADC travaillera en étroite collaboration avec les États membres, y compris les institutions ou les centres d'excellence désignés ainsi qu'avec les partenaires régionaux et internationaux afin de coordonner l'intégration des stratégies et des interventions politiques spécifiques à chaque pays dans leurs stratégies et plans de mise en œuvre nationaux en matière de personnel de santé. Grâce aux conseils du Comité technique sur les RHSS de la SADC, les États membres veilleront à l'intégration des initiatives régionales en matière de personnel de santé dans leurs plans de santé, suivront la mise en œuvre des programmes au niveau des États membres et fourniront un retour d'information au Secrétariat de la SADC. Pour assurer une collaboration et un engagement plus larges sur le plan, les États membres devraient chercher à établir et/ou à renforcer davantage les mécanismes et plates-formes de coordination des RHSS multisectoriels et multipartites existants, y compris les observatoires des RHSS au niveau régional ou national.

4.4 Plan de mise en œuvre

Les éléments qui suivent sont présentés comme cadre de mise en œuvre de base qui aligne le pays sur le Plan stratégique de la SADC en matière de personnel de santé et peut être adapté au niveau national. Il est reconnu qu'un État membre peut avoir plus de buts/objectifs stratégiques supplémentaires que ceux exprimés dans le Plan stratégique de la SADC.

Toutefois, ceux-ci doivent autant que possible être liés et se rapporter aux grands objectifs stratégiques tels qu'ils sont énoncés dans le Plan stratégique. Il convient de noter que la clé d'une mise en œuvre réussie de cette stratégie consiste à ce que les Ministères de la santé disposent d'un personnel possédant les connaissances et les compétences appropriées dans les différents domaines pour permettre son opérationnalisation.

Étant donné qu'un grand nombre des interventions exprimées dans le cadre de chaque orientation stratégique font essentiellement partie d'un processus, les États membres doivent veiller à l'harmonisation pour qu'elle s'inscrive dans leurs systèmes opérationnels. Les activités et/ou interventions ne sont donc pas limitées à celles évoquées dans le présent document. Au cours de la mise en œuvre de ce plan stratégique, il y a plusieurs activités que les autorités / services / divisions responsables au niveau des États membres entreprendront. Elles varieront en intensité, en durée d'application et même en nature en fonction des questions contextuelles. Dans les matrices de mise en œuvre suivantes, les mots «maintenir l'activité» semblent signifier la nécessité d'assurer le maintien de l'activité qui conduira à la réalisation du but / objectif.



Orientation stratégique 1 : Étapes importantes, activités, ressources et calendriers de l'investissement dans les emplois et le travail décent du personnel de santé

OS 1 : Point de référence des interventions stratégiques	État(s) membre(s) prioritaire(s)	Activités clés	Ressources nécessaires	Délais									
				2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
OS 1.1 Améliorer la densité des médecins, infirmiers(ères) et sages-femmes, en passant d'une moyenne de 1,02 à un minimum de 4,45 pour 1000 habitants (médiane de la SADC), d'ici 2030	Tous les États-membres	Analyse du marché du travail de la santé/ projections basées sur les besoins Établir les besoins et les lacunes en matière de personnel, à l'aide d'outils fondés sur des données probantes	Équipe HWF formée dans l'utilisation d'ICBP pour la distribution du personnel	Établir les besoins en personnel / élaborer un plan de recrutement	Revoir les structures organisationnelles	Examiner les déploiements du personnel	Suivre l'avancement de la mise en œuvre	Maintenir l'activité	Maintenir l'activité	Évaluer l'impact selon les besoins	Réajuster le cas échéant	Maintenir l'activité	Maintenir l'activité
		Recruter des agents de santé supplémentaires selon les besoins en personnel prévus des États membres	Provisionnement des postes au niveau du pays	Identifier les postes primordiaux	Ressource mobilisation	Embaucher progressivement les travailleurs de la santé	Maintenir l'activité	Maintenir l'activité	Évaluer et réajuster en conséquence	Maintenir l'activité	Maintenir l'activité	Évaluer et réajuster en conséquence	Maintenir l'activité
OS 1.2 D'ici 2023, les États membres commenceront à augmenter d'au moins 40 % (ou 57 % du budget de la santé) l'espace budgétaire afin d'accroître les investissements dans le personnel de santé qualifié	Tous les États-membres	Engager les ministères des Finances et du Travail à garantir un financement durable de la santé à partir des sources nationales complétées par des sources internationales	Planificateurs des RHSS, analystes de données, établissements d'enseignement et de formation.	Renforcement des capacités concernant l'analyse du marché du travail	Analyse complète du marché du travail de la santé, y compris le dossier d'investissement	Dialogue politique sur l'investissement HWF	Intégration avec les plans stratégiques du secteur de la santé et le cadre / plan de développement national pour l'expansion des investissements de HWF						
			Budgets annuels	Forum d'investissement HWF de la SADC (santé, finance, travail, services publics, secteur privé, partenaires)	Consensus au niveau national sur l'élargissement de l'espace budgétaire pour les investissements et l'emploi des HWF	Mise en œuvre de l'extension connue de l'espace budgétaire (platefonds budgétaires)	Mise en œuvre de l'extension connue de l'espace budgétaire	Mise en œuvre de l'extension connue de l'espace budgétaire	Suivi du forum d'investissement de HWF de la SADC	Consensus au niveau national sur l'élargissement de l'espace budgétaire pour les investissements et l'emploi des HWF	Mise en œuvre de l'extension connue de l'espace budgétaire (platefonds budgétaires)	Mise en œuvre de l'extension connue de l'espace budgétaire (platefonds budgétaires)	Mise en œuvre de l'extension connue de l'espace budgétaire (platefonds budgétaires)
OS 1.3 D'ici 2023, les États membres protégeront en permanence les agents de santé contre les dangers et les risques professionnels	Tous les États-membres	Élaborer et appliquer des politiques et des programmes de santé et de sécurité au travail	Législation sur la santé et la sécurité au travail	Examiner les politiques de RHSS existantes en incluant l'impact du COVID-19	Revoir / développer le protocole sur HWF OHS de la SADC.	Atelier de consensus de la SADC sur le nouveau protocole HWF OHS	Adoption et opérationnalisation par les États membres devant s'adapter et opérationnaliser	Maintenir l'activité	Évaluation d'impact précoce	Ajustement si nécessaire	Maintenir l'activité	Maintenir l'activité	Évaluation et ajustement
OS 1.4 D'ici 2023, les États membres amélioreront continuellement les conditions de travail et la rémunération du personnel de santé	Tous les États-membres	Examiner et fournir des salaires compétitifs et équitables du point de vue du genre	Rémunération de référence nationale et régionale de la SADC	Entreprendre une révision des conditions de travail dans toute la région de la SADC	Développer un projet de paquet de rémunération de la SADC	Consensus de la SADC sur la rémunération de référence et les conditions de travail pour la santé	Développement d'un cadre / plan d'action national de mise en œuvre	Intégration avec les systèmes et processus nationaux	Incorporer dans des négociations pluriannuelles	Maintenir l'activité	Maintenir l'activité	Évaluation et examen	Maintenir l'activité
OS 1.5 D'ici 2025, les États membres auront élaboré et mis en œuvre des stratégies pour intégrer l'égalité des sexes dans le personnel du secteur de la santé	Tous les États-membres	Élaborer / mettre à jour et mettre en œuvre des stratégies et des politiques d'intégration du genre dans le personnel du secteur de la santé	Planificateurs RHSS, analystes de données, établissements d'enseignement et de formation	Analyser l'intégration du genre dans le personnel de santé	Élaborer ou mettre à jour des politiques et stratégies pertinentes	Mettre en œuvre des interventions d'intégration du genre	Mettre en œuvre des interventions d'intégration du genre	Mettre en œuvre des interventions d'intégration du genre	Mettre en œuvre des interventions d'intégration du genre	Mettre en œuvre des interventions d'intégration du genre	Mettre en œuvre des interventions d'intégration du genre	Mettre en œuvre des interventions d'intégration du genre	Mettre en œuvre des interventions d'intégration du genre



Orientation stratégique 2 : Étapes importantes, activités, ressources et calendriers de l'harmonisation en matière d'éducation, de formation et de développement

OS 2 : Intervention stratégique	État (s) membre (s) prioritaire (s)	Activités clés	Ressources nécessaires	Délais									
				2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
OS 2.1 D'ici 2026, les États membres auront une formation et un développement harmonisés	Tous les États-membres	Effectuer une évaluation des besoins de formation et des capacités en fonction des besoins	Planificateurs des RHSS, analystes de données	Formation en matière de planification et d'évaluation des capacités	Impliquer les partenaires	Atteindre un accord et le mettre en œuvre	Consolider et mettre en œuvre des programmes	Évaluation continue	Réévaluation	Maintenir l'activité	Maintenir l'activité	Maintenir l'activité	Évaluer et ajuster
	Secrétariat de la SADC / Comité technique des RHSS de la SADC	Élaborer un prototype régional de programmes d'études normalisés basés sur les compétences. Consolider les cadres de compétences nationaux dans les cadres régionaux	Experts en programmes d'enseignement en sciences de la santé	Constituer une équipe d'experts et adopter des termes de référence	Évaluer / examiner les cadres existants, y compris les mécanismes de réglementation	Préparer la mise en œuvre	Mise en œuvre	Mise en œuvre	Évaluer l'impact précoce	Ajuster et maintenir l'activité	Maintenir l'activité	Effectuer un examen approfondi	Ajuster et maintenir la mise en œuvre
OS 2.2 D'ici 2027, les États membres dispenseront une formation aux professionnels de la santé spécialisés en fonction des besoins actuels et émergents en matière de santé de la population	Tous les États-membres	Mener une évaluation spécialisée des besoins et de la capacité de production	Forums conjoints Ministère de la Santé / Universités / Instituts supérieurs	Mettre en place une équipe d'experts et mener une évaluation de production	Élaborer et négocier des budgets pluriannuels	Approbation des budgets, mise en œuvre et surveillance	surveillance	surveillance	Revue à mi-parcours	Ajuster si nécessaire	Maintenir l'activité	Effectuer un examen majeur	Ajuster et maintenir la mise en œuvre
OS 2.3 D'ici 2027, les États membres auront des politiques qui favorisent l'accès aux opportunités d'éducation dans le domaine de la santé sur la base des principes d'égalité et de prix abordables, y compris les jeunes et les femmes	Tous les États-membres	Effectuer une analyse des lacunes sur l'inclusion	Forums conjoints Ministère de la Santé / Universités / Instituts supérieurs	Établir l'écart dans l'inclusion des jeunes et des femmes	Développer des stratégies et des interventions pour combler l'écart	Mettre en œuvre les interventions	surveillance	surveillance	Revue à mi-parcours	Ajuster si nécessaire	Maintenir l'activité	Effectuer un examen majeur	Ajuster et maintenir la mise en œuvre
OS 2.4 D'ici 2025, des centres de formation régionaux d'excellence auront été désignés	Secrétariat de la SADC et États membres	Renforcer la coopération et la collaboration entre les facultés des sciences de la santé de la région. Développer un cadre pour la reconnaissance mutuelle des titres et des catégories d'agents de la santé dans la région de la SADC	Forums conjoints Ministère de la Santé / Universités / Instituts supérieurs	Développer un cadre de collaboration	Négocier avec des partenaires	Conclure et appliquer l'accord	Maintenir l'activité	Maintenir l'activité	Réévaluer et ajuster	Maintenir l'activité	Effectuer une évaluation régionale	Maintenir l'activité	Maintenir l'activité
OS 2.5 D'ici 2025, le Secrétariat de la SADC aura lancé le programme de développement du personnel de la santé	Secrétariat de la SADC et États membres	Faciliter l'acquisition de bourses compétitives et de subventions de recherche pour le personnel de la santé	Forums conjoints Équipe technique de la SADC, Ministères de la Santé / Universités / Instituts supérieurs	Examiner les programmes existants	Identifier les programmes éligibles	Faire de la publicité et attribuer des subventions	Maintenir l'activité	Maintenir l'activité	Évaluer l'impact sur le développement	Maintenir l'activité	Maintenir l'activité	Effectuer un examen régional majeur	Maintenir l'activité



Orientation stratégique 3 : Étapes importantes, activités, ressources et calendriers du développement et de l'adoption des meilleures pratiques en matière d'encadrement et de gestion stratégiques des RHSS

OS 3 : Intervention stratégique	État(s) membre(s) prioritaire(s)	Activités clés	Ressources nécessaires	Délais									
				2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
OS 3.1 D'ici 2023, les États membres se feront champions de l'intégration des questions relatives au personnel de la santé dans toutes les politiques et interventions sanitaires	Tous les États-membres	Créer (pour les États membres qui n'en ont pas actuellement) des départements / directions des RHSS au sein du Ministère de la Santé / agences de prestation de services	Structures organisationnelles correctement financées	Effectuer un examen des politiques	Examiner les structures organisationnelles et faire des ajustements budgétaires		Mettre en œuvre des politiques approuvées	Maintenir l'activité	Maintenir l'activité	Effectuer un examen à mi-parcours	Maintenir l'activité	Maintenir l'activité	Effectuer un examen / une évaluation approfondie
OS 3.2 D'ici 2026, les États membres auront renforcé leurs capacités en matière d'analyse du marché du travail du secteur de la santé, de planification, de développement et de gestion des RHSS	Secrétariat de la SADC et États membres	Formation intensive dans l'application d'outils factuels	Formateurs experts en analyse du marché du travail dans le secteur de la santé	Mobiliser / organiser le financement et les ressources de formation	Commencer la formation régionale et nationale		Maintenir l'activité	Maintenir l'activité	Revue à mi-parcours	Maintenir l'activité	Maintenir l'activité	Mener une évaluation approfondie	
OS 3.3 D'ici 2024, la SADC aura mis en place un mécanisme de soutien et de responsabilisation entre pairs	Équipe technique HRH de la SADC	Instituer une réunion annuelle de la SADC ou un forum de dialogue entre les gestionnaires du personnel de la santé et les partenaires sociaux	Plateforme financée	Élaborer des termes de référence	Mobiliser des financements et mettre en place une plateforme		Maintenir l'activité	Maintenir l'activité	Effectuer un examen à mi-parcours	Maintenir l'activité	Maintenir l'activité	Maintenir l'activité	Effectuer un examen / une évaluation approfondie
OS 3.4 D'ici 2027, les États membres disposeront de mécanismes de dialogue social institutionnalisés entre les gouvernements, les travailleurs, les employeurs et les autres parties prenantes concernées	Tous les États-membres	Instituer un mécanisme de dialogue social du personnel de la santé aux niveaux des États membres et de la Région	Programmes de développement des capacités et formateurs en RHSS	Examiner les mécanismes de dialogue existants		Déployer un nouveau mécanisme de dialogue social	Maintenir l'activité	Maintenir l'activité	Maintenir l'activité	Effectuer un examen à mi-parcours	Maintenir l'activité	Maintenir l'activité	Maintenir l'activité



Orientation stratégique 4 : Étapes importantes, activités, ressources et calendriers de l'amélioration de la gouvernance et du règlement du personnel de la santé

OS 4 : Intervention stratégique	État(s) membre(s) prioritaire(s)	Activités clés	Ressources nécessaires	Délais									
				2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
OS 4.1 D'ici 2021, les États membres appliqueront les normes professionnelles et garantiront la sécurité publique	Tous les États-membres	Mettre en place (pour les États membres qui n'en ont pas actuellement) des organismes de régulation du personnel de la santé, pour toutes les professions du secteur de la santé	Règlementation et mécanismes d'application pertinents		Commencer le processus de révision législative (si nécessaire)		Vulgariser le rôle de régulation des professions de la santé	Assurer une régulation appropriée	Maintenir l'activité	Maintenir l'activité	Maintenir l'activité	Maintenir l'activité	Revoir la législation (si nécessaire)
OS 4.2 D'ici 2027, le Secrétariat de la SADC aura développé un cadre avec des critères de conformité stricts pour la reconnaissance mutuelle et réciproque de l'éducation et de la qualification des professions de la santé	Secrétariat de la SADC	Développement et adoption du contenu minimum des programmes et harmonisation des mécanismes de régulation	Experts en programmes		Rassembler des experts		Développer un cadre et en tester l'applicabilité	Exécuter un projet pilote limité	Négocier pour une mise en œuvre régionale	Suivre la mise en œuvre	Suivre la mise en œuvre	Suivre la mise en œuvre	Réaliser une étude d'impact régionale
OS 4.3 D'ici 2026, les États membres encourageront les programmes d'échanges entre eux, en particulier en ce qui concerne le transfert de compétences	États membres et Secrétariat de la SADC	Coordination des bases de données pour les professionnels de la santé et autres parties prenantes concernées	Bases de données HRH				Développer et concevoir un concept	Résoudre les questions de PI entre les pays	Exécuter un projet pilote	Maintenir l'activité	Évaluer l'impact précoce	Évaluer et ajuster	Maintenir l'activité
OS 4.4 D'ici 2026, les États membres auront créé des collaborations / partenariats multisectoriels (PPP) pour faciliter le partage des ressources en RHSS	États membres et Secrétariat de la SADC	Établir une collaboration et une coopération multisectorielles bien réglementées entre les secteurs public et privé	Mécanismes de réglementation et de régulation	Examiner, comparer et créer des synergies entre les pays		Harmoniser avec d'autres instruments mondiaux	Mettre en œuvre le programme		Suivre et évaluer l'impact		Effectuer un examen	Maintenir l'activité	Maintenir l'activité



Orientation stratégique 5 : Étapes importantes, activités, ressources et calendriers du développement de systèmes fiables de suivi et d'évaluation des données

OS5 : Intervention stratégique	État(s) membre(s) prioritaire(s)	Activités clés	Ressources nécessaires	Délais									
				2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
OS 5.1 D'ici 2021, les États membres disposeront d'un SIRH capable de générer des informations afin de suivre de bout en bout le cycle de vie du personnel de la santé (production – nombre actif – sortie)	Tous les États-membres	Introduire des systèmes évolutifs et interopérables d'informations sanitaires courantes	Experts en TIC et données	Évaluer les systèmes existants		Ajuster en conséquence		Utilisation et rapports réguliers	Évaluer l'impact	Maintenir l'activité	Maintenir l'activité	Évaluer l'impact	Évaluer les systèmes existants
OS 5.2 D'ici 2023, les États membres disposeront d'un registre du personnel de la santé pour suivre le nombre, la répartition, les flux, les sorties, la demande et l'offre des effectifs de la santé	Tous les États-membres	Utilisation régulière des observatoires CNPS et RHSS	Données des observatoires CNPS et RHSS	Accès aux observatoires		Évaluer l'utilisation et l'impact sur la gestion des effectifs		Rapports réguliers	Rapports réguliers	Rapports réguliers	Rapports réguliers	Rapports réguliers	Rapports réguliers
OS 5.3 D'ici 2021, les États membres auront amélioré le dialogue multisectoriel pour une meilleure gestion du personnel de la santé	Tous les États-membres	Utilisation régulière des observatoires CNPS et RHSS	Données des observatoires CNPS et RHSS	Accès aux observatoires		Évaluer l'utilisation et l'impact sur la gestion des effectifs		Rapports réguliers	Rapports réguliers	Rapports réguliers	Rapports réguliers	Rapports réguliers	Rapports réguliers
OS 5.4 D'ici 2022, les États membres auront institutionnalisé les comptes nationaux du personnel de la santé (CNPS) et l'établissement de rapports annuels	Tous les États-membres	Renforcer la mise en œuvre des comptes nationaux du personnel de la santé (CNPS) et des observatoires des ressources humaines	Personnel formé pour gestion des comptes du personnel de la santé	Évaluer la base des compétences.	Formation et / ou mise à jour des compétences		Utilisation et rapports réguliers	Utilisation et rapports réguliers	Évaluation et examen	Utilisation et rapports réguliers	Utilisation et rapports réguliers	Utilisation et rapports réguliers	Évaluation de l'impact
OS 5.5 D'ici 2026, les États membres auront intégré des indicateurs de sécurité du personnel de la santé dans un système d'informations sanitaires	Tous les États-membres	Élaborer des mesures et indicateurs intégrés de sécurité du personnel de la santé	Experts en santé et sécurité au travail		Développer des métriques et les intégrer dans les SIRH	Application et suivi	Maintenir l'activité	Maintenir l'activité	Évaluer, réviser et ajuster	Maintenir l'activité	Maintenir l'activité	Maintenir l'activité	Évaluation de l'impact



4.5 Cadre de mise en œuvre d'un vivier de recrutement de la SADC

Le vivier de recrutement de la SADC sera conçu de manière à conférer certains devoirs et avantages à tous ceux qui chercheront à utiliser le système. Le système offrira également des garanties suivantes :

- Souscription aux principes éthiques applicables au recrutement international du personnel de la santé ;
- Alignement sur les normes internationales du travail ;
- Protection des droits des travailleurs de la santé (demandeurs d'emploi) ;
- Garantir aux agents de la santé ainsi recrutés des droits du travail à la mesure de ceux de ses propres agents de la santé ;
- Les agents de la santé ainsi recrutés ne sont pas utilisés pour remplacer les citoyens existants, qui peuvent être en conflit avec l'autorité compétente.

Certains pays peuvent déjà disposer de mécanismes de réciprocité pour l'échange de compétences. Cependant, là où la réciprocité de la reconnaissance de l'autorisation d'exercice n'existe pas, le pays de recrutement assume la responsabilité d'informer les candidats potentiels des exigences spécifiques pour une inscription / autorisation d'exercice. Il incombera à la recrue de comprendre et de se conformer aux exigences juridiques en matière d'inscription et d'éducation.

Tableau 9 : Actions clés pour la mise en œuvre du mécanisme du vivier de recrutement

Action	Avantage envisagé	Agent de mise en œuvre	Délai
Créer une base de données électronique	<ul style="list-style-type: none"> • Centre harmonisé des professionnels de la santé à la recherche d'emploi • Échange d'informations entre les pays et les acteurs du secteur de la santé 	Secrétariat de la SADC États membres	Avant 2025
Concevoir le système en fonction des catégories des professions de la santé, spécialistes et non spécialistes	<ul style="list-style-type: none"> • Liste complète comprenant toutes les informations biographiques pertinentes 	Secrétariat de la SADC / Comité technique sur les RHSS	Avant 2025
Concevoir et développer un formulaire et un processus d'inscription formels	<ul style="list-style-type: none"> • Approbation uniforme par une autorité désignée des États membres 	Secrétariat de la SADC / Comité technique sur les RHSS	Avant 2024
Mettre en place des mécanismes de vérification des qualifications	<ul style="list-style-type: none"> • Authentification des diplômes 	Secrétariat de la SADC / Comité technique sur les RHSS	Avant 2023
Établir un mécanisme de reconnaissance réciproque du permis d'exercice et de l'enregistrement	<ul style="list-style-type: none"> • Capacité à pratiquer dans tout État membre qui participe au vivier de recrutement 	Secrétariat de la SADC / Comité technique sur les RHSS	Avant 2024



CHAPITRE 05



COÛT DU PLAN DE MISE EN ŒUVRE ET CAS D'INVESTISSEMENT

Ce chapitre décrit en détail le niveau des ressources nécessaires pour la période du plan stratégique du personnel du secteur de la santé de la SADC, y compris une estimation budgétaire indicative des fonds requis par orientation/priorité stratégique, le déficit du financement et les stratégies que les États membres et le Secrétariat de la SADC chercheront à mobiliser.

5.1 Méthodologie pour chiffrer le plan de mise en œuvre

La composante détaillée des coûts du Plan stratégique aide à préparer les bases pour l'application d'un cas d'investissement du personnel de la santé dans la région de la SADC, en assistant les États membres à appliquer des choix et approches d'investissement dans leurs stratégies et plans spécifiques de mise en œuvre concernant le personnel de la santé. De plus, elle quantifie les options d'investissement qui sont nécessaires pour mettre en place une initiative régionale commune identifiée dans le plan stratégique des RHSS telle que, par exemple, le vivier régional des ressources en personnel de la santé de la SADC. Elle vise à faciliter un engagement plus régionalisé des États membres sur l'utilisation stratégique des ressources et à faire des choix pour un espace budgétaire accru et un investissement supplémentaire dans le personnel qui appuie et maximise également l'efficacité des effectifs existants. Une approche de macro-coût (Drummond et al. 2015) a été adoptée pour l'estimation des coûts de la mise en œuvre du plan stratégique. Comme principe directeur, une approche prudente de l'identification et de l'utilisation des ressources a été utilisée pour estimer le coût du point de vue du Secrétariat de la SADC et des ministères de la santé des États membres. Un processus standard d'établissement des coûts (Culyer et Newhouse, 2000; Drummond et al. 2015; Morris et al. 2012) a été suivi avec une certaine adaptation pour normaliser les coûts unitaires parmi les pays. Le processus comprenait l'identification des besoins en ressources, l'attribution d'un coût unitaire normalisé et l'estimation du coût global.

- 1. Identification des besoins en ressources:** Les ressources nécessaires en tant qu'intrants dans la mise en œuvre des différentes activités des interventions stratégiques ont été obtenues directement à partir du plan de mise en œuvre (chapitre 4) du plan stratégique de la SADC. Ces intrants / inducteurs de coûts ont été regroupés en gros comme suit :
 - Forfait de conférence (résidentielle et non résidentielle) pour réunions, formations, etc.
 - Assistance technique (consultants)
 - Indemnité journalière de subsistance (IJS)/per diem
 - Impression et diffusion des documents
 - Ordinateurs, serveurs
 - Coût lié au personnel (salaires des nouveaux recrutements et masse salariale existante)
- 2. Attribution des coûts unitaires standard :** il existe des données comparables limitées sur les prix des biens et services dans les États membres de la SADC; les coûts unitaires ont donc été triangulés à partir des plans stratégiques en vigueur des États membres et normalisés en dollars internationaux équivalents en parité de pouvoir d'achat (PPA). Pour convertir les coûts unitaires spécifiques de pays en un coût standardisé en dollars internationaux PPA, qui sera applicable dans n'importe quel État membre, les actions suivantes ont été entreprises :



- a. Les coûts unitaires des ressources nécessaires / inducteurs de coût (expliqués au point 1 ci-dessus) ont été extraits des plans stratégiques chiffrés des RHSS des États membres qui ont élaboré des plans récents (à partir de 2018), qui ont été chiffrés et approuvés. Pour chaque article dont le coût unitaire provenait d'un pays, ce pays est devenu la référence pour cet article spécifique. Le (s) coût (s) unitaire (s) identifié (s) étaient exprimés en unité de monnaie locale (UML) du pays de référence.
- b. Le taux de change officiel du pays de référence a été obtenu à partir de la base de données de la Banque mondiale et utilisé pour convertir le coût unitaire de l'UML en USD (Banque mondiale, 2019).
- c. L'indice des prix à la consommation (IPC), un marqueur du taux d'inflation, a été emprunté de la Banque mondiale pour ajuster le coût unitaire à sa valeur actuelle en USD dans le pays de référence.
- d. Conversion du coût unitaire en USD courants dans le pays de référence en appliquant le ratio du niveau de prix d'un facteur de conversion de parité de pouvoir d'achat (PPA) pour amener la valeur en dollars internationaux PPA. Le coût unitaire en dollars internationaux PPA a ensuite été considéré comme le coût unitaire normalisé de tout élément de coût utilisé par la suite dans le calcul des coûts. Cela implique que si un État membre souhaite convertir les estimations de coûts dans son unité monétaire locale, le coût estimé en dollars internationaux PPA doit être multiplié par le facteur de conversion propre au pays qui donnera l'équivalence en USD actuelle dans le pays. L'équivalence en dollars américains doit ensuite être convertie dans la devise locale en utilisant le taux de change officiel.⁵

3. **Estimation du coût des orientations et interventions stratégiques** : Utilisant des ressources identifiées (étape 1) et des coûts unitaires du \$ int. PPP (étape 2), la quantité et la fréquence des besoins en ressources (dans le plan de mise en œuvre) ont été combinées pour calculer les estimations de coûts à l'aide de la formule suivante.

$$\text{Coût total de l'orientation stratégique } i = \sum_j (\text{Ressource}_{i,j,k,m} \times \text{Coût unitaire}_j \times \text{fréquence}_k) \\ \dots \text{ équation 1}$$

Dans laquelle :

- Les ressources_{ijk} constituent la quantité de ressources, (j) nécessaires pendant l'activité, (k) pour une intervention stratégique, (m) vers la réalisation de l'orientation stratégique, (i) l'orientation stratégique.
- Le coût unitaire_j est le coût unitaire de la ressource_j en dollars internationaux PPA.
- Fréquence_k est le nombre d'occurrences (ou fréquence) de l'activité k au cours de l'horizon temporel du plan stratégique.

5.2 Limites des estimations des coûts

Les principales limites des estimations de coûts sont liées à la rareté et à la qualité des données. Il n'y avait pas de données contemporaines sur les coûts unitaires des biens et services des différents États membres qui pourraient être directement comparées pour améliorer la précision des estimations. Par conséquent, le résultat du calcul des coûts est considéré comme étant des estimations indicatives ordonnées, qui fournissent des points de référence utiles pour le plaidoyer et la mobilisation des ressources qui peuvent être affinés lors de la budgétisation opérationnelle des activités des États membres.

⁵ Source: <https://data.worldbank.org/indicator/PA.NUS.PPPC.RF>



L'estimation des coûts liés au personnel concernant la formation et la rémunération des agents de la santé par les États membres individuels dans le cadre de l'interprétation et de la mise en œuvre du plan stratégique est difficile à évaluer. Il n'existe ni de données comparatives entre les pays, ni d'analyse des budgets globaux du personnel de la santé, ni de rémunération du personnel et des coûts associés à la formation, au déploiement et à la rétention du personnel de la santé dans la région. Le calcul de coûts supposent donc que ces coûts seront déterminés par chaque État membre, sur base de ses besoins spécifiques au contexte, de son analyse des lacunes, des mécanismes de financement nationaux, des budgets du secteur de la santé et des dépenses en personnel de la santé, y compris les coûts directs de la formation de nouveaux agents de la santé, et les coûts salariaux et de rémunération récurrents nécessaires pour soutenir le personnel. À cet égard, chaque État membre devra entreprendre une analyse complète des besoins d'investissement pour élaborer un dossier national d'investissement pour le personnel de la santé.

Du point de vue méthodologique, l'approche adoptée dans cet exercice de calcul des coûts est bien documentée, mais la variabilité des fondements économiques des États membres de la SADC réduit l'applicabilité et l'utilisation du coût standard parmi les pays. De plus, le prévisible ralentissement économique en cours, occasionné par la pandémie COVID-19, est susceptible de déformer davantage les fondements économiques et, par conséquent, les données sur lesquelles s'appuie cette analyse pourraient bientôt être dépassées. Ainsi, une révision des estimations de coûts avec des données améliorées s'avèrera impérative lorsque la pandémie du COVID-19 et son impact économique s'atténueront.

5.3 Coût estimatif de l'opérationnalisation du plan stratégique

Le coût estimatif global de la mise en œuvre du plan stratégique est d'environ 15,7 millions de dollars EU sur une période de 10 ans. Sur ce montant, environ 35% (soit 5,6 millions de dollars) seraient nécessaires au Secrétariat de la SADC et aux États membres pour générer des preuves, faciliter le dialogue sur les politiques et mobiliser des ressources pour accroître considérablement les investissements afin d'augmenter approximativement l'emploi du personnel de la santé de 40% sur la 10 période de 10 ans (direction stratégique 1). Ce coût, cependant, exclut le coût de la formation et de la rémunération des agents de la santé des États membres pour lesquels une analyse de pays par pays est fortement recommandée dans le cadre de l'élaboration du dossier d'investissement au niveau des États membres.

En outre, environ 32% du coût estimé, soit environ 5,1 millions de dollars EU, seront nécessaires au niveau du Secrétariat de la SADC et des États membres pour développer et institutionnaliser des systèmes, des mécanismes et des capacités de production de données et de preuves fiables qui appuieront les politiques et stratégies fondées sur des preuves et la gestion opérationnelle du personnel de la santé dans les États membres (orientation stratégique 5). L'harmonisation de l'éducation et de la formation du personnel de la santé dans les États membres coûtera environ 1,8 million de dollars américains, soit 12% du coût total, tandis que 2,3 millions de dollars américains (15% du coût total) sont nécessaires pour renforcer le leadership du personnel de la santé au sein des ministères de la Santé et améliorer les meilleures pratiques en matière de gestion des ressources humaines pour une meilleure rétention et une meilleure motivation des agents de santé. Environ 6% du coût total (947 422 \$ US) seront nécessaires pour renforcer la gouvernance et les mécanismes réglementaires du personnel de santé. La ventilation détaillée de chacune des orientations stratégiques et des interventions proposées est résumée dans le tableau 10 ci-dessous. Le coût estimé de l'opérationnalisation du plan stratégique au niveau des pays et les principaux inducteurs de coûts sont résumés à l'annexe 2.



Tableau 10 : Coût estimatif de la mise en œuvre du plan stratégique

Orientation stratégique	Interventions stratégiques	Coût estimatif par an (1000 \$ Int. PPA)										
		2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Total
OS 1. Investissement dans les emplois du personnel de la santé et l'emploi décent	OS 1.1 Stratégies pour améliorer la densité de médecins, d'infirmiers(ères) et de sages-femmes d'une moyenne de 1,02 à un minimum de 4,45 pour 1000 habitants (médiane de la SADC) d'ici 2030	156,4	591,2	1.940,9								2.688,4
	OS 1.2 D'ici 2023, les États membres commenceront à augmenter d'au moins 40 % l'espace budgétaire afin de permettre l'augmentation des investissements dans le personnel de la santé qualifié	626,8		136,0	262,5	544,5		200,9				1.770,6
	OS 1.3 D'ici 2023, les États membres protégeront en permanence le personnel de la santé contre les dangers et les risques professionnels	20,9	163,0	170,0								353,9
	OS 1.4 D'ici 2023, les États membres amélioreront continuellement les conditions de travail et la rémunération du personnel de la santé	95,0	21,7		184,0							300,6
	OS 1.5 D'ici 2025, les États membres auront élaboré et mis en œuvre des stratégies pour intégrer l'égalité des sexes dans le personnel du secteur de la santé	95,0	353,8	42,2								491,0
Total		994,0	1.129,8	2.289,1	446,4	544,5		200,9				5.604,6
OS 2. Harmonisation de l'éducation, la formation et le développement	OS 2.1 D'ici 2026, les États membres auront une formation et un développement harmonisés		473,4	170,0								643,4
	OS 2.2 D'ici 2027, les États membres dispenseront une formation aux professionnels de la santé spécialisés en fonction des besoins actuels et émergents en matière de santé de la population			531,6								531,6
	OS 2.3 D'ici 2027, les États membres auront des politiques qui favorisent l'accès aux opportunités d'éducation dans le domaine de la santé sur la base des principes d'égalité et de prix abordables, y compris les jeunes et les femmes			253,1								253,1
	OS 2.4 D'ici 2025, des centres de formation régionaux d'excellence auront été désignés			385,3								385,3
	OS 2.5 D'ici 2025, le Secrétariat de la SADC aura lancé le programme de développement du personnel de la santé			0,0								0,0
Total			473,4	1.340,0								1.813,4
Coût global estimé		1.720,0	3.038,0	4.802,7	1.169,0	1.308,8	913,4	945,5	565,2	587,3	664,9	15.714,8



Orientation stratégique	Interventions stratégiques	Coût estimatif par an (1000 \$ Int. PPA)										
		2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Total
OS 3. Développement et adoption des meilleures pratiques en matière d'encadrement et de gestion stratégiques des RHSS	OS 3.1 D'ici 2023, les États membres se feront champions de l'intégration des questions relatives au personnel de la santé dans toutes les politiques et interventions sanitaires		128,6									128,6
	OS 3.2 D'ici 2026, les États membres auront renforcé leurs capacités en matière d'analyse du marché du travail du secteur de la santé, de planification, de développement et de gestion des RHSS			170,0								170,0
	SD3.3 D'ici 2024, la SADC aura mis en place un mécanisme de soutien et de responsabilisation entre pairs	156,4	163,0	170,0	177,2	184,8	192,6	200,9	209,4	218,3	227,6	1.900,3
	OS 3.4 D'ici 2027, les États membres disposeront de mécanismes de dialogue social institutionnalisés entre les gouvernements, les travailleurs, les employeurs et les autres parties prenantes concernées		0,0			45,4					54,6	100,0
Total		156,4	291,7	340,0	177,2	230,2	192,6	200,9	209,4	218,3	282,2	2.298,9
OS 4. Gouvernance et réglementation améliorées du personnel de la santé	OS 4.2 D'ici 2027, le Secrétariat de la SADC aura développé un cadre avec des critères de conformité stricts pour la reconnaissance mutuelle et réciproque de l'éducation et de la qualification des professions de la santé			297,7								297,7
	OS 4.1 D'ici 2021, les États membres appliqueront les normes professionnelles et garantiront la sécurité publique			206,4								206,4
	OS 4.3 D'ici 2026, les États membres encourageront les programmes d'échanges entre eux, en particulier en ce qui concerne le transfert de compétences											
	OS 4.4 D'ici 2026, les États membres auront créé des collaborations / partenariats multisectoriels (PPP) pour faciliter le partage des ressources en RHSS	41,7				203,9	193,6	1,0	1,0	1,0	1,1	443,3
Total		41,7		504,2		203,9	193,6	1,0	1,0	1,0	1,1	947,4
OS 5. Développement de systèmes fiables de suivi et d'évaluation des données	OS 5.1 D'ici 2021, les États membres disposeront d'un SIRH capable de générer des informations afin de suivre de bout en bout le cycle de vie du personnel de la santé (production - nombre actif - sortie)	135,7	684,4	34,0								854,1
	OS 5.2 D'ici 2023, les États membres disposeront d'un registre du personnel de la santé pour suivre le nombre, la répartition, les flux, les sorties, la demande et l'offre des effectifs de la santé	157,1	162,9	169,0	175,3	181,8	188,5	195,6	202,8	210,4	218,2	1.861,5
	OS 5.3 D'ici 2021, les États membres auront amélioré le dialogue multi-sectoriel pour une meilleure gestion du personnel de la santé				107,6	12,3	197,4					317,3
	OS 5.4 D'ici 2022, les États membres auront institutionnalisés les comptes nationaux du personnel de la santé (CNPS) et l'établissement de rapports annuels	235,2	122,0	126,5	262,5	136,1	141,2	347,3	151,9	157,6	163,4	1.843,7
	OS 5.5 D'ici 2026, les États membres auront intégré des indicateurs de sécurité du personnel de la santé dans un système d'informations sanitaires		173,9									173,9
Total		528,0	1.143,2	329,5	545,3	330,2	527,1	542,9	354,7	367,9	381,6	5.050,5
Coût global estimé		1.720,0	3.038,0	4.802,7	1.169,0	1.308,8	913,4	945,5	565,2	587,3	664,9	15.714,8



5.4 Potentiel d'espace financier pour les investissements dans le personnel de la santé de la région de la SADC

Une analyse préliminaire utilisant les données des États membres de la SADC confirme les preuves mondiales selon lesquelles l'investissement dans le bon type d'interventions et de mesures politiques concernant le personnel de santé pourrait produire un rendement sur investissement de 9: 1. Cette section met en évidence l'analyse de l'espace budgétaire pour la région de la SADC et pour chacun des États membres pour lesquels des données ont été soumises. Alors que huit pays ont soumis des données, ces ensembles de données n'étaient pas complets et deux pays n'ont pas fourni de données sur leur offre prévue des RHSSS. Ainsi, il y a eu extraction de données à partir des « Indicateurs du développement dans le monde » de la Banque mondiale, de la base de données sur les dépenses de santé mondiales de l'OMS, du site Web de la SADC et de la base de données NHWA pour accroître la modélisation qui a suivi l'approche du marché du travail de la santé et en utilisant le modèle de développement et d'analyse des services de santé (HeSDA) (Asamani, et al., 2018).

La demande économique du personnel de la santé se reflète dans la capacité et la volonté d'un pays de payer les agents de santé. Cela évalue l'intérêt conjoint du gouvernement et du marché privé pour l'achat de soins de santé, dont une grande partie comprend le coût des salaires des agents de santé. La logique sous-jacente à cette approche est que les pays ne dépenseront pas plus qu'ils ne peuvent se permettre en soins de santé, même si leur niveau de santé ou leur niveau d'utilisation des soins de santé est sous-optimal par rapport à une référence établie au niveau international (Scheffler et al., 2016). Par conséquent, il est recommandé que les prévisions basées sur la demande utilisent des indicateurs de croissance économique globale ou des indicateurs spécifiques du secteur de la santé qui représentent les dépenses dans le secteur des soins de santé.

Une approche antérieure d'estimation linéaire de l'espace financier a été adoptée (voir encadré 2). En appliquant les formules de l'encadré 2 pour estimer l'espace budgétaire (demande) du secteur public pour l'emploi des agents de la santé, la croissance projetée du PIB des États membres; les dépenses publiques générales de santé (GGHE) en pourcentage du PIB; la proportion de la GGHE consacrée aux salaires et traitements des agents de santé a été extraite des Indicateurs du développement dans le monde de la Banque mondiale et de la base de données de l'OMS sur les dépenses de santé dans le monde (GHED). Lorsque les données sur la contribution du secteur privé à l'emploi du personnel de santé n'étaient pas disponibles, les dépenses de santé privées (en tant que proportion des dépenses courantes de santé) ont été utilisées comme approximation.



Encadré 2 : Hypothèses relatives à l'espace financier

- **Espace budgétaire du secteur public pour l'année, i** = (DGSG comme % PIB _{i} * Valeurs nominales du PIB) _{i} * RHSSS Dépenses en tant que % GGHE _{i} ... (1)
- **Capacité économique cumulée pour l'année, i** = Espace budgétaire du secteur public _{i} * (1 + proportion de l'emploi des RHSSS dans le secteur privé) ... (2)

Où:

- **i = année cible**
- **DGSG = Dépenses générales de santé du gouvernement**
- **PIB = Produit intérieur brut**

Notes : Il existe des équations économétriques élaborées et recommandées pour estimer la demande d'agents de santé à partir des indicateurs macroéconomiques et des modèles de dépenses de santé dans les pays. Compte tenu des contraintes de données, ces concepts ont guidé l'utilisation des formules ci-dessus dans lesquelles, de manière conservatrice, on a supposé que si le gouvernement continue de dépenser une proportion similaire du PIB pour la santé et une proportion similaire de DGSG pour les RHSS, toutes choses étant égales par ailleurs, l'espace budgétaire pour les RHSS serait proportionnelle à la taille du PIB. On a en outre supposé que le secteur privé ne se contracterait pas et qu'une proportion similaire d'emplois dans le secteur privé se maintiendrait.

Comme le démontre le tableau 7, on estime que dans les États membres de la SADC, l'espace économique cumulé pour l'emploi des agents de la santé est d'environ 2,5 milliards de dollars américains, qui devraient passer à 2,8 milliards USD d'ici 2024 et 3,45 milliards USD d'ici 2030. En utilisant le besoin normatif minimum d'agents de santé (en utilisant le seuil de l'OMS de 4,45 pour 1000 habitants), le coût des besoins est d'environ 13,3 milliards de dollars américains, qui passera à environ 14,4 milliards de dollars américains d'ici 2024 et 16,3 milliards de dollars américains d'ici 2030.

On estime que les niveaux actuels et prévus de l'offre du personnel de la santé coûteront 7,5 milliards de dollars américains en emplois du personnel de la santé en 2020, qui passeront à au moins 8,8 milliards de dollars en 2030, si la tendance actuelle se poursuit. Ainsi, alors que l'offre potentielle pourrait répondre à près de 89% du besoin normatif minimum, seuls 33% du nombre nécessaire pourraient être financés. Ce qui précède suggère un déficit de financement futur important pour les personnels de santé si des efforts concertés ne sont pas poursuivis pour plaider en faveur d'une augmentation des investissements, notamment pour exploiter et maximiser le potentiel du secteur privé. L'une des principales limites de cette estimation rapide et approximative est que la contribution des partenaires de développement à la masse salariale de la santé n'a pas été pleinement prise en compte.

L'analyse de huit États membres qui ont participé à la réunion consultative technique montre que dans la plupart des cas, la production ou l'offre actuelle du personnel de santé est inférieure aux besoins globaux en RHSSS des pays. Seuls trois États membres pourraient être en mesure de répondre à leurs besoins estimés avant 2030. En outre, la demande cumulative ou la capacité de payer (dans les secteurs public et privé) est supérieure à l'offre des RHSSS. Cela est évident dans le nombre de travailleurs expatriés qui sont employés dans ces États membres (voir figures 5 à 12).



Tableau 11 : Estimation de l'espace financier et analyse de faisabilité économique – Région de la SADC (millions de dollars américains)

Variable	Estimation		
	2020	2024	2030
Espace budgétaire du secteur public pour les RHSS	1.752,48	1.969,01	2.344,98
Demande économique du secteur privé pour les RHSS	747,82	840,22	1.000,66
Espace financier cumulé (demande économique) pour les RHSS	2.500,31	2.809,23	3.345,64
Coût estimé du stock / approvisionnement des RHSS	7.496,97	8.770,39	11.097,34
Coût estimé du besoin minimum (seuil de l'OMS)	13.293,67	14.408,09	16.257,30

5.5 Le cas de l'investissement dans le personnel de la santé de la région de la SADC

Des données mondiales ont montré que la contribution du personnel de santé transcende son rôle critique dans la réalisation de la santé (ODD 3), car un lien clair a été établi entre l'investissement du personnel de la santé et d'autres ODD tels que les objectifs 4 (éducation de qualité), 5 (genre égalité) et 8 (travail décent et croissance économique) entre autres. Cependant, le personnel de santé a été l'un des domaines les plus touchés des mesures de maîtrise des coûts des soins de santé afin de libérer des ressources pour investir dans d'autres domaines concurrents. Des données récentes (Lauer et al., 2017) - comme le montre la figure 7, ont démontré au moins six (6) voies causales à travers les investissements en personnel de la santé qui (dans le cadre des intrants du système de santé) peuvent stimuler une croissance économique inclusive au-delà du secteur de la santé.

Encadré 3 : Piste de la santé vers la croissance économique

- la voie de la santé – les avantages sanitaires intrinsèques (non évalués sur le marché) du système de santé ;
- la trajectoire de la production économique qui concerne les avantages économiques intrinsèques (évalués sur le marché) du système de santé ;
- la voie de la protection sociale, qui traite des prestations de maladie, d'invalidité, de chômage et de vieillesse, ainsi que la protection financière contre la perte de revenu et les prestations de santé catastrophiques ;
- la voie de la cohésion sociale, en abordant le rôle d'un système de santé dans la promotion de l'équité et la promotion de la redistribution et de la croissance ;
- la voie de l'innovation et de la diversification, en abordant le rôle du système de santé dans la conduite du développement technologique et dans la protection contre les chocs macroéconomiques ; et
- la voie de la sécurité sanitaire, en abordant le rôle du système de santé dans la protection contre les flambées épidémiques et les pandémies potentielles.



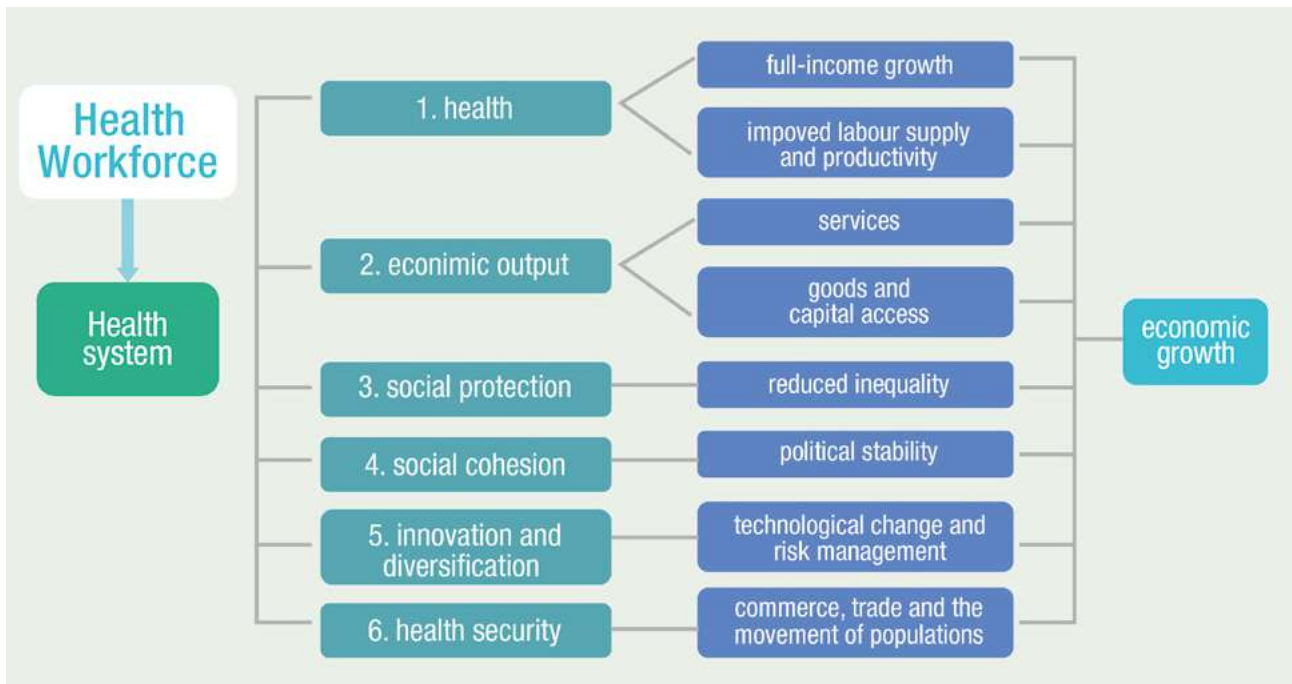


Figure 6 : Voie de la santé vers la croissance économique

Source : Adaptée de (Lauer, et al., 2017)

L'Organisation internationale du travail (OIT) a également analysé la contribution du personnel de la santé (professions de la santé) à l'emploi au sein de l'économie de la santé au sens large ; ce qui a révélé que grâce à un large éventail de travailleurs et des effets multiplicateurs potentiels dans les industries fournissant des biens et services pour la santé, le potentiel de création d'emplois est encore plus élevé, y compris pour les travailleurs peu qualifiés. En ce qui concerne l'emploi rémunéré, les estimations de l'OIT suggèrent qu'à l'échelle mondiale, pour chaque emploi dans le secteur de la santé (tel que médecin, infirmier, physiothérapeute), 1,5 emploi supplémentaire est créé pour les travailleurs des professions non liées à la santé (administration, nettoyage, fabrication) à la fois dans le secteur de la santé et l'économie plus large liée à la santé. Si l'on tient compte du travail supplémentaire non rémunéré de soins de longue durée aux personnes âgées, cela porterait ce ratio à 2,3 emplois non liés à la santé pour 1 emploi dans le secteur de la santé. Cette approche prend en compte tous les travailleurs qui fabriquent des produits liés à la santé et fournissent des services indépendamment de leur profession, de leur situation professionnelle ou de leur secteur économique. En conséquence, la main-d'œuvre a été estimée à 234 millions de travailleurs dans l'ensemble des économies liées à la santé dans le monde, soit 71 millions de travailleurs dans les professions de la santé, 106 millions de travailleurs rémunérés dans les professions non liées à la santé et 57 millions de travailleurs non rémunérés dans le secteur de la santé, principalement les personnes qui ont quitté un emploi rémunéré pour s'occuper de leurs proches. La figure 8 résume l'impact de l'emploi dans les professions de la santé sur la création d'emplois dans différents groupes de revenus de pays.



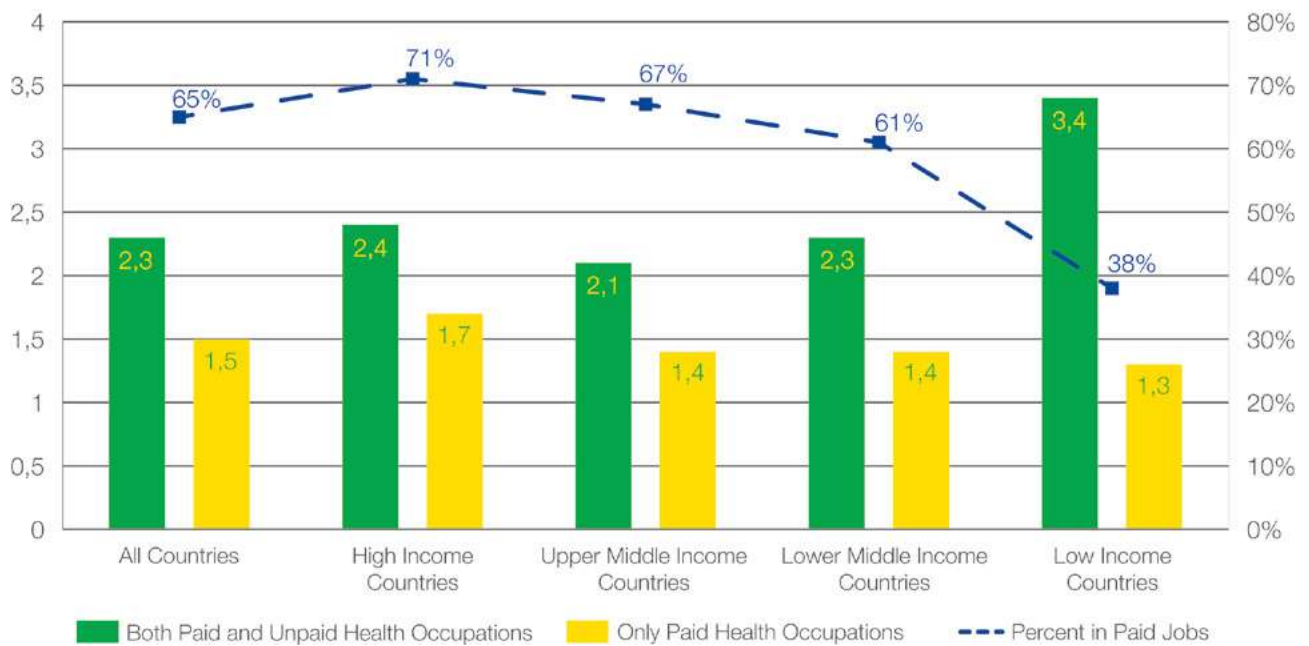


Figure 7 : Ratio des travailleurs des professions non liées à la santé (NHO) aux travailleurs des professions de la santé (HO), par groupe de revenu, 2015

Source : Adaptée des calculs du BIT, 2016

En investissant dans les 9,2 millions d'agents de la santé nécessaires en Afrique d'ici 2030 (ce qui comprend 3,1 millions d'approvisionnement et 6,1 pénuries), il est possible de créer plus de 20 millions de nouveaux emplois dans la région, ce qui équivaut à une augmentation de 40% des taux actuels de création d'emplois (Organisation mondiale de la santé, 2016). En représentant environ un tiers de la population de la région Afrique, les efforts de la SADC contribueraient considérablement à remédier aux défaillances du marché du travail dans la région.

Une analyse rapide a été entreprise avec des données limitées pour examiner l'influence des investissements dans le personnel de santé sur certains indicateurs économiques afin d'augmenter les données mondiales pour plaider en faveur d'une augmentation des investissements, ainsi que pour renforcer le dialogue social avec les employeurs, les représentants des travailleurs et engager d'autres parties prenantes clés. En raison des problèmes de qualité et d'exhaustivité des données, des estimations limitées ont été appliquées pour explorer les relations entre la densité des personnels de santé et certains indicateurs sanitaires et économiques. Les corrélations émergentes renforcent les preuves mondiales connues selon lesquelles l'investissement dans le personnel de la santé offre un rendement sur investissement significatif. La simulation a montré que dans le contexte de la région de la SADC, si la densité du personnel de la santé employé était collectivement augmentée d'une unité pour 1000 habitants (soit d'environ 277000), elle pourrait augmenter le taux de croissance du PIB par habitant par la croissance économique d'environ 39 % jusqu'en 2030 (ajoutant environ 1340 USD de PIB par habitant sur 10 ans). Le rendement économique sur investissement varie entre 1: 6 et 1:11.

En termes d'impact sur les résultats de la santé, une augmentation de l'investissement de 1 pour 1 000 habitants est également susceptible d'être associée à 4 à 8 années supplémentaires d'espérance de vie à la naissance; et une réduction de l'incidence du VIH (% de la population non infectée âgée de 15 à 49 ans) de 2,3%. Pour débloquer ces rendements, il faudrait au moins une augmentation de 9% des dépenses totales de santé, dont 60 à 72% doivent être investis dans l'emploi des personnels de santé et la création d'emplois.



Encadré 4 : Résumé du cas d'investissement dans le personnel de santé

- L'espace budgétaire cumulé ou la demande économique de RHSS est inférieur au seuil déterminé par l'OMS de la densité du personnel nécessaire pour atteindre la CSU.
- D'après les données disponibles, la modélisation projetait que si l'emploi du personnel de la santé était augmenté d'une unité pour 1 000 habitants, cela ajouterait 39 % à la croissance économique sous régionale en termes de PIB par habitant. Cela représente 1 340 \$ US supplémentaires de PIB par habitant sur dix ans et un rendement sur investissement compris entre 6 : 1 et 11 : 1.
- Ces investissements concernent également des résultats positifs en matière de santé, car cela ajouterait huit années supplémentaires à l'espérance de vie à la naissance des citoyens des États membres et une réduction de la prévalence du VIH de 2,3 % (dans la tranche d'âge de 15 à 49 ans).
- Cependant, pour réaliser ces rendements, il faudrait investir au moins 9 % d'augmentation des dépenses totales de santé dans les États membres. De plus, entre 60 % et 72 % de l'augmentation des investissements doivent être orientés vers la création d'emplois décents pour le personnel de la santé.



CHAPITRE 06



SUIVI ET ÉVALUATION

6.1 Introduction

Le présent chapitre détaille le cadre de suivi et évaluation (S&E) pour orienter la mise en œuvre du plan stratégique. Le cadre de S&E vise à disposer d'un mécanisme coordonné et efficace qui soutient la prise de décision et la responsabilité en matière de RHSS fondées sur des données probantes. Le cadre facilitera le suivi de la mise en œuvre des principales interventions stratégiques, générera des informations pour soutenir la prise de décision et formulera des recommandations sur les domaines d'amélioration. Le Secrétariat de la SADC et les États membres, y compris les partenaires, seront impliqués dans le processus de suivi stratégique, en harmonisation au niveau régional par le biais du Comité technique des RHSS de la SADC composé de responsables des RHSS. Chaque État membre mènera son propre processus de suivi et d'évaluation sur la base des plans stratégiques respectifs en matière de personnels de santé.

6.2 Suivi

Le suivi des principales étapes régionales de ce plan sera effectué sur une base trimestrielle par le Comité technique des RHSS de la SADC. Les unités RHSS des États membres (au niveau national et infranational) seront responsables de la mise en œuvre et de la coordination au jour le jour des activités RHSS pour suivre la mise en œuvre de ce plan stratégique. Les évaluations de performance seront menées conjointement par les parties prenantes au niveau national et infranational (acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux). Le but de l'évaluation conjointe est d'examiner les performances et d'éclairer les investissements sur les priorités clés ayant le plus d'impact.

6.3 Évaluation

Le Secrétariat de la SADC par le biais du Comité technique des RHSS analysera et rendra compte des indicateurs de performance clés chaque année, tandis qu'un examen à mi-parcours du plan sera effectué en 2025 et une évaluation finale en 2030 pour déterminer dans quelle mesure les objectifs de ce plan stratégique sont atteints à travers les différentes cibles clés. L'examen à mi-parcours se concentrera sur l'évaluation de l'état de la mise en œuvre, l'alignement des documents sur les principales interventions stratégiques au niveau des États membres et les possibilités d'amélioration, entre autres. Les résultats seront utilisés pour ajuster les stratégies, priorités et objectifs clés.

6.4 Mécanisme de collaboration et de responsabilité

Au niveau des États membres, le suivi et l'évaluation du plan relèveront de la responsabilité des ministères de la santé à travers les divisions / départements des RHSS. Toutes les parties prenantes et institutions concernées sont tenues de communiquer périodiquement les données pertinentes dans le cadre de l'observatoire national des personnels de santé. Les mesures suivantes seront prises pour garantir la responsabilité :



- **Collaboration et responsabilité des parties prenantes** : Les ministères de la santé doivent engager leurs parties prenantes à travers le forum de la division / département des RHSS au moins deux fois par an. Les parties prenantes (étatiques et non étatiques) et les institutions doivent soumettre des rapports et des données pertinents via le système d'information disponible sur les RHSS ou en utilisant un modèle de rapport convenu.
- **Données opportunes, fiables et précises** : Il sera demandé à la partie prenante de soumettre des rapports sur la mise en œuvre des activités, programmes et projets prévus découlant de ce plan en utilisant un format normalisé. Toutes les parties prenantes doivent s'assurer que toutes les données soumises sont fiables. Une attention particulière devrait être accordée pour garantir l'intégration de l'analyse sexospécifique et de la ventilation par sexe dans les données et les rapports sur les personnels de santé.
- **Retour d'information et diffusion** : Les ministères de la santé examineront les données sur les RHSS, fourniront des commentaires aux institutions déclarantes sur la qualité des données et des rapports (exhaustivité, exactitude et actualité) et diffuseront périodiquement des informations mises à jour sur la situation des RHSS par le biais du HRHICC et d'autres forums pertinents.

6.5 Indicateurs de performance clés et cibles

Le plan stratégique comporte des indicateurs de performance clés (IPC) pour orienter le suivi et l'évaluation. Ces indicateurs seront utilisés par le Secrétariat de la SADC et les États membres pour faciliter la mise en œuvre du plan stratégique. La plupart des indicateurs de performance clés sont liés à la *Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé: personnel de la santé 2030, le cadre régional africain de l'OMS pour la mise en œuvre de la stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé et les indicateurs de la CNPS*.

Le tableau 12 répertorie les cibles d'indicateurs clés de base, à mi-parcours et à la fin.



Tableau 12 : Plan de suivi et évaluation

Orientation stratégique (OS)	Code	Indicateurs clés de performance (ICP)	Point de référence (2020)	Objectif à moyen terme (2025)	Objectif final (2030)	Source de données	Périodicité des rapports	Responsabilité de rapport
OS 1: Investissement dans les emplois et le travail décent du personnel de santé	OS1.1	Densité d'agents de santé (médecins, infirmiers, infirmières et sages-femmes) pour 1000 habitants (moyenne de la SADC)	102	2.3	4.45	Enquêtes sur la population active / Rapports NHWA / Recensement de la population	Annuels	États membres et Secrétariat de la SADC
	OS1.2	Pourcentage d'augmentation des fonds alloués aux priorités du personnel de la santé	(establish baseline)	25%	40%	Comptes nationaux de la santé / budgets nationaux	Annuels	États membres (Ministères Finances & Santé)
	OS1.3	Nombre d'États Membres dotés de politiques et de programmes actualisés en matière de santé et de sécurité au travail (Charte de sécurité du PS de l'OMS)	(establish baseline)	12	16	Documents de politique	Annuels	États membres et Secrétariat de la SADC
	OS1.4	Pourcentage d'augmentation des fonds alloués aux priorités du personnel de la santé	(établir la ligne de base)	25% réduction par rapport à la ligne de base	50% de réduction du point de référence	SIRH, registre des personnels de santé / observatoire	Annuels	États membres et Secrétariat de la SADC
	OS1.5	Nombre d'États Membres dotés de politiques et de programmes actualisés en matière de santé et de sécurité au travail (Charte de sécurité du PS de l'OMS)	(établir la ligne de base)	8	16	Rapports CNPS	Annuels	États membres et Secrétariat de la SADC
OS 2: Harmonisation de l'éducation, de la formation et du développement	OS2.1	Pourcentage d'États Membres dotés de mécanismes d'accréditation harmonisés pour les programmes de formation et de développement des agents de santé	(établir la ligne de base)	30%	50%	Autorités d'accréditation / rapports des organismes professionnels / HTI	Annuels	États membres (Ministères Santé & Éducation)
	OS2.2	Ratio minimum de cadres spécialisés formés par rapport au stock total d'agents de santé actifs (cadres réglementés)	(établir la ligne de base)	20%	40%	Rapports du conseil professionnel / CNPS	Annuels	États membres (Ministères Santé)
	OS2.3	Nombre d'États Membres dotés de politiques qui favorisent l'accès aux opportunités d'éducation en santé sur la base des principes d'égalité et d'abordabilité, y compris les jeunes et les femmes	(établir la ligne de base)	16	16	Autorités d'accréditation / organismes professionnels	Tous les trois (3) ans (triennaux)	États membres (Ministères Santé & Éducation)
	OS2.4	Nombre d'institutions régionales de formation en santé (centres d'excellence)	(établir la ligne de base)	5	10	Rapports annuels de la SADC	Tous les trois (3) ans (triennaux)	États membres (Ministères Santé & Éducation)
	OS2.5	Pourcentage d'États Membres disposant de programmes de développement du personnel de santé qui encouragent la recherche sur le personnel de santé	(établir la ligne de base)	30%	80%	Rapports annuels de la SADC	Tous les trois (3) ans (triennaux)	États membres (Ministères Santé & Éducation)



Orientation stratégique (OS)	Code	Indicateurs clés de performance (ICP)	Point de référence (2020)	Objectif à moyen terme (2025)	Objectif final (2030)	Source de données	Périodicité des rapports	Responsabilité de rapport
OS 3: Développement et adoption des meilleures pratiques en matière de leadership et de gestion stratégiques des RHSS	OS3.1	Nombre d'États membres avec départements / directions des RHSS au sein du ministère de la Santé / agences de prestation de services	(établir la ligne de base)	16	16	Plans stratégiques des RHSS	Annuels	États membres (Ministères Santé)
	OS3.2	Nombre d'États membres dotés de capacités d'analyse du marché du travail dans le domaine de la santé, de planification, de développement et de gestion des RHSS	(établir la ligne de base)	16	16	Plans stratégiques des RHSS	Annuels	États membres (Ministères Santé)
	OS3.3	Nombre d'États membres dotés d'un mécanisme opérationnel inter institutions en matière de RHSS (intersectoriel) pour le soutien, la responsabilité et l'apprentissage entre pairs	Ne s'applique pas	2	16	Rapports des RHSS	Annuels	États membres et Secrétariat de la SADC
	OS3.4	Nombre d'États membres dotés de mécanismes de dialogue social institutionnalisés entre gouvernements, travailleurs, employeurs et autres parties prenantes concernées	Ne s'applique pas	8	16	Plans stratégiques des RHSS	Annuels	États membres (Ministères Santé)
OS 4: Amélioration de la gouvernance et du règlement du personnel de santé	OS4.1	Nombre d'États Membres dotés d'organismes de réglementation du personnel de santé pour toutes les professions de la santé	(établir la ligne de base)	11	16	Gouvernement / documents législatifs / traités	Tous les trois (3) ans (triennaux)	États membres
	OS4.2	Protocole / cadre ratifié avec des critères de conformité stricts pour la reconnaissance mutuelle et réciproque de la formation et de la qualification des professions de la santé	Ne s'applique pas	1	1	Documents de politique / protocole approuvé		Secrétariat de la SADC
	OS4.3	Nombre d'États membres disposant de programmes d'échange pour le transfert de compétences	Ne s'applique pas	4	16	Rapports de formation / transfert de compétences		Secrétariat de la SADC
	OS4.4	Nombre d'États membres ayant des collaborations / partenariats multisectoriels (PPP) partageant les ressources en RHSS	Ne s'applique pas	16	16	Traités bilatéraux Rapports de mobilité	Tous les trois (3) ans (triennaux)	États membres et Secrétariat de la SADC
OS 5: Développement des systèmes fiables de suivi et d'évaluation de données	OS5.1	Nombre d'États membres dotés d'un SIRH capables de générer des informations pour suivre de bout en bout le cycle de vie du personnel de santé (production - stock actif - sortie)	(établir la ligne de base)	16	16	Ministères de la santé, de l'éducation, rapports sur le travail	Annuels	États membres (Ministères Santé)
	OS5.2	Nombre d'États Membres disposant d'un registre du personnel de santé pour suivre le stock, la répartition, les flux, les sorties, la demande et l'offre du personnel de santé	(établir la ligne de base)	16	16	Ministères de la santé, de l'éducation, rapports sur le travail	Annuels	États membres (Ministères Santé)
	OS5.3	Nombre d'États membres dotés de plates-formes de dialogue multisectoriel	Ne s'applique pas	16	16	Ministères de la santé	Annuels	États membres (Ministères Santé)
	OS5.4	Nombre d'États Membres ayant des comptes nationaux du personnel de santé institutionnalisés (NHWA) et faisant rapport chaque année	Ne s'applique pas	16	16	Ministères de la santé, de l'éducation, Établissements de formation sanitaire	Annuels	États membres (Ministères Santé)
	OS5.5	Nombre d'États membres dotés d'indicateurs intégrés de sécurité des effectifs de la santé et d'un système d'information sanitaire	(établir la ligne de base)	8	16	Rapports nationaux CNPS	Tous les trois (3) ans (triennaux)	États membres (Ministères Santé)



6.6 Aperçu des risques potentiels et des mesures d'atténuation

La mise en œuvre du plan stratégique 2020-2030 du personnel de santé de la SADC peut être affectée par plusieurs facteurs indépendants de son influence. Ceux-ci seront documentés sous forme de risques et d'hypothèses à prendre en compte lors de la planification annuelle et lors du prochain cycle d'examen stratégique et de planification. Le risque majeur est d'assurer et de soutenir le financement national et du développement du plan stratégique, en particulier compte tenu de la pandémie du COVID-19 et de son impact sur la croissance économique immédiate et à long terme et l'espace budgétaire dans la région de la SADC.

Cependant, on s'attend à ce que les États membres s'efforcent d'atténuer ces facteurs par un plaidoyer fondé sur des données factuelles, afin de présenter un argumentaire d'investissement clair pour le financement des RHSS, ainsi que d'instituer des mécanismes de financement innovants par le biais d'autres parties prenantes telles que le secteur privé et les partenaires de développement dans le domaine de la santé, y compris les partenaires non gouvernementaux locaux, le cas échéant. Chaque État membre a la responsabilité d'élaborer un plan de gestion des risques pour la mise en œuvre de ce plan stratégique RHSS de la SADC. À des fins d'illustration, le cadre de gestion des risques abordera, au minimum, trois grands domaines de risque résumés dans le tableau 13 ci-dessous.

Tableau 13 : Résumé des principaux risques et mesures d'atténuation

Type de risques potentiels	Mesure d'atténuation potentielle
Risques liés à la stratégie	Les États membres devraient renforcer les capacités des ministères / départements responsables de gérer ou de contenir les événements de risques identifiés au cas où ils se produiraient et de traiter les facteurs qui associent cette stratégie à l'incertitude, comme par exemple les capacités au niveau national d'assurer la collecte des données et la mise en œuvre des politiques.
Risques liés aux politiques	Les États membres devraient revoir régulièrement les leviers des politiques non liées à la santé qui façonnent les marchés du travail de la santé, comme par exemple les politiques liées au secteur de l'éducation et de la formation et celles affectées par la dynamique du marché du travail.
Risques externes	Les États membres devraient instituer des mécanismes pour anticiper et développer des stratégies d'atténuation, comme par exemple les réponses du personnel à des risques tels que les épidémies, les pandémies et les capacités de maintenir un système de santé fonctionnel et de soutenir les services de santé essentiels dans un contexte de changements politiques et macroéconomiques majeurs.
Risques évitables	Les États membres devraient aligner leurs stratégies concernant le personnel de la santé sur le Plan stratégique de la SADC et fournir un financement adéquat pour la mise en œuvre de la stratégie.



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Asamani, J. A. et al., 2019. Towards a regional strategy for resolving the human resources for health challenges in Africa. *BMJ Global Health*, Volume 4.
2. Asamani, J. A. et al., 2018. Forecast of Healthcare Facilities and Health Workforce Requirements for the Public Sector in Ghana, 2016–2026. *International Journal of Health Policy and Management*, 7(11), pp. 1040-1052.
3. Azose, J. J., Raftery, A. E. (2019). Estimation of emigration, return migration, and transit migration between all pairs of countries. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 116(1), 116–122. <https://doi.org/10.1073/pnas.1722334116>
4. Chersich, M.F., Gray, G., Fairlie, L. et al, 2020. COVID-19 in Africa: care and protection for frontline healthcare workers. *Global Health* 16, 46. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00574-3>
5. Cometto, Scheffler, et al, 2017. Health workforce needs, demand and shortage to 2030, an overview of forecasted trends in the global labour market, in 'Health Employment and Economic Growth: an evidence base, Buchan, Dhillon and Campbell, WHO, 2017.
6. Fort, A. et al., 2017. The Human Resources for Health Effort Index: A tool to assess and inform Strategic Health Workforce Investments. *Human Resources for Health.*, 15(47).
7. International Council for Local Environmental Initiatives, 2015. *From MDGs to SDGs: What are the Sustainable Development Goals?*, Bonn: International Council for Local Environmental Initiatives.
8. International Labour Organisation, 2017. Improving Employment and Working Conditions in Health Services: Report for discussion at the Tripartite Meeting on Improving Employment and Working Conditions in Health Services, Geneva, 24–28 April 2017, International Labour Office, Sectoral Policies Department, Geneva, ILO, 2017. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/publication/wcms_548288.pdf
9. International Labour Organisation, 2019. *ILO Tripartite Technical Workshop for the SADC region on Investing in the health workforce: employment and decent work in the health sector*. Johannesburg, South Africa, International Labour Organisation.
10. International Labour Organisation, 2019. *ILO Tripartite Technical Workshop for the SADC region on Investing in the health workforce: employment and decent work in the health sector*, Johannesburg: International Labour Organisation.
11. Kroezen M, et al. 2017. Policy Brief: How can structured cooperation between countries address health workforce challenges related to highly specialized health care? European Observatory on Health Systems and Policy. Malta: World Health Organisation.
12. Lauer, J. A., Soucat, Araújo, E. & Weakliam, D., 2017. Pathways: the health system, health employment, and economic growth. *Health Employment and Economic Growth: An Evidence Base*, pp. 173-194.
13. Liu, J. X. et al., 2017. Global health workforce labour market projections for 2030. *Human resources for health*, 15(1), p. 11.



14. Mahlathi, P., Dlamini, J. 2015. Minimum Data Sets for Human Resources for Health and the Surgical Workforce in South Africa's Health System: A rapid analysis of stock and migration. Geneva: World Health Organization.
15. SADC, 2020. Report on Impact of COVID-19 Pandemic on SADC Economy, vol. 1 April 2020 https://www.sadc.int/files/6915/8758/8533/BULLETIN_2-SADC_Response_to_COVID19_ENGLISH.pdf
16. SADC, 1999. *SADC Protocol on Health*, Maputo: Southern Africa Development Community.
17. SADC, 2018. *SADC selected economic and social indicators, 2018.*, Gaborone: Southern Africa Development Community.
18. SADC, 2019. *Health Policy Framework*, Gaborone: SADC.
19. Scheil-Adlung, X., 2013. Health workforce benchmarks for universal health coverage and sustainable development. *Bulletin of the World Health Organization*, Volume 91, pp. 888-888.
20. Shaukat, N., Ali, D.M. & Razzak, J. 2020. Physical and mental health impacts of COVID-19 on healthcare workers: a scoping review. *Int J Emerg Med* 13, 40. <https://doi.org/10.1186/s12245-020-00299-5>
21. UNAIDS, 2019. *Global HIV & AIDS statistics – 2019 fact sheet*, s.l.: UNAIDS.
22. UNDP, 2016. *Sustainable development goals*, New York: United Nations Development Programme.
23. UNICEF, 2018. data.unicef.org/topic/child-survival/under-five-mortality/
24. United Nations, n.d. *United Nations Millennium Declaration*, s.l.: s.n.
25. World Bank, Price level ratio of PPP conversion factor (GDP) to market exchange rate.
26. World Health Organisation, 2016a. *Working for health and growth: investing in the health workforce. Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth.*, Geneva: World Health Organisation.
27. World Health Organisation, 2016b. *Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030*, Geneva: World Health Organisation.
28. World Health Organisation, 2016. *Health workforce requirements for universal health coverage and the sustainable development goals*, Geneva: Human Resources for Health Observer Series No 17.
29. World Health Organisation, 2018. *Astana Declaration on Primary Health Care*, Geneva: World Health Organisation.
30. World Health Organisation, 2020. *COVID-19 Situation Update for the WHO African Region, External Situation Report 27* Geneva: World Health Organisation.



ANNEXES

Annexe 1: Analyse de faisabilité économique

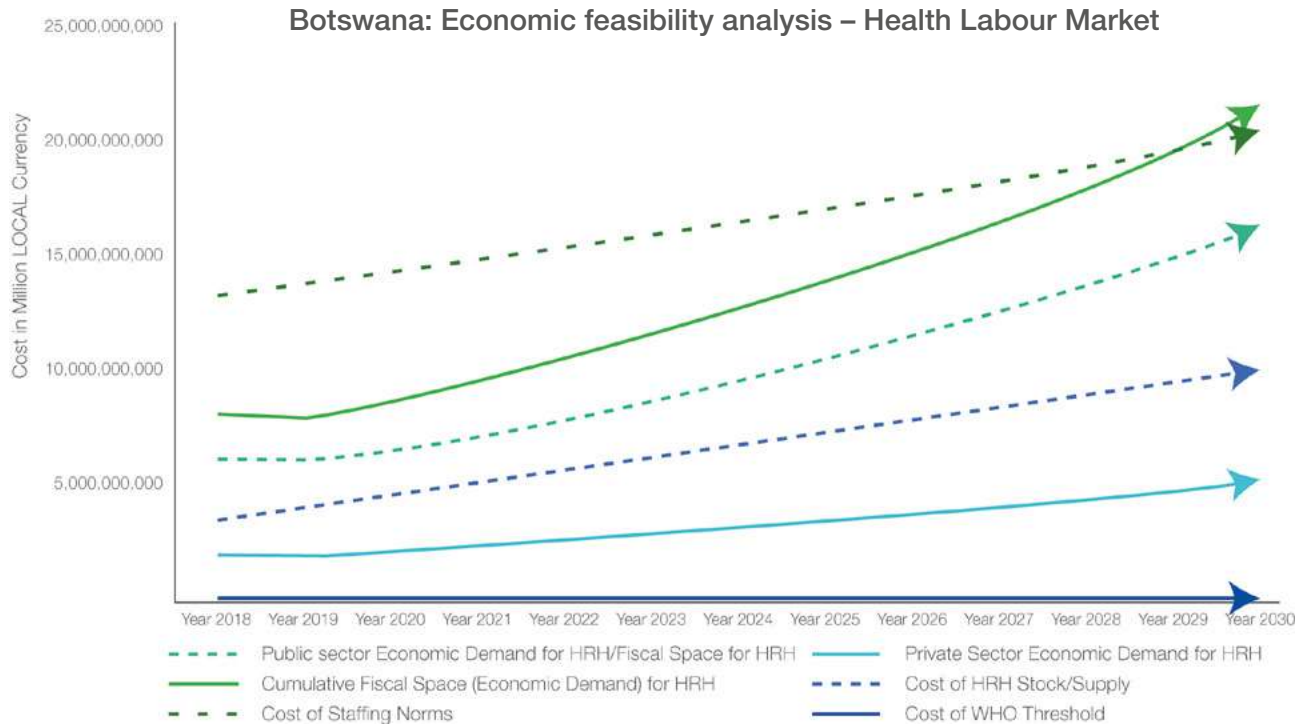


Figure 8 : Analyse de faisabilité économique – Botswana

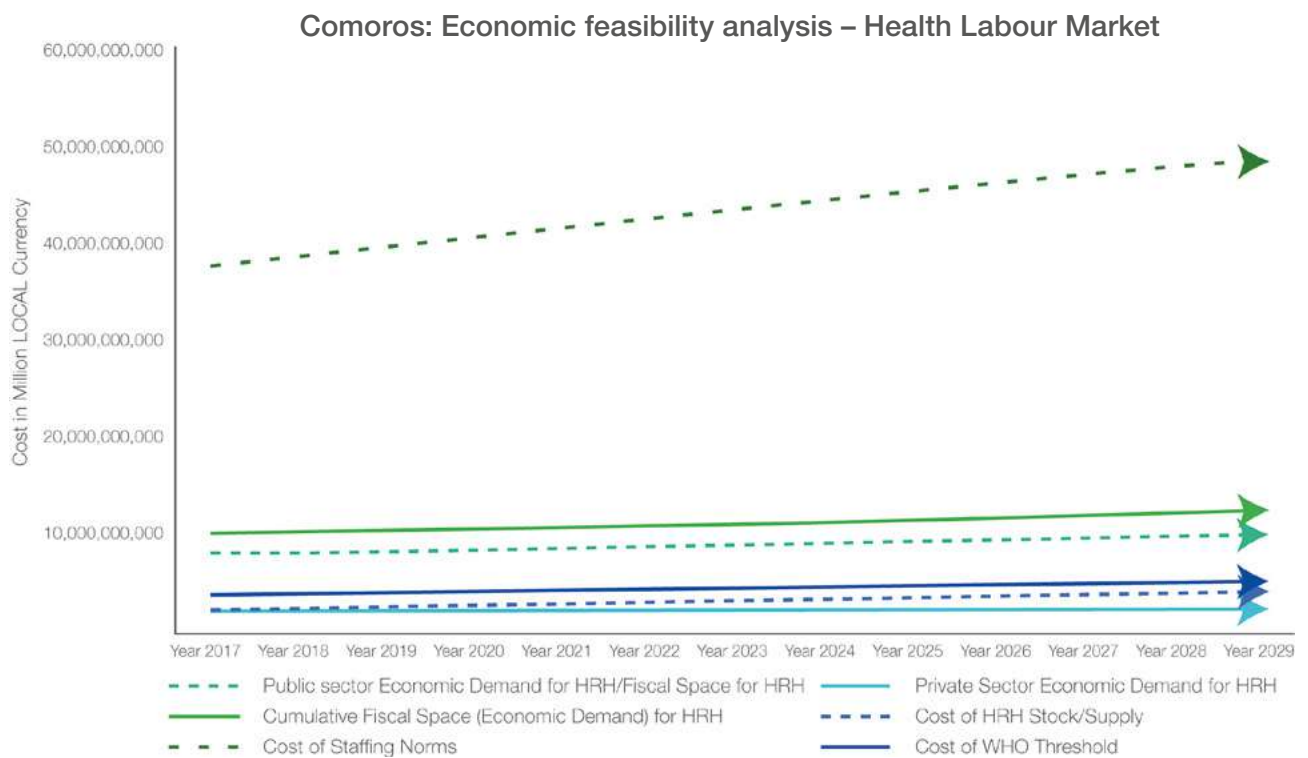


Figure 9 : Analyse de faisabilité économique – Comores



Eswatini: Economic feasibility analysis – Health Labour Market

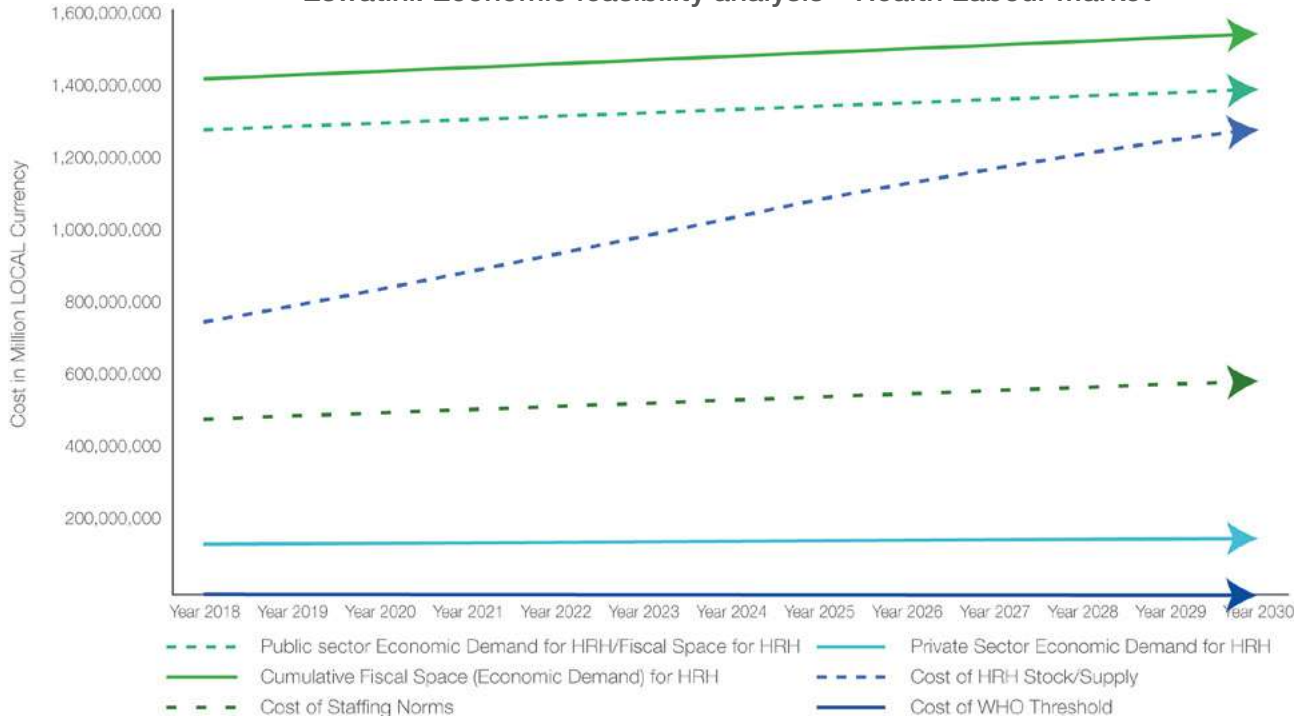


Figure 10 : Analyse de faisabilité économique – Eswatini

Lesotho: Economic feasibility analysis – Health Labour Market

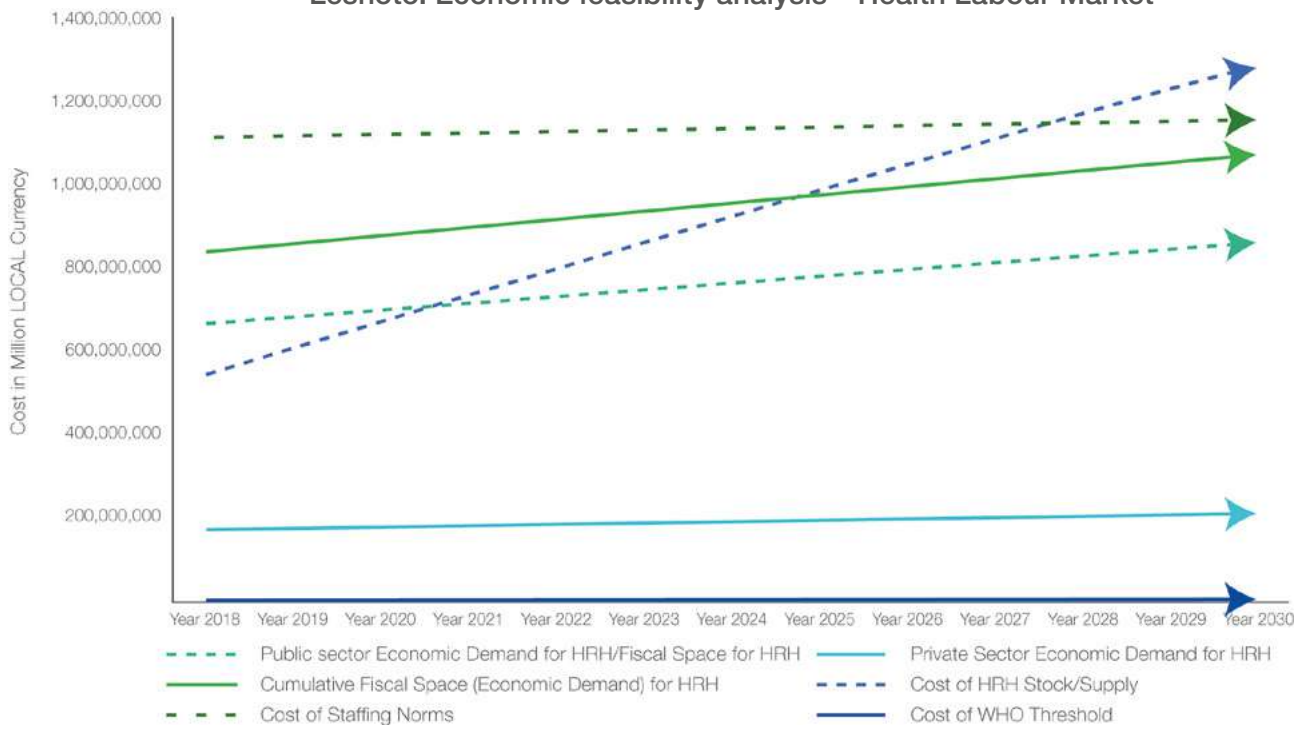


Figure 11 : Analyse de faisabilité économique – Lesotho



Malawi: Economic feasibility analysis – Health Labour Market

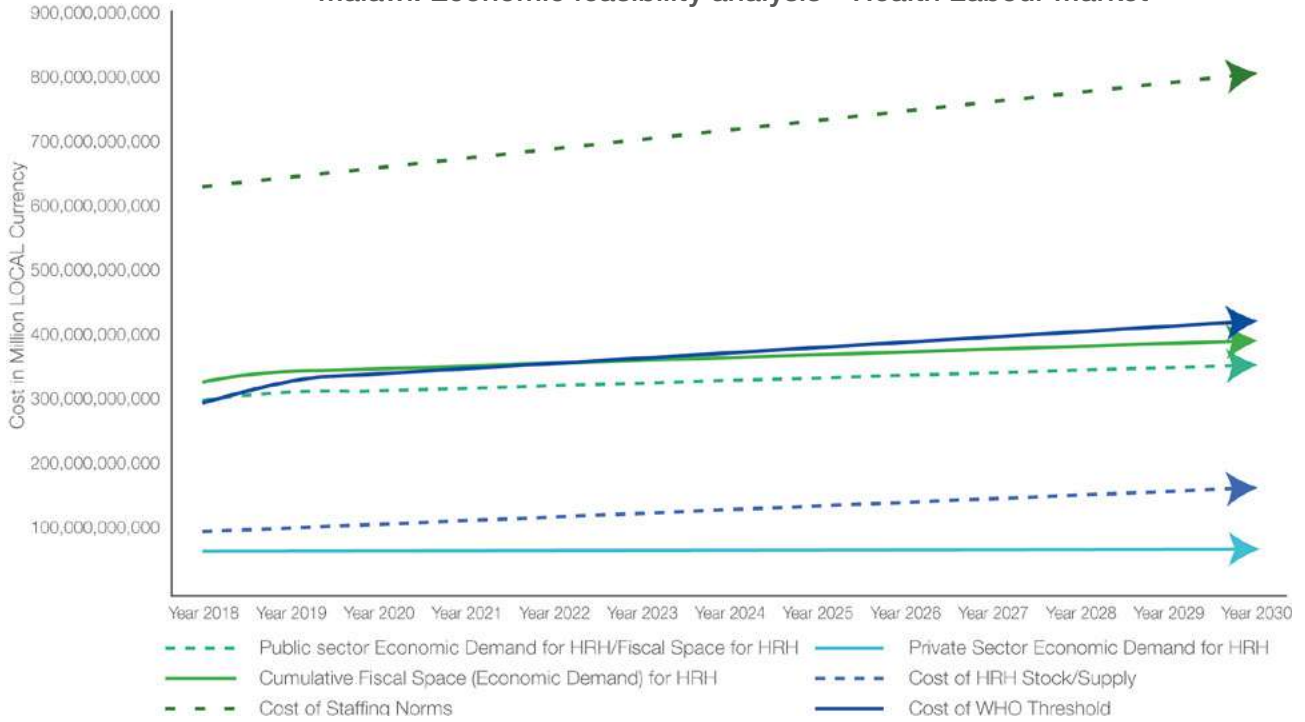


Figure 12 : Analyse de faisabilité économique – Malawi

Namibia: Economic feasibility analysis – Health Labour Market

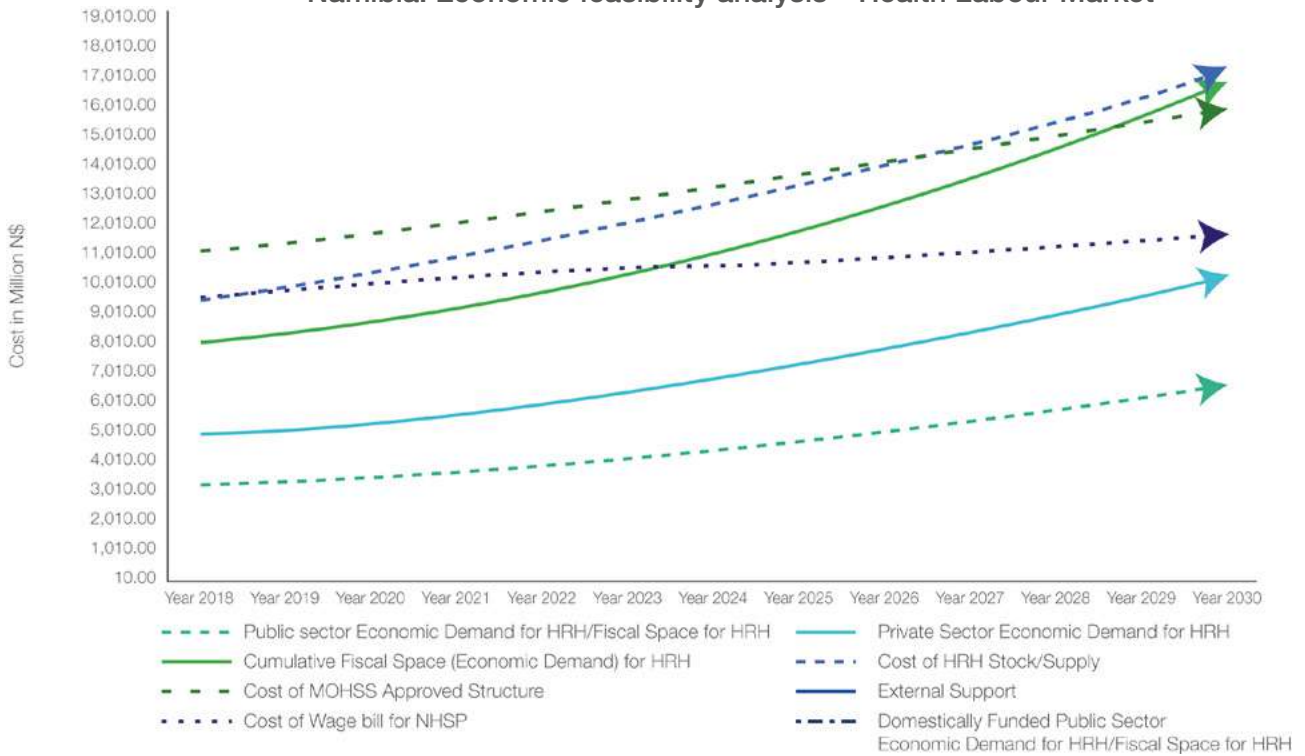


Figure 13 : Analyse de faisabilité économique – Namibie



Seychelles: Economic feasibility analysis – Health Labour Market

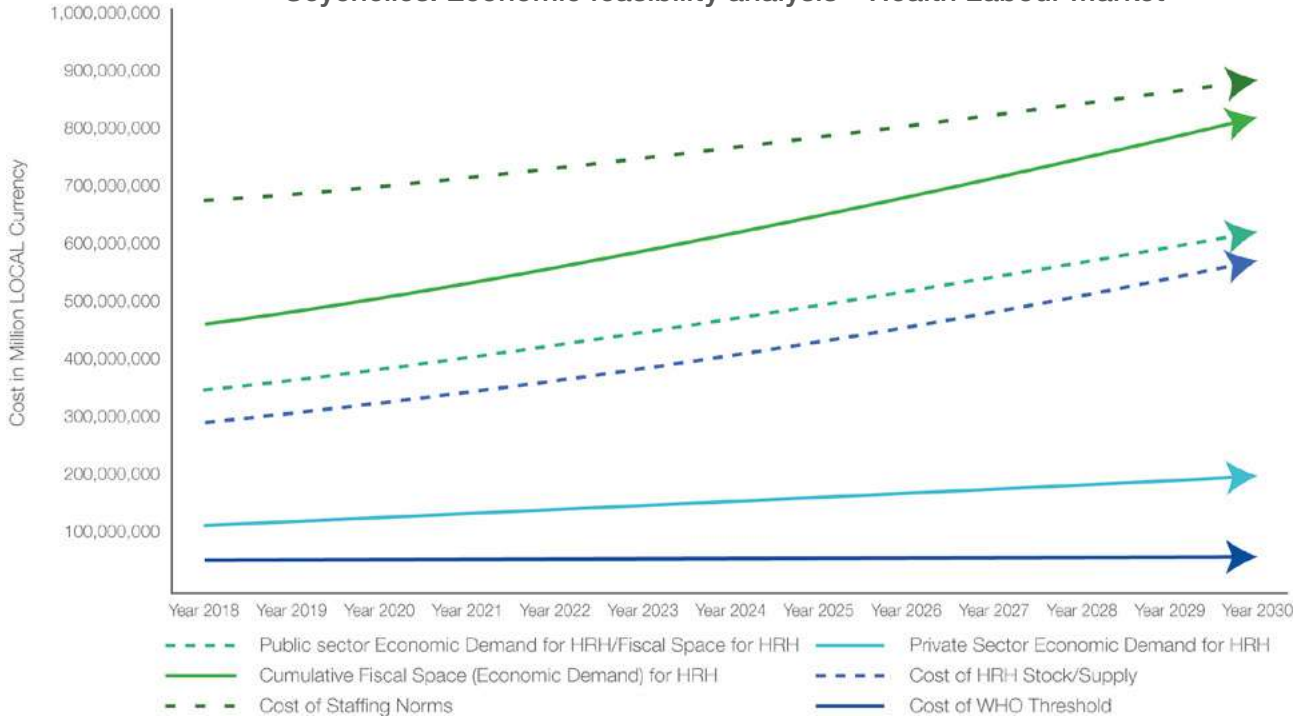


Figure 14 : Analyse de faisabilité économique – Seychelles

Zimbabwe: Economic feasibility analysis – Health Labour Market

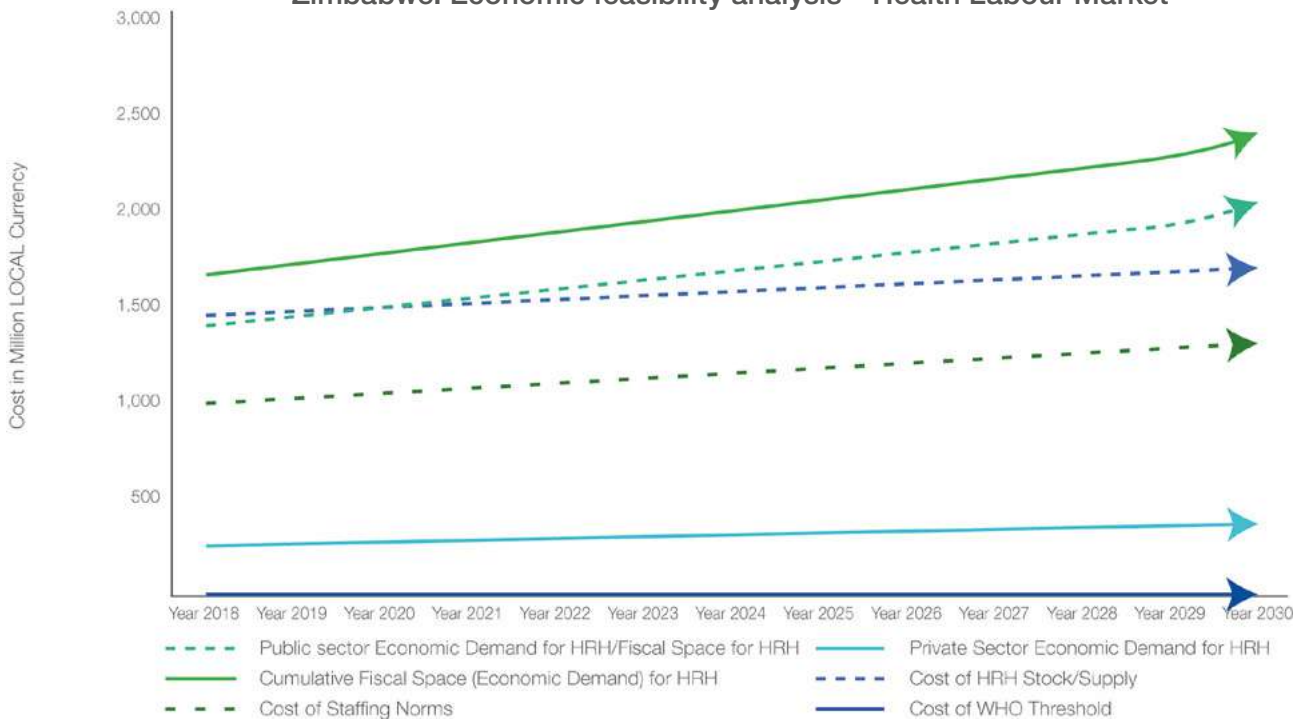


Figure 15 : Analyse de faisabilité économique – Zimbabwe



Annexe 2: Coût estimatif de la mise en œuvre du plan stratégique par type de ressources nécessaires au niveau

Orientation stratégique	Ressources nécessaires	Total (1.000 Int. \$ PPP)	Coût estimatif au niveau du pays (par pays) [1.000 \$ Int. PPP]
OS 1. Investissement dans les emplois et le travail décent du secteur de la santé	Forfait conférences internationales, y compris les frais de voyage	1.023,9 \$	0,0 \$
	Consultant international	506,8 \$	34,0 \$
	Consultant national/local	295,6 \$	18,1 \$
	Forfait conférence non résidentielle par personne	79,2 \$	5,3 \$
	Impression	57,5 \$	4,1 \$
	Forfait conférence résidentielle par personne	2.055,1 \$	133,2 \$
	Études du WISN	1.586,6 \$	113,3 \$
Total partiel		5.604,6 \$	308,0 \$
OS 2. Harmonisation de l'éducation, de la formation et du développement	Forfait conférences internationales, y compris les frais de voyage	510,0 \$	0,0 \$
	Consultant international	538,4 \$	22,7 \$
	Consultant national/local	99,0 \$	6,2 \$
	Poste hors dépenses	0,0 \$	0,0 \$
	Forfait conférence non résidentielle par personne	169,0 \$	10,6 \$
	Forfait conférence résidentielle par personne	497,0 \$	31,1 \$
	Formation spécialisée	0,0 \$	0,0 \$
Total partiel		1.813,4 \$	70,5 \$
OS 3. Élaboration et adoption des meilleures pratiques en matière d'encadrement et de gestion des RHSS	Forfait conférences internationales, y compris les frais de voyage	2.070,3 \$	0,0 \$
	Effet de levier sur d'autres activités	0,0 \$	0,0 \$
	Consultant national/local	37,1 \$	12,4 \$
	Poste hors dépenses	0,0 \$	0,0 \$
	Forfait conférence non résidentielle par personne	100,0 \$	6,2 \$
	Forfait conférence résidentielle par personne	91,5 \$	30,5 \$
Total partiel		2.298,9 \$	49,1 \$
Total général		15.714,8 \$	781,1 \$



Orientation stratégique	Ressources nécessaires	Total (1.000 Int. \$ PPP)	Coût estimatif au niveau du pays (par pays) [1.000 \$ Int. PPP]
OS 4. Amélioration de la gouvernance et du règlement du personnel de santé	Ordinateurs	5,9 \$	2,0 \$
	Forfait conférences internationales, y compris les frais de voyage	192,6 \$	0,0 \$
	Consultant international	183,6 \$	47,3 \$
	Effet de levier sur d'autres activités	0,0 \$	0,0 \$
	Consultant national/local	309,6 \$	19,4 \$
	Autres frais liés à l'hébergement	5,9 \$	0,0 \$
	Achat/développement de logiciel	123,2 \$	0,0 \$
	Forfait conférence résidentielle par personne	126,5 \$	7,9 \$
	(blanc)	0,0 \$	0,0 \$
Total partiel		947,4 \$	76,5 \$
OS 5. Mise au point des systèmes fiables de suivi et d'évaluation des données	Ordinateurs	135,7 \$	8,5 \$
	Forfait conférences internationales, y compris les frais de voyage	556,5 \$	0,0 \$
	Consultant international	231,1 \$	10,9 \$
	Consultant national/local	107,6 \$	6,7 \$
	Forfait conférence non résidentielle par personne	1.861,5 \$	116,3 \$
	Impression	4,8 \$	0,0 \$
	Forfait conférence résidentielle par personne	1.642,8 \$	102,7 \$
	Serveur	510,5 \$	31,9 \$
Total partiel		5.050,5 \$	277,0 \$
Total général		15.714,8 \$	781,1 \$



Annexe 3: Outil du cadre d'établissement de rapports par les États membres à soumettre au Secrétariat de la SADC

Objectif stratégique (OS) des RHSS de la SADC	Résumé du/des résultat(s)	Activités employées pour atteindre les résultats	Sur quelle période cela a-t-il été réalisé ?	Impact sur le personnel de santé
OS 1: Investissement dans les emplois et le travail décent des professionnels de la santé				
OS 2: Harmonisation de l'éducation, de la formation et du développement				
OS 3: Élaboration et adoption des meilleures pratiques en matière d'encadrement et de gestion stratégiques des RHSS				
OS 4: Amélioration de la gouvernance et du règlement du personnel de santé				
OS 5: Développement des données fiables, des systèmes de suivi et d'évaluation				





www.sadc.int



United Nations
MPTF Office



International
Labour
Organization



OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES



World Health
Organization

