



**PERSONNEL DE  
SANTÉ AU SUD :**

**PENURIE  
MORTELLE**

Alors que dans les pays occidentaux, les techniques médicales les plus perfectionnées sont largement disponibles, dans de nombreuses régions du globe, des centaines de millions de personnes restent actuellement privées d'accès aux soins primaires. Ainsi, près de 200 000 enfants meurent chaque semaine de maladies qui auraient pu être soignées ou évitées. Cette situation d'extrême urgence résulte notamment de l'état de profonde déliquescence de nombreux systèmes publics de santé.

La pénurie de ressources humaines de santé s'impose comme l'une des principales causes de l'inefficacité des systèmes de santé et de l'incapacité des Etats à garantir le droit à la santé pour tous. En Afrique, 63 % des femmes ne bénéficient pas d'un accouchement assisté par du personnel qualifié. A l'échelle mondiale, 4,3 millions de professionnels supplémentaires sont nécessaires pour atteindre les Objectifs du Millénaire (OMD) relatifs à la santé, dont 1 million pour les seuls pays d'Afrique sub-saharienne.

Si les gouvernements du Sud portent les premiers la responsabilité de réagir face à cette situation, l'insuffisance de leurs ressources rend indispensable la mise en place d'une politique de collaboration internationale en faveur du personnel soignant. La récente prise de conscience au niveau mondial de l'importance de la pénurie des professionnels de santé offre un contexte politique favorable à l'adoption de mesures concrètes en la matière. C'est pourquoi, à l'occasion de l'Assemblée mondiale de la Santé (22-27 mai 2006), nos organisations invitent le gouvernement français à augmenter son aide destinée à lutter contre la pénurie des ressources humaines et améliorer les conditions de travail des personnels de santé dans les pays du Sud.



www.agirici.org  
 www.medecinsdumonde.org  
 www.amifrance.org  
 www.secours-catholique.asso.fr

## SOMMAIRE

### 1 / PENURIE DES PERSONNELS SOIGNANTS DANS LE MONDE ..... 3

1. Une pénurie mondiale
2. Une mauvaise répartition des ressources humaines
3. De mauvaises conditions de travail
4. L'exode des personnels soignants
5. Un déficit de formation
6. La pénurie de personnels soignants : obstacle aux OMD
7. Une mobilisation globale  
 Encart 1 "Les IFI : des mesures qui nuisent à la santé"

### 2 / TEMOIGNAGES DU TERRAIN ..... 8

- **Afghanistan** Manque de personnel soignant féminin : les femmes privées de soins
- **Angola** Un système de santé à la dérive
- **Ethiopie** Face à la pénurie des solutions innovantes
- **Haïti** Les populations rurales à l'abandon
- **Indonésie** Guerre civile et tsunami aggravent l'absence de médecins  
 Encart 2 "Le sida : un triple défi"
- **Tanzanie** Sida : comment lutter sans soignants ?
- **Tchad** Des hôpitaux sans médecin  
 Encart 3 "Les programmes humanitaires participent-ils à la pénurie ?"

### 3 / QUELS TRAITEMENTS POSSIBLES ? ..... 20

1. Elaborer des stratégies nationales de renforcement du personnel de santé
2. Plus d'aide pour plus de soignants
3. Desserrer l'étau des institutions financières internationales

# PENURIE DES PERSONNELS SOIGNANTS DANS LE MONDE

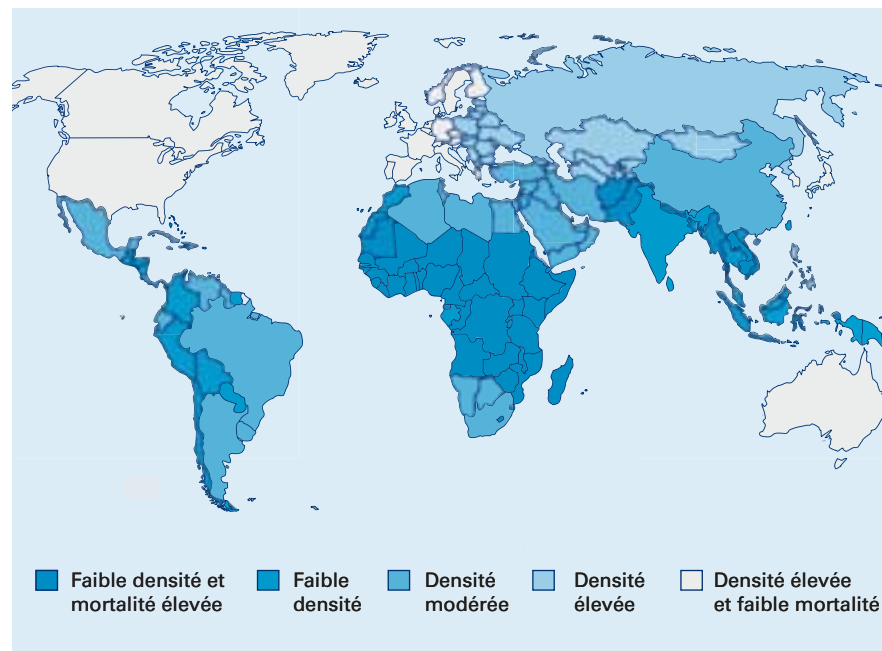
## GLOSSAIRE

- AMI** : Aide Médicale Internationale
- ARV** : Antirétroviraux
- BM** : Banque Mondiale
- CNS** : Conseil National du Sida (France)
- DFID** : Department For International Development (Royaume-Uni)
- FMI** : Fonds Monétaire International
- HAART** : Highly Active Antiretroviral Therapy
- IFI** : Institutions Financières Internationales
- JLI** : Joint Learning Initiative
- MdM** : Médecins du Monde
- OCDE** : Organisation de Coopération et de Développement Economique
- OMD** : Objectifs du Millénaire pour le Développement
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- PNUD** : Programme des Nations Unies pour le Développement
- ONG** : Organisation Non Gouvernementale
- RHS** : Ressources Humaines de Santé

Aujourd'hui, **4,3 millions de soignants manquent à travers le monde** (médecins, infirmières et sages-femmes confondus) pour rendre les soins essentiels accessibles à tous. Tous les pays sont confrontés à des carences de ressources humaines de santé (RHS) mais la situation est particulièrement dramatique dans les pays en développement : 57 pays dont 36 en Afrique subsaharienne font face à une pénurie grave de ressources humaines de santé.

## 1/ UNE PENURIE MONDIALE

### Atlas mondial de la densité des travailleurs de santé



Source : Joint Learning Initiative, *Human resources for health : overcoming the crisis 2004*

L'allongement de la vie dans les pays industrialisés accroît les besoins médicaux. Bien que ces régions aient un nombre important de soignants, la demande de RHS croît rapidement. Le Conseil National du Sida (CNS) estime que d'ici 2008 la **Grande-Bretagne** devra doubler le nombre de ses infirmières. Les **Etats-Unis** demanderont au marché mondial un million de professionnels de santé supplémentaires au cours des prochaines années et se tourneront probablement en partie vers les pays pauvres pour satisfaire cette demande <sup>1</sup>.

(1) Source : Stratégie d'action communautaire concernant la pénurie de ressources humaines dans le secteur de la santé dans les PED, COM(2005) 642 final

Dans les pays les plus démunis, la pénurie de personnels soignants plonge les populations dans des crises sanitaires. Diverses études ont montré que le ratio minimal serait de 2,5 soignants pour 1 000 habitants. Ce n'est pas un idéal mais cette densité permettrait que 80 % des accouchements soient assistés par une personne compétente et que la couverture vaccinale soit de 80 %. Aujourd'hui **2,5 milliards de personnes ne bénéficient pas de ce minimum**. Si le manque de soignants est mondial, les besoins les plus criants sont en Afrique sub-saharienne où il manque 1,5 million de soignants supplémentaires pour assurer les soins primaires.



**L'Afrique est le continent où le fardeau des maladies est le plus lourd par habitant : 25 % du fardeau mondial des maladies pour moins de 10 % de la population mondiale. Or, c'est la région qui compte le moins de professionnels de santé (0,8 pour 1 000, comparé à 10,3 pour 1 000 en Europe).**

Cette situation contraste avec celle de l'Amérique du Nord (Canada et Etats-Unis) qui affronte 10 % du fardeau des maladies mondiales avec 37 % des travailleurs de santé du monde et 50 % des dépenses mondiales de santé. Là où les besoins sont les plus grands, les systèmes de santé sont les plus faibles.

## Effectifs totaux des personnels de santé, en fonction de leur densité

Région OMS	Ensemble du personnel de santé		Prestataires de services sanitaires		Personnel administratif et d'appui	
	Nombre	Densité (pour 1000 habitants)	Nombre	Prestataires de services sanitaires	Nombre	Pourcentage du total
Afrique	1 640 000	2,3	1 360 000	83	280 000	17
Méditerranée orientale	2 100 000	4,0	1 580 000	75	520 000	25
Asie du Sud-Est	7 040 000	4,3	4 730 000	67	2 300 000	33
Pacifique occidentale	10 070 000	5,8	7 810 000	78	2 260 000	23
Europe	16 630 000	18,9	11 540 000	69	5 090 000	31
Amériques	21 740 000	24,8	12 460 000	57	9 280 000	43
Ensemble du monde	59 220 000	9,3	39 470 000	67	19 750 000	33

Source : Rapport de l'OMS : The World Health Report 2006 *Working together for health*

## 2/ UNE MAUVAISE REPARTITION DES RESSOURCES HUMAINES

La démographie médicale varie également beaucoup **d'une région à l'autre à l'intérieur d'un pays** : les zones rurales sont les moins bien dotées. Les conditions de travail et de vie se dégradent à mesure que s'allonge la distance séparant de la capitale, ce qui ne facilite pas l'installation de soignants dans les zones rurales. Il y est presque impossible d'obtenir un complément de salaire en travaillant dans des centres privés (qui sont quasi-inexistants) ; la surcharge de travail est encore plus grande, les possibilités d'éducation pour les enfants et d'embauche pour les conjoints réduites... Les soignants y sont par conséquent beaucoup moins présents que dans les grands centres urbains.

Dar Es-Salaam, l'ancienne capitale de Tanzanie, compte 30 fois plus de personnel médical que n'importe quel autre district du pays ; la moitié des médecins du Sénégal sont à Dakar où ne vivent que 20 % de la population du pays. Rares sont les pays qui échappent à cette réalité : 75 % des médecins et 60 % des infirmières vivent en milieu urbain alors que seuls 55 % de la population mondiale y résident.

**Les femmes sont insuffisamment représentées parmi les professions médicales** dans les pays en développement. Les habitudes culturelles et le

manque d'accès à l'éducation sont les causes principales de cette situation. Ce déséquilibre est un obstacle majeur pour l'accès aux soins des femmes dans certaines régions (lire le témoignage sur l'Afghanistan à ce sujet). Prendre ces facteurs en considération permettrait d'améliorer la situation : recruter dans les zones rurales et y offrir des conditions de travail et de salaire décentes permettrait d'y limiter la pénurie de personnel soignant. Promouvoir l'accès des femmes aux professions médicales favoriserait leur accès aux soins.

### 3/ DE MAUVAISES CONDITIONS DE TRAVAIL



Actuellement, les personnels soignants des pays en développement travaillent dans des conditions extrêmement difficiles.

Face aux patients toujours plus nombreux et aux pathologies sévères, les soignants sont démunis. Faute de médicaments, les traitements ne peuvent pas toujours être menés à terme. Cette surcharge de travail ajoutée à la faiblesse des moyens mis à disposition est une cause majeure de démotivation des soignants. Le salaire, même lorsqu'il est payé régulièrement, est insuffisant. Le CNS a constaté qu'au Cameroun, les salaires des personnels de santé ont baissé de 70 % depuis 1994, pour atteindre aujourd'hui autour de 50 euros par mois pour un médecin.

Les systèmes de santé pâtissent, au même titre que d'autres administrations, d'une gestion trop souvent aléatoire des ressources humaines : les aspirations

personnelles ne sont pas prises en compte, l'absence de réponse aux revendications accentue les frustrations des travailleurs. Dans un service public laissé à la dérive, le CNS relève que les gestes du quotidien sont accomplis avec laxisme, augmentant les risques et la maltraitance dont peuvent être victimes les patients.

### 4/ L'EXODE DES PERSONNELS SOIGNANTS

La rudesse des conditions de travail et la pauvreté poussent de nombreux soignants à trouver des solutions nouvelles radicales. Dans de telles conditions, les compléments de salaire par l'exercice d'une autre activité sont vitaux. Le recours à l'exercice privé est généralisé : au Cambodge il constitue 90 % des revenus des personnels de santé. En Afrique, chaque année **15 % à 40 % des personnels de santé abandonnent le système de santé public au profit d'autres activités plus lucratives, y compris l'exercice dans le secteur de santé privé.**

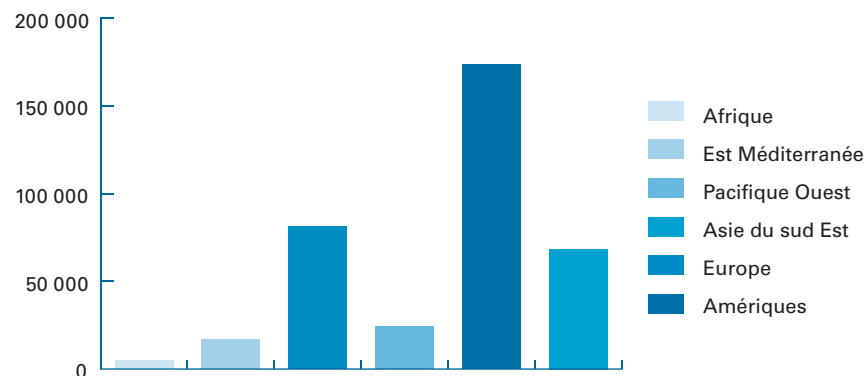
L'émigration est envisagée en dernier recours, vers des pays proches offrant de meilleures conditions, comme l'Afrique du Sud qui attire les médecins du Zimbabwe et de Zambie (ces deux nationalités y représentent 80 % des médecins ruraux). Mais les pays occidentaux attirent la majorité des soignants expatriés : aux Philippines, pour la seule année 2003, 25 000 infirmières ont quitté le pays, (soit trois fois plus que le nombre de diplômées cette année là) pour travailler au Royaume-Uni, aux Etats-Unis en Australie ou en Arabie Saoudite. Ces pays offrent en comparaison des salaires tellement séduisants (vingt fois plus élevés qu'aux Philippines) que les médecins acceptent de se requalifier en infirmiers pour s'expatrier.

29 % des médecins ghanéens et 34 % des infirmières zimbabwéennes travaillent dans un pays de l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Economique). Au Malawi, le "programme d'urgence pour les ressources humaines" du DFID (Department For International Development - organisme de gestion de l'aide publique au développement britannique) a pour objectif de doubler le nombre d'infirmières et de tripler le nombre de médecins sur six ans (en augmentant les capacités de formation initiale et continue puis en finançant la dotation de leurs postes), et de renforcer la rétention des ressources humaines par le paiement de

compléments de salaires. Peut-on voir dans ce projet un juste retour sur l'effort consenti par la population malawite, puisque la seule ville de Manchester compte plus de médecins malawites que le Malawi tout entier ?

## 5/ UN DEFICIT DE FORMATION

 Estimation du nombre de diplômés d'écoles de médecine par région OMS chaque année



En Afrique, il y a quatre fois moins d'écoles formant aux professions médicales (médecins, infirmiers, sages-femmes, dentistes, pharmaciens, agents de santé publique) qu'en Europe et elles ne permettent pas une formation complète. Beaucoup sont sommairement équipées ; laboratoires et revues médicales sont rares. L'enseignement est souvent déconnecté des réalités des populations à soigner et aligné sur d'anciens standards des pays occidentaux.

Le déséquilibre au niveau mondial est évident : **l'Europe forme 173 800 médecins par an, l'Afrique 5 100**, ce qui revient à **1 médecin pour 115 000 habitants** en Afrique sub-saharienne.

La formation continue n'est pas prise en compte, alors qu'elle est primordiale pour l'actualisation des connaissances. Les formations courtes ne sont pas coordonnées, pas suivies et ne s'intègrent pas aux carrières.



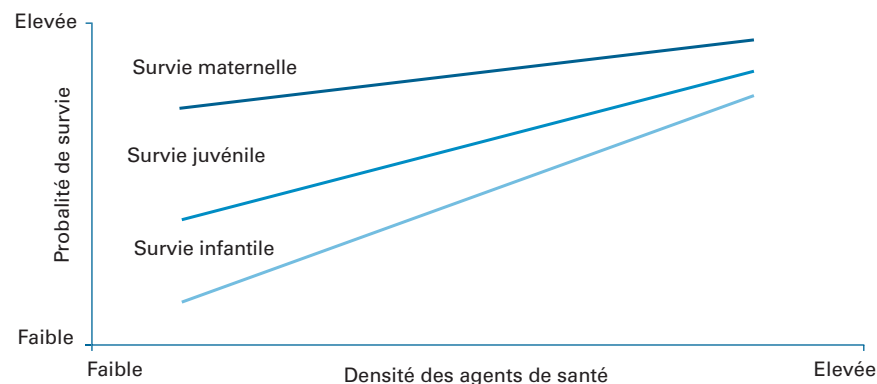
## 6/ LA PENURIE DE PERSONNELS SOIGNANTS : OBSTACLE AUX OBJECTIFS DU MILLENAIRE POUR LE DEVELOPPEMENT

Les **Objectifs du Millénaire pour le Développement** (OMD) adoptés en 2000 par 189 Etats sous l'égide des Nations Unies ne pourront pas être atteints à l'horizon 2015 sans une augmentation significative du nombre des personnels de santé dans les prochaines années. Parmi ces huit objectifs, trois concernent la santé : la réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans, l'amélioration de la santé maternelle et la lutte contre le VIH-sida, le paludisme et les grandes maladies. Atteindre ces objectifs d'ici à 2015 dépend en grande partie des ressources humaines qui leur sont allouées.

**Pour que les OMD deviennent une réalité, 1,5 million de soignants supplémentaires sont nécessaires** auprès des populations sub-sahariennes. Les travailleurs de santé sont le pivot du droit universel à la santé ; ils gèrent toutes les ressources nécessaires au système de santé : les médicaments, les bâtiments, les budgets, les programmes de soins... Lorsque les soignants ne peuvent plus prendre en charge la population, c'est une crise humanitaire qui s'installe.

Les ressources humaines représentent une part importante du budget de santé des pays les plus démunis alors même qu'il n'y a pas de stratégie établie en ce domaine. En République Dominicaine, 67 % du budget de la santé est dévolu aux salaires du personnel. Cela va jusqu'à 72 % en Equateur. Une vue à moyen et long terme de ces dépenses est nécessaire au niveau national pour que les politiques de santé soient efficaces.

## Les agents de santé sauvent des vies



Source : Rapport de l'OMS : The World Health Report 2006 *Working together for health*

## 7/ UNE MOBILISATION GLOBALE

Les soignants se mobilisent pour exiger de leurs gouvernements des conditions de travail décentes. Récemment, en Tanzanie et au Nicaragua les soignants se sont faits entendre pour éviter que leur système de santé ne fasse naufrage. Souvent les efforts à fournir sont considérables, comme au Malawi où les salaires dans la santé publique ont été augmentés de 52 % en 2005, grâce à la mobilisation des coopérations britannique et norvégienne et de la Banque Mondiale. Mais pour permettre des conditions de vie décentes, il faudrait que les salaires y soient triplés dès aujourd'hui.

## LES IFI : DES MESURES QUI NUISENT A LA SANTE

Le FMI et la Banque Mondiale interviennent auprès des pays en développement depuis la fin des années 70 pour les aider à rembourser la dette extérieure en mettant en place des "programmes d'ajustement structurel". Elaborés pour répondre à l'objectif de remboursement de la dette, ces programmes ont cherché à générer des recettes notamment par la privatisation des secteurs de production et la réduction de la fonction publique.

A la fin des années 90, des orientations nouvelles ont été adoptées et les "plans d'ajustement structurel" ont laissé la place aux "Poverty Reduction Strategy Paper" (PRSP) devant permettre la consultation préalable des gouvernements et des sociétés civiles concernées mais dans les faits, les besoins des populations ne sont pas mieux pris en compte. Les programmes de lutte contre la pauvreté sont placés sous l'égide des ministres des finances qui sont soumis à la pression d'être privés des aides au remboursement de la dette, s'ils ne procèdent pas à des économies rapides. A court terme, les "économies" réalisées sur le financement des services sociaux ont des conséquences irréversibles pour les populations. Privatiser les services de base dans des pays où la population ne dispose pas de revenus pour payer l'éducation, l'accès à l'eau potable ou la santé, hypothèque le développement des générations futures.

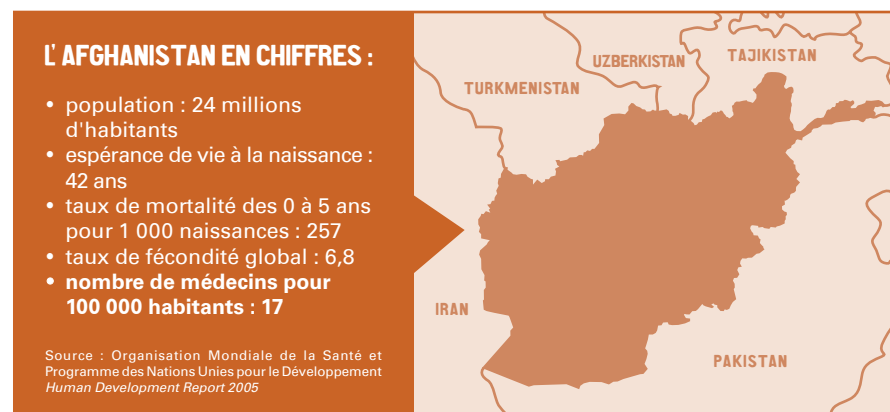
Ainsi, beaucoup de pays s'inquiètent publiquement de ne pas pouvoir employer le personnel soignant supplémentaire nécessaire pour assurer la survie de la population, du fait des conditions imposées par le FMI. C'est le cas par exemple d'Enock Kibunguchy, assistant du Ministre de la santé Kenyan qui estime que "le Kenya devrait ignorer les restrictions imposées par le FMI et employer le personnel de santé dont le pays a besoin". Selon le ministère de la santé "7000 infirmières, 600 médecins et 2000 biologistes manquent dans les centres de santé du pays" alors que "130 000 enfants naissent chaque année et ne pourront pas être pris en charge du fait du manque de soignants".

Si l'OMS a demandé récemment aux institutions financières internationales d'accorder un "statut d'exception" pour financer les systèmes de santé et leurs personnels, les pays en développement ne sont pas en mesure d'établir un rapport de force avec le FMI. Fin janvier 2006, pour accorder une "facilité" à la République Centrafricaine (RCA), le FMI a demandé la réduction d'un tiers de la masse salariale des fonctionnaires alors que les traitements étaient bloqués depuis plus d'une décennie.

# TEMOIGNAGES DU TERRAIN

## AFGHANISTAN

### Manque de personnel soignant féminin : les femmes privées de soins



Après vingt ans de guerre, le processus de reconstruction du pays est très lent : l'administration centrale n'est pas encore opérationnelle sur l'ensemble du pays. Le gouvernement, mosaïque ethnico-religieuse, fortement corrompu et largement impliqué dans le trafic d'opium, et les forces internationales peinent à sécuriser les provinces et à éradiquer les groupes Talibans. La population afghane vit aujourd'hui dans des conditions d'extrême pauvreté. Le manque d'hygiène général aggrave cette situation de grande précarité. Malgré les efforts engagés par le gouvernement, le système de santé n'est pas reconstruit. Les chiffres sur la situation sanitaire du pays sont éloquentes et témoignent de l'urgence à renforcer le personnel médical en Afghanistan : 70 % de la population souffre de malnutrition sévère et au moins un quart des enfants en bas âge meurent avant leur cinquième anniversaire.

"L'Afghanistan est un pays en pleine reconstruction après vingt ans de

guerre, suivis par le régime Taliban. L'accès aux soins des populations dans les zones rurales, particulièrement des femmes et des enfants reste encore difficile. La politique nationale de santé vise, à travers la mise en place du Paquet Minimum de Santé, à améliorer cet accès aux soins notamment dans les zones rurales. Aide Médicale Internationale (AMI) participe à cette reconstruction du système de santé avec ses programmes. La priorité aujourd'hui est l'amélioration de la santé materno-infantile notamment par la mise en place de services de protection materno-infantile (PMI) au sein des centres de santé dans les zones rurales.

Le principal problème est de trouver du personnel de santé féminin pouvant travailler en zone rurale. En raison de la culture afghane il est impossible à un médecin homme d'effectuer tous les gestes nécessaires au suivi de la santé des femmes, notamment lors des consultations anténatales et des accouchements. La consultation se fait au travers d'une burqa, l'examen clinique se limite à une mesure de la tension artérielle et l'interrogatoire ne comporte aucune question d'ordre gynécologique. Le besoin de médecins femmes, sages-femmes, infirmières est donc crucial pour la santé des femmes afghanes.



AMI met en place le Paquet Minimum de Santé dans la province montagneuse de Samangan, isolée au nord de l'Afghanistan. Lors de la mise en place du programme il nous a été impossible de trouver des sages-femmes pour faire fonctionner les centres de santé. Nous avons donc du recruter des sages-femmes et des médecins au Tadjikistan pour venir



travailler en Afghanistan ! En parallèle, nous avons mis en place une école de sage-femmes communautaires permettant de les former en 18 mois pour qu'elles puissent retourner exercer dans les centres de santé de leur village d'origine. La mise en place de cette école a été difficile car il a fallu convaincre les communautés de laisser les jeunes filles acquérir une formation leur permettant de travailler. Aujourd'hui ce type d'école est nécessaire dans toutes les provinces d'Afghanistan. Dans la région de l'Est, il n'y a que deux écoles de sages-femmes formant vingt étudiantes pour couvrir les besoins de quatre provinces !



Le problème est lié à l'accès à l'éducation des femmes. Dans les provinces, les écoles pour les filles sont encore rares, voire inexistantes. Lorsque les écoles existent, les jeunes filles doivent lutter contre de nombreuses pressions pour pouvoir les fréquenter : familiales, voisinages, religieuses. Seules les jeunes filles dont les familles ont l'"esprit ouvert" pourront éventuellement être scolarisées. Les femmes qui souhaitent suivre des études médicales ou paramédicales doivent souvent "négocier" avec leur famille pour s'inscrire, puis pour pouvoir les poursuivre sans être mariées, et pour celles qui le sont déjà, la "négociation" se fait avec le mari. Combien d'hommes avec lesquels j'ai pu discuter, (médecin par exemple) m'ont clairement dit qu'ils souhaitaient une femme instruite, mais d'un niveau inférieur au leur et qu'ils ne la laisseraient pas travailler, ou uniquement dans les grandes villes...

La formation des femmes est une première étape, la seconde est que les femmes médecins, sages-femmes ou infirmières acceptent de travailler dans

les zones rurales. La plupart sont réticentes pour plusieurs raisons : pressions de la famille, pressions du mari, impossibilité d'offrir une scolarité correcte à leurs enfants, pas d'accès à la modernité (internet, cours d'anglais...), conditions de vie rustiques, regards et commérages de la communauté... la liste est longue.

Travailler en tant que femme dans les structures de santé rurales est donc un challenge qui commence dès l'enfance et se poursuit toute la vie et demande donc une motivation et une volonté sans faille. Certaines y arrivent, elles sont encore trop peu nombreuses, nous pouvons les admirer. Aujourd'hui, il faut soutenir ce combat pour que les femmes afghanes puissent accéder à l'éducation, poursuivre des études médicales, exercer leur métier dans les meilleures conditions possibles, sans pression, et là où d'autres femmes ont tant besoin de leurs soins...

🚩 Sandrine ROBIN, Référente médicale AMI

## ANGOLA

### Des zones rurales sans soignants

#### L'ANGOLA EN CHIFFRES :

- population : 15 millions d'habitants
- espérance de vie à la naissance : 40,8 ans
- taux de prévalence sida chez les adultes de 15 à 49 ans : 3,9 %
- taux de mortalité des 0 à 5 ans pour 1 000 naissances : 259,5
- taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances : 1 500
- taux de fécondité global : 7,2
- taux de naissances assistées par du personnel qualifié : 36 %
- **nombre de médecins pour 100 000 habitants : 8**

Source : Organisation Mondiale de la Santé et Programme des Nations Unies pour le Développement Human Development Report 2005



De 1975 à 2002, l'Angola a enduré des années de guerres et le déplacement de plus de 4 millions de personnes qui ont profondément détruit les services de base et en particulier le système de santé. 50 % de la population seulement a accès à l'eau potable, la malnutrition chronique touche 45 % des enfants de moins de 5 ans. L'industrie extractive fournit 80 % des revenus du pays mais la dette extérieure estimée à 8 milliards d'euros en absorbe une part importante, amputant fortement les budgets consacrés à la lutte contre la pauvreté. L'Angola est un pays riche de pétrole mais l'exploitation ne profite pas à sa population : selon l'Indice de Développement Humain, l'Angola est au 160<sup>e</sup> rang sur 177.



Durant la guerre civile, Médecins du Monde (Mdm) a été présent de chaque côté de la ligne de front. Depuis les accords de paix de 2002, trois missions Mdm sont installées au Sud du pays dans la ville côtière de Lobito (province de Benguela) et dans l'intérieur des terres, dans les villes de Mungo et Bailundo. Ces missions concernent la prise en charge de la malnutrition modérée, la santé materno-infantile et l'aide aux enfants des rues. La formation du personnel de santé est une composante majeure de l'action de Mdm. Dans le programme de santé materno-infantile, c'est l'ensemble du réseau de soignants qui est concerné : depuis les sages-femmes traditionnelles dont Mdm assure le suivi, jusqu'à l'hôpital de référence où une équipe de bloc opératoire a été formée. La pénurie de personnel soignant est criante malgré la rente pétrolière qui permettrait d'augmenter significativement les ressources financières allouées au secteur santé.

A l'heure actuelle, les populations rurales vivent dans un désert médical. Camila Giugliani et Dominique Chappaz en mission actuellement en Angola pour Mdm témoignent de la situation :

"La province du Huambo où nous sommes a été à moitié détruite durant la guerre, la précarité actuelle du système de santé en est une des conséquences. Avant la guerre, il y avait quarante centres ou postes de santé dans la municipalité de Bailundo. Aujourd'hui, il n'y en a plus que huit pour 280 000 habitants. A présent, les structures de soins sont donc nettement insuffisantes, à quoi s'ajoute la pénurie des personnels de santé.

Les médecins ne sont vraiment pas nombreux en Angola et la majorité est concentrée à Luanda. Ils y trouvent de meilleures conditions de travail, principalement dans le privé (cliniques, laboratoires etc.). La pénurie grandit lorsque l'on s'éloigne de la capitale. Les provinces comme celle du Huambo sont particulièrement touchées.

Le dernier recensement de l'UNICEF en 2004 estimait à 881 le nombre de médecins en Angola, soit 1 médecin pour 15 000 habitants (en France, il y a 1 médecin pour 300 habitants).

Dans la province du Huambo qui compte 2,5 millions d'habitants, il y a 18 médecins angolais et 34 médecins étrangers. Pour les villes de Bailundo et Mungo il y a un seul médecin en charge de l'hôpital (cf. encadré).

Dans les centres de santé, il y a quelques infirmiers et beaucoup d'aides soignants. Ces postes de santé sont de petites unités faiblement équipées et dans lesquelles il est très difficile de trouver un infirmier : ce sont les aides soignants qui assurent généralement la prise en charge des patients.

Les aides-soignants ont un niveau de formation aléatoire. Très rares sont ceux qui ont été formés dans des écoles de médecine. Généralement, ils ont appris durant la guerre, sur le champ de bataille. Certains ont travaillé auprès de soignants formés et ont ainsi pu acquérir des connaissances médicales de base même s'ils ne savent pas forcément lire. Toutefois, les diagnostics et les traitements ne sont pas toujours adéquats, même pour les maladies les plus courantes.

Les conditions de travail des aides-soignants et infirmiers sont très difficiles. En raison de travaux jamais finis à l'hôpital de Bailundo, la maternité et le service de pédiatrie ont été déménagés et sont abrités sous une tente depuis un an et demi. Les salaires sont très bas et souvent versés avec un

retard très important. A Bailundo, des infirmiers et aides-soignants sont restés deux ans sans recevoir leurs salaires ; cela explique le manque général de motivation chez ces professionnels. Dans plusieurs zones, il n'y a pas de logement pour les nouveaux aides-soignants et infirmiers ; beaucoup viennent d'être nommés dans les deux municipalités du Nord de la province, mais en attendant de pouvoir s'y installer, ils restent à l'hôpital de Bailundo. La pénurie de personnel soignant ajoutée à d'autres problèmes, fait que la situation sanitaire en Angola est catastrophique."

### **TEMOIGNAGE**

"Les conditions sont très difficiles ici. Je suis le seul médecin de l'hôpital de Bailundo. 360 000 personnes en dépendent. Les maladies les plus courantes sont le paludisme, les maladies respiratoires telles que les bronchites et les pneumonies. La dénutrition touche beaucoup d'enfants : actuellement 38 sont hospitalisés pour cela. Il y a aussi 60 enfants qui ont diverses pathologies, 30 adultes et 25 femmes à la maternité. Pour tous ces patients, je suis le seul médecin.

Comme je suis aussi le directeur de l'hôpital, je dois consacrer mes après-midi aux tâches administratives. Je n'ai donc que le matin pour m'occuper de mes patients. Les manques sont très importants ici. Nous manquons de médicaments et de personnel. Le personnel manque d'expérience et de formation.

Bien sûr que travailler dans un hôpital équipé est le rêve de tout médecin. Alors nous travaillons pour que la situation s'améliore dans notre hôpital. Nous avons le projet d'y installer un bloc opératoire. Ainsi nous pourrions faire des césariennes et d'autres opérations parce que pour l'instant évacuer quelqu'un en ambulance vers l'hôpital le plus proche demande trois heures de route.

D'autres médecins ici sont nécessaires, à moi tout seul je ne peux pas soigner tout le monde."

Dr Fernando SOMONGULA, médecin à l'hôpital de Bailundo, province du Huambo, Angola.

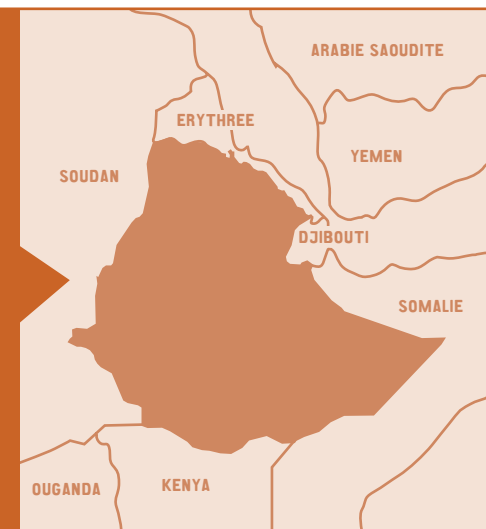
## ETHIOPIE

### Face à la pénurie, des solutions innovantes

#### L'ETHIOPIE EN CHIFFRES :

- population : 97,2 millions d'habitants
- espérance de vie à la naissance : 47,6 ans
- taux de prévalence sida chez les adultes de 15 à 49 ans : 4,4 %
- taux de mortalité des 0 à 5 ans pour 1 000 naissances : 153,15
- taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances : 850
- taux de fécondité global : 6,1
- taux de naissances assistées par du personnel qualifié : 6 %
- **nombre de médecins pour 100 000 habitants : 3**

Source : Organisation Mondiale de la Santé et Programme des Nations Unies pour le Développement  
Human Development Report 2005



La guerre contre l'Erythrée a provoqué le déplacement de 400 000 personnes et la mort de 100 000 personnes entre 1998 et 2000. La sécheresse et la famine ont mis un frein aux vellétés militaires du pays, mais durant cette période, les dépenses militaires ont considérablement alourdi la dette du pays. Aujourd'hui, 78 % de la population n'a pas accès à l'eau potable et 44,2 % de la population vit en dessous du seuil national de pauvreté. Malgré une croissance forte, l'Ethiopie figure parmi les pays les plus pauvres de la planète : selon l'Indice de Développement Humain, l'Ethiopie est au 170<sup>e</sup> rang sur 177.

Depuis 2003, MdM intervient en zone rurale et développe un programme de formation adapté à l'isolement des centres de santé. Olivier Evreux, coordinateur médical de MdM évoque les succès de cette mission :

"L'Ethiopie fait face à une pénurie de personnel soignant. C'est surtout le cas pour les médecins et spécialistes, la situation s'avérant moins critique

pour ce qui est des infirmiers. L'expérience de Médecins du Monde dans la région du Tigray montre qu'il est parfois possible de trouver des solutions.

MdM a ouvert un programme de chirurgie en 2000 à Adwa dans le nord du pays couvrant un bassin de population de près d'1 million de personnes. Il s'agissait alors de répondre aux besoins vitaux de la population dans une région très excentrée qui avait été confrontée à un important conflit armé, ce qui augmente d'autant plus la pénurie de personnel de santé qualifié. MdM a dès le démarrage souhaité intégrer une composante formation.

Durant cette période nous avons constaté l'immensité des besoins en matière de chirurgie et obstétrique d'urgence à Adwa. Les deux-tiers des interventions étaient réalisées dans le cadre de l'urgence, et près de la moitié concernaient l'obstétrique. Il ne se passait pas une semaine sans voir arriver plusieurs femmes enceintes, en travail depuis plusieurs jours, pour lesquelles le pronostic de l'enfant était le plus souvent déjà compromis. Les énormes difficultés de communication laissent par ailleurs augurer du nombre de femmes qui n'arrivaient malheureusement jamais jusqu'à une structure de santé.



Nous nous sommes heurtés à beaucoup de difficultés. Les médecins affectés à l'hôpital d'Adwa ne restaient en place que le temps de la formation. Une fois la formation terminée ils partaient travailler dans des centres urbains plus importants ou même dans le secteur médical privé à Adis Abeba.

En accord avec le Ministère Régional de la Santé du Tigray, nous avons donc décidé de former des officiers de santé. Leur niveau de connaissances médicales se situe entre celui des infirmiers et celui des médecins généralistes.

L'intérêt à former les officiers de santé tient au fait qu'ils vivent et travaillent dans les zones rurales qui sont les premières victimes du manque de personnel : 80 % des médecins se concentrent dans la capitale alors que 85 % de la population vit en zone rurale... En outre, ils n'ont que peu de possibilités d'abandonner le secteur public, n'étant pas en mesure de pratiquer la chirurgie pour laquelle ils sont formés dans le secteur privé. L'exercice privé de la médecine était la raison du départ des médecins formés jusque là.

Lors d'une première phase, MdM a formé trois officiers de santé, dont un assure depuis deux ans les urgences chirurgicales basiques de l'hôpital de district d'Adwa. C'est à l'hôpital d'Axum que MdM a démarré un programme de formation de plus grande envergure. Là encore, les formations concernent les soins obstétricaux et chirurgicaux d'urgence mais elles s'adressent à des équipes de trois personnes : un officier de santé formé à la chirurgie d'urgence de base, un infirmier formé à l'anesthésie et un infirmier formé à la gestion d'un bloc opératoire. La durée de la formation est de neuf mois, à l'issue desquels les équipes sont affectées pour une durée de deux ans par le Ministère de la Santé dans des centres de santé isolés ou des hôpitaux de districts ne disposant pas de ressources humaines formées à la chirurgie.

Ces formations sont maintenant dispensées dans trois hôpitaux de la région du Tigray, à la fois par une équipe de formateurs de MdM et des chirurgiens et infirmiers anesthésistes éthiopiens. En matière chirurgicale, la formation est d'abord axée sur la pratique de la césarienne, mais également sur des procédures opératoires d'urgence susceptibles de sauver des vies dans un environnement où n'existe aucune autre alternative en matière d'offre de soins. En matière d'anesthésie, en plus des techniques d'anesthésie générale, l'accent est porté sur la formation aux anesthésies rachidiennes, parfaitement adaptées à la réalisation des césariennes dans un tel environnement. Vingt-et-une équipes de trois personnes seront formées au cours des trois années du programme.

Sept équipes ont été déjà formées et vont rejoindre leurs centres de santé. S'il est encore trop tôt pour juger de l'impact qu'aura cette stratégie en matière de mortalité et morbidité dans la région, il est d'ores et déjà possible d'affirmer que l'acquisition de techniques chirurgicales et anesthésiques de base par des personnels de santé non-médecins est parfaitement réalisable.

Il s'agit donc d'un programme innovant qui propose, à court terme une solution adaptée au contexte de pénurie de personnel médical qualifié dans des zones reculées de pays en développement, en utilisant des ressources humaines existantes de la pyramide sanitaire."

📍 Olivier EVREUX, Coordinateur de la mission

### 👤 TMOIGNAGE



© MdM

Berhale, Tigray, 25 janvier 2006 : le centre de santé se tient à l'entrée de la ville ; neuf, propre, spacieux. Mais vide. Théoriquement fonctionnel depuis un an. Par défaut de personnel formé, il ne peut ouvrir, alors que les besoins sont énormes : le bassin de population est estimé à 80 000 personnes dans ce district. Ailleurs, nous avons rencontré des situations semblables (Abala, Negale) : les personnels ne sont pas formés, ou détournés de leur formation initiale pour assurer d'autres tâches ; parfois ils reprennent leurs études pour changer de profession ou de statut.

Matthieu SAADA, Responsable de mission

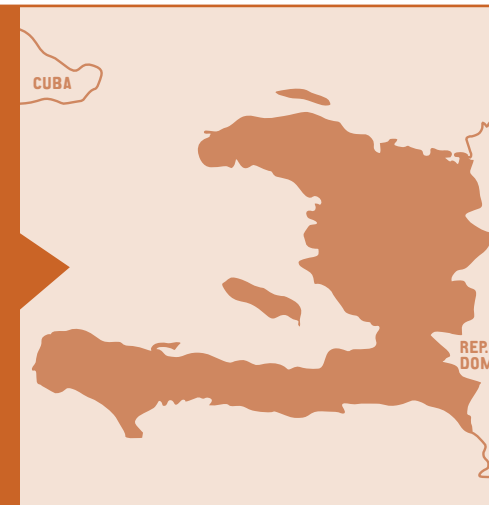
## HAÏTI

### Les populations rurales à l'abandon

#### HAÏTI EN CHIFFRES :

- population : 8,3 millions d'habitants
- espérance de vie à la naissance : 53 ans
- taux de mortalité des 0 à 5 ans pour 1 000 naissances : 118,5
- taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances : 680
- taux de naissances assistées par du personnel médical : inférieure : 4,1 % / supérieure : 70 %
- taux de fécondité global : 3,9
- **nombre de médecins pour 100 000 habitants : 23**

Source : Organisation Mondiale de la Santé et Programme des Nations Unies pour le Développement Human Development Report 2005



Haïti est confronté à une sévère crise politique et socio-économique depuis plusieurs années. La situation s'est dramatiquement détériorée en février 2004, avec la prise de pouvoir violente dans de nombreuses villes du Nord du pays par des rebelles armés et des groupes criminels. Une violence généralisée a suivi le départ de Jean-Bertrand Aristide, ancien Président d'Haïti, d'où une détérioration de la situation humanitaire.

La demande de soins de santé d'urgence a considérablement augmenté, mais la plupart des cliniques et des hôpitaux ne peuvent pas fonctionner du fait de la destruction des équipements et du manque de personnel médical. Haïti est parmi les plus pauvres pays en développement, il ne possède pas les ressources et infrastructures nécessaires pour faire face aux besoins les plus courants. Parmi la population, rares sont ceux qui peuvent accéder aux soins de santé puisque moins de 40 % de la population a accès aux soins de base. Le taux de malnutrition est très élevé et touche 49 % de la population. Une très forte incidence du sida touche plus de 5 % de la population haïtienne.

et une très grande partie de la population n'a pas accès à l'eau potable. La situation humanitaire est préoccupante.

"Sur toute l'île, les besoins en personnel médical se font sentir. En effet, le nombre important de formations délivrées – notamment via les facultés de médecine et surtout les très nombreuses "universités" privées – n'empêche pas la difficulté de recruter un personnel local médical techniquement adapté. La pénurie de spécialistes est grave. S'il est relativement facile de recruter un médecin généraliste répondant aux critères, il est en revanche très difficile de trouver un médecin spécialiste formé et performant.



Dans les zones rurales la pénurie est générale : très peu de médecins souhaitent travailler hors de la capitale et des grandes villes de province. Ainsi AMI a apporté un soutien à la zone rurale de santé de Saint Michel pendant six ans : durant toutes ces années, il n'a pas été possible d'avoir un médecin affecté par les autorités de santé sauf pendant une année durant laquelle AMI a pris en charge son salaire ; il y a aussi parfois des médecins cubains peu motivés pour travailler loin de leur famille. Dans les zones rurales, la pénurie de personnel soignant touche aussi les sages-femmes. Celles-ci sont présentes dans les centres de santé de référence mais pas dans les centres de santé périphériques. Les femmes accouchent majoritairement à domicile avec l'aide d'accoucheuses traditionnelles, et au centre de santé où l'infirmière est peu formée aux accouchements. Pour se rendre au centre de santé de référence et accoucher avec l'aide d'une sage-femme, elles doivent marcher dans la boue pendant plusieurs heures. Les sages-femmes

traditionnelles ne bénéficient d'aucune formation du Ministère de la Santé, les seules formations dispensées l'ont été par des ONG. En raison de l'absence totale d'encadrement ou de formation continue, le personnel de santé – essentiellement infirmier – est totalement démotivé, présent occasionnellement dans les centres de santé et préfère gérer de petites pharmacies privées beaucoup plus lucratives. L'accès aux soins de santé primaires dans les zones rurales en Haïti reste donc un problème majeur."

🏠 Sébastien HYACINTHE, Chef de mission AMI Haïti

## INDONESIE

### Guerre civile et tsunami aggravent l'absence de médecins

#### L'INDONESIE EN CHIFFRES :

- population : 220 millions d'habitants
- espérance de vie à la naissance : 67 ans
- taux de mortalité des 0 à 5 ans pour 1 000 naissances : 41
- taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances : 230
- taux de naissances assistées par du personnel médical : 68 %
- taux de fécondité global : 2,3
- **nombre de médecins pour 100 000 habitants : 16**

Source : Organisation Médicale de la Santé et Programme des Nations Unies pour le Développement  
Human Development Report 2005



L'Indonésie a été le pays le plus fortement touché par le tsunami du 26 décembre 2004. La destruction s'est principalement concentrée dans la province d'Aceh dans le nord de la région de Sumatra, entraînant la détérioration des conditions d'hygiène et limitant fortement l'accès à l'eau

potable. Les infrastructures de santé ont été très sérieusement endommagées par le tsunami.

La situation humanitaire est compliquée par l'occupation militaire et la corruption. Depuis près de trois décennies, la province, qui bénéficie officiellement d'un statut particulier d'autonomie qui n'a jamais été vraiment appliqué, est le théâtre de fortes tensions séparatistes. Le conflit a fait au moins 10 000 morts depuis 1976. Cette situation insurrectionnelle contribue à renforcer l'isolement de la province, fermée aux étrangers. 1,4 million de personnes ont du quitter leur foyer à la recherche d'un refuge dans les îles voisines.

"Le nord de Sumatra se reconstruit doucement après le tsunami et plusieurs années de conflits avec les séparatistes (GAM). Le tsunami a détruit les centres de santé de la côte et une partie du personnel de santé a disparu lors de cette terrible catastrophe. Les années de conflit avec la rébellion ont entraîné une fuite du personnel de santé des "zones GAM" et des zones frontalières situées à l'intérieur des terres dans des régions montagneuses. Les centres de santé ont été abandonnés, détruits ou occupés par l'armée. Depuis plus de cinq ans, les populations situées dans ces zones n'ont qu'un accès réduit aux soins de santé curatifs et une couverture de soins préventifs (santé materno-infantile, vaccination) très faible.

La province de Aceh est restée fermée et isolée du reste du pays pendant plusieurs années. La formation continue du personnel est inexistante. Chaque sous district (couvrant une population de 20 000 à 30 000 personnes) doit avoir un dispensaire dont le fonctionnement est confié à un médecin qui doit assurer les urgences médicales et la supervision des postes de santé alentours, autant dire une activité 24h sur 24h et quotidienne. Aujourd'hui seule la moitié des hôpitaux ont un médecin...

AMI intervient dans le sous-district de Teunom en appui à la réorganisation du système de santé et à la mise en place d'activités de soutien psychologique. Le seul médecin de la zone, couvrant 18 000 personnes, a été absent plusieurs mois; aucun remplaçant n'a pu être affecté par le gouvernement et les urgences ont été assurées par des infirmiers non qualifiés pour ces tâches.

Comme le personnel de santé refuse de travailler dans les zones proches des territoires des rebelles, des cliniques mobiles ont été mises en place.

Le personnel de santé n'a pas bénéficié de formation continue depuis plusieurs années, et ne se sent pas soutenu dans sa tâche par les autorités sanitaires. Nous avons prévu en accord avec ces autorités de santé de mettre en place des séances de formation continue de remise à niveau pour le personnel de santé : infirmiers, sages-femmes.



La majorité des femmes accouchent à domicile, avec pour seule aide, les accoucheuses traditionnelles qui n'ont reçu aucune formation. A ce jour, il n'existe qu'une seule salle d'accouchement située le long de la côte et ne permettant pas une prise en charge des accouchements pour plus de la moitié des femmes enceintes. Les connaissances de la population en terme de santé sont assez faibles, notamment dans les zones rurales et auprès des femmes. Une première session de formation d'animateur communautaire venait d'avoir lieu juste avant le tsunami. Beaucoup ont disparu et ceux qui ont survécu n'ont pas repris leur activité. De nouvelles formations et une redynamisation du système communautaire sont nécessaires.

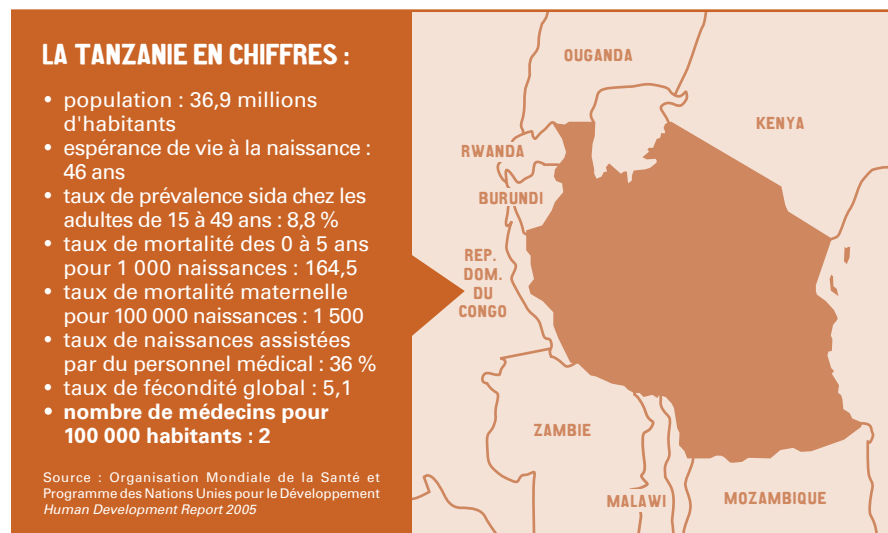
La santé mentale est une thématique de santé totalement inconnue du personnel de santé et de la population. Les besoins sont pourtant importants en raison des années de conflits et du traumatisme psychologique dû au tsunami. La prise en charge des pathologies psychiatriques est quasiment inexistante et un difficile travail doit se mettre en place avec les autorités de santé et l'OMS. Il n'existe que peu de formation de psychologues cliniciens (une école à Jakarta et une toute nouvelle à Banda Aceh) ou de psychiatres.

Il est donc nécessaire dans la province de Banda Aceh, d'affecter, de soutenir et de former du personnel de santé (médecins, psychiatres, psychologues, agents de santé communautaires) et d'assurer au personnel soignant déjà existant (infirmier, sage-femme) des conditions de travail de meilleure qualité (sécurité, formation, salaires, motivation et encadrement)."

📍 Sandrine ROBIN, Référente médicale AMI

## TANZANIE

### Le sida : comment lutter sans soignants ?



Indépendante depuis 1964, la République Unie de Tanzanie est le plus vaste pays de la région des Grands Lacs ; c'est aussi celui qui est resté en paix le plus longtemps. Le taux de croissance économique pour 2004 est de 5,8 %. Cela ne suffit pas pour entraîner une réduction significative de la pauvreté alors que 37,5 % de la population vit sous le seuil de pauvreté et que 27,5 %

de la population n'a pas accès à l'eau potable. Le PNUD place la Tanzanie au 164<sup>e</sup> rang sur 177 selon l'Indice du Développement Humain. La Tanzanie, comparée aux autres pays de la région a une densité de soignants relativement bonne, cependant il en faudrait au moins 35 000 de plus pour atteindre une proportion acceptable (2,5 soignants pour 1 000 habitants). Dans l'état actuel des choses, pour combler ce manque d'ici à 2016 il faudrait former 3 500 médecins, infirmières et sages-femmes chaque année. Or, aujourd'hui, 90 médecins et 550 infirmières sortent des universités tous les ans...

MdM intervient depuis 15 ans dans la région de Bukoba et mène actuellement un projet à l'hôpital régional du Kagera à proximité des frontières ougandaise, rwandaise et burundaise. L'objectif de cette mission de lutte contre le sida est de rendre possible l'accès aux antirétroviraux (ARV) et de prévenir la transmission mère-enfant du VIH. Les soignants sont formés à cette prise en charge par le gouvernement tanzanien ; ceux qui en ont besoin et remplissent les critères d'éligibilité pour l'accès aux ARV en reçoivent. La prévalence du sida parmi les soignants exacerbe la pénurie en Tanzanie.

Géraldine Gaillot et Aristide Doroux actuellement en mission à Bukoba pour MdM témoignent de l'impact du sida sur les conditions de travail des personnels soignants :

"Le manque de personnel de santé est chronique à l'hôpital de Bukoba. Le service de pédiatrie accueille souvent une centaine d'enfants pour une capacité de soixante lits et n'a pas de médecin spécialiste en pédiatrie. A la maternité il n'y a que deux sages-femmes et deux assistantes infirmières. La maternité non plus n'a pas de médecin permanent. Alors qu'il n'y a que vingt-six lits, quarante patientes sont prises en charge par un auxiliaire de soins et deux sages-femmes. Pour tout l'hôpital, il n'y a qu'un spécialiste qui a le rôle de coordinateur d'activité de la prévention de la transmission mère-enfant et de l'accès aux ARV. Comme c'est le seul spécialiste de la région, il a un rôle polyvalent qui l'empêche de se consacrer à sa spécialité.

La surcharge de travail est très importante, les salaires sont insuffisants et le gouvernement ne semble pas toujours reconnaître les efforts accomplis. L'absence de soutien social et psychologique pour les patients dont les prises en charge sont difficiles usent les soignants, mais aucun soutien ne leur est apporté. A cela, il faut ajouter que les promotions attendues sont



souvent retardées, le découragement et la démotivation freinent un peu plus la machine.

La question des salaires est en fait omniprésente. Vu leur faiblesse, les soignants ont d'autres activités génératrices de revenus dont ils s'occupent parfois pendant leur présence à l'hôpital. Ils sont aussi attirés par les primes proposées par les ateliers nationaux et internationaux de formation. Les soignants cherchent à travailler dans le secteur privé ou dans des ONG pour avoir de meilleurs revenus mais ils restent dans la région.



La pandémie de sida dévaste le personnel de l'hôpital, comme le reste de la société d'ailleurs. Tout le personnel est infecté ou affecté (ayant des proches séropositifs) par la pandémie. La notion de famille est plus élargie ici qu'en Europe : le nombre de personnes dont chaque soignant est amené à prendre soin directement est donc plus grand... Le problème de la prise en charge des orphelins du sida est omniprésent dans la région, beaucoup de personnes et entre autres de personnels de santé ayant à leur charge des enfants de leurs proches décédés. Quand les soignants sont eux-mêmes infectés, ils ont à présent accès aux ARV à l'hôpital régional de Kagera grâce au programme HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy). La plupart des décès des soignants de l'hôpital est due aux suites du sida et les soignants qui décèdent ou qui partent à la retraite mettent beaucoup de temps à être remplacés."

En début d'année 2006, le ministère de la santé a augmenté de manière substantielle les salaires des personnels médicaux après que les grands

centres médicaux du pays se furent mobilisés. Cet encouragement est très positif pour tous les soignants.

## SIDA : UN TRIPLE DEFI

La pandémie de sida porte un coup très lourd aux soignants en Afrique subsaharienne. Là où les systèmes de santé sont les plus faibles, la prévalence est la plus forte. Les travailleurs de santé font face à un triple défi :

Le sida affecte des millions de personnes. Le suivi médical des personnes affectées par le VIH et par les maladies opportunistes est **une surcharge supplémentaire pour les soignants**. Dans beaucoup d'endroits du continent africain, le sida est la première cause d'hospitalisation.

**Le sida touche toute la population, les soignants ne sont pas épargnés**. Au Malawi, 45 % des décès des soignants sont imputés au virus. Une étude a récemment montré que 20 % des soignants africains seraient atteints par la maladie d'ici les prochaines années. Outre leur propre maladie, les soignants quittent leur emploi pour s'occuper de leurs proches tombés malades.

La généralisation de la pandémie et **le peu de moyens mis à disposition des soignants est source de démotivation**, de fatigue morale et par conséquent d'absentéisme. De bienfaiteurs, l'absence de moyens les conduit à se voir en fossoyeurs.

La pénurie est un obstacle majeur à la lutte contre le sida. Face à l'urgence de la maladie, gouvernements et bailleurs internationaux s'impliquent davantage et la mobilisation pour rendre les médicaments accessibles commence à porter ses fruits. Mais en Afrique, le suivi des malades n'est fait que dans les centres les plus importants. En zone rurale, où vivent les malades, il n'y a pas assez de personnel soignant ; or, sans eux, tous les moyens mis en œuvre n'atteindront jamais les malades.

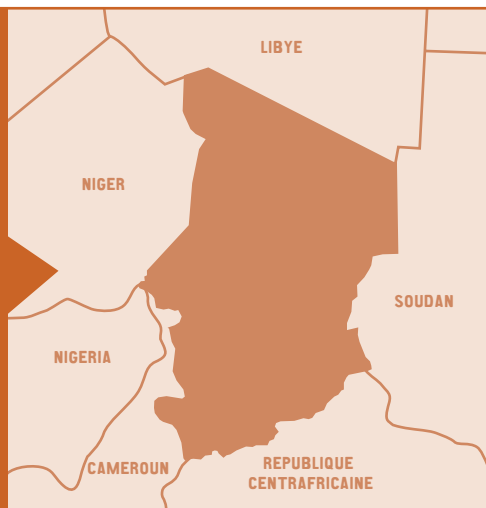
# TCHAD

## Des hôpitaux sans médecins

### LE TCHAD EN CHIFFRES :

- population : 8,6 millions d'habitants
- espérance de vie à la naissance : 43,6 ans
- taux de prévalence sida chez les adultes de 15 à 49 ans : 4,8 %
- taux de mortalité des 0 à 5 ans pour 1 000 naissances : 200
- taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances : 1 100
- taux de naissances assistées par du personnel médical : 16 %
- taux de fécondité global : 6,6
- **nombre de médecins pour 100 000 habitants : 3**

Source : Organisation Mondiale de la Santé et Programme des Nations Unies pour le Développement  
Human Development Report 2005



Depuis l'indépendance en 1960, la guérilla et les conflits armés ont rythmé la vie politique du pays. Aujourd'hui, la crise du Darfour voisin s'invite au Tchad : après les réfugiés, ce sont les milices qui traversent la frontière pour terroriser les populations civiles. L'extraction pétrolière qui a débuté au Tchad en 2003 et qui a rapporté 143 milliards de dollars en 2004 n'a pas amélioré les conditions de vie de la population. 66 % de la population est toujours privée d'eau potable et 64 % vit sous le seuil de pauvreté national. Dans ce pays extrêmement pauvre, la pénurie de soignants déjà préoccupante dans la capitale, est encore plus grave dans les campagnes.

MdM-France mène depuis 2002 un programme de formation et d'accès à la santé pour les enfants des rues à N'Djaména, la capitale. Depuis 2005, MdM-Espagne travaille dans un projet de renforcement de capacités de l'hôpital de district d'Abéché à l'est du Tchad.

Le système de santé tchadien est pyramidal, le sommet étant les hôpitaux de N'Djaména vers lesquels convergent les patients qui n'ont pu être pris en

charge ni dans les dispensaires, ni dans les hôpitaux de district. Par ailleurs, le très mauvais état des hôpitaux régionaux de province oblige la population à venir à N'Djaména.

Rebeca Lange, coordinatrice de la mission à N'Djaména témoigne de la pénurie de soignants que connaissent les hôpitaux de la capitale.

"A l'Hôpital Général de Référence, les médecins tchadiens ne sont présents que le matin. L'après-midi, ils se consacrent à leur clientèle privée des cliniques, activité indispensable à leur survie puisque les salaires modiques sont versés de façon très irrégulière. En l'absence des médecins, les infirmiers gèrent le flux des malades et des urgences. Débordés, ce sont les "garçons de salle" normalement en charge du ménage, qui administrent les soins, devant parfois assurer aussi les interventions chirurgicales !

La pénurie est criante : pour tout le pays, il n'y a qu'un psychiatre, les médecins et infirmiers sont trop peu nombreux, leurs conditions de travail sont épuisantes. Sans électricité, sans eau, la vie de l'hôpital est difficile. Le matériel manque, pas de gants, pas de compresse, stérilisations difficiles... les gangrènes gazeuses sont très fréquentes.



L'accueil des malades, qui parfois ont traversé le pays espérant trouver une aide dans les hôpitaux de la capitale, est sommaire. Manque de tout, épuisement du personnel : c'est parfois la maltraitance qui les accueille. Sans ressources, l'hôpital paie mal et rarement à temps les soignants, alors les revenus doivent être trouvés ailleurs. Les malades qui se dirigent vers

l'hôpital en dernier recours, en payant les sommes exigées, assurent la survie du personnel. Il n'est donc pas étonnant qu'une grande partie des médecins se tournent aussi vers le secteur privé, plus lucratif, contribuant ainsi au délitement de l'offre de soins publique. Pour pallier ce déficit, Cuba a mis en place un programme de collaboration Sud-Sud. Des médecins cubains payés par la Libye travaillent dans les hôpitaux tchadiens. Malheureusement, le remède est parfois pire que le mal : la venue des médecins cubains hautement qualifiés est une aubaine pour les médecins tchadiens : leurs collègues cubains les déchargent et ils peuvent ainsi se consacrer à leur clientèle privée.

*"A l'hôpital, tu paies pour mourir"* entend-on souvent à N'Djamena. Il est urgent que la population ait accès à la santé ; tant qu'il manquera autant de soignants, la population continuera à mourir."

## **LES PROGRAMMES HUMANITAIRES PARTICIPENT-ILS A CETTE PENURIE ?**

Les ONG humanitaires interviennent là où les besoins essentiels des populations ne sont pas pourvus, que ce soit du fait d'un conflit armé, d'une famine, d'une catastrophe naturelle ou d'une extrême pauvreté. Lorsqu'une mission humanitaire s'installe dans un dispensaire, le personnel local est souvent très motivé pour collaborer avec l'ONG : travailler dans une ONG donne des garanties de sécurité, assure de meilleures conditions de travail et un complément de salaire. Il arrive ainsi que la mission participe au déplacement de "poches" de travailleurs de santé dans le pays, le temps de la crise.

Les programmes des Nations Unies et les multiples ateliers de formation proposés par des organisations internationales exercent également un attrait puissant sur les personnels de santé nationaux : en plus des primes, les diplômes qu'ils offrent en fin de formation rendent d'éventuelles promotions beaucoup plus accessibles et d'une manière générale l'environnement professionnel dans ces ateliers est jugé plus agréable que ne le sont les conditions de travail dans les structures de santé nationales.

Les programmes des Nations Unies et des ONG dans les pays pauvres s'appuient donc sur le recrutement de personnels locaux, souvent les meilleurs, mais pour répondre aux besoins de la population du pays. Sur le total des soignants qui ont été formés et accompagnés par les organisations internationales, la grande majorité continue d'exercer auprès des populations les plus vulnérables.

# QUELS TRAITEMENTS POSSIBLES ?

Les différents cas-pays présentés dans le cadre de cette brochure, exposent à travers l'expérience de terrain des organisations partenaires de la campagne, les nombreux défis auxquels sont confrontés aujourd'hui les personnels de santé dans les pays du Sud (déficit de formation, sous-effectifs, rémunérations insuffisantes et irrégulières, manque de moyens techniques...). La démotivation, l'absentéisme ou encore la migration du personnel sont les conséquences dramatiques d'un sous-investissement chronique dans les systèmes de santé orchestré depuis plus de vingt ans par les institutions financières internationales (Banque mondiale et Fonds Monétaire International).

Pour répondre à ces multiples défis, **nos organisations sont convaincues qu'une réforme en profondeur des politiques de santé s'impose** tant au niveau national que mondial. Agir sur le cadre politique est aujourd'hui un complément indispensable aux solutions apportées directement sur le terrain via les projets des ONG ou des divers programmes internationaux tel que le Fonds mondial<sup>2</sup>, le GAVI<sup>3</sup>, etc.

C'est pourquoi, dans le cadre de la campagne "personnel de santé au Sud : pénurie mortelle", nos organisations (Agir ici, Aide Médicale Internationale, Médecins du Monde, le Secours catholique - Caritas France) demandent la mise en œuvre d'un **plan d'action d'urgence à l'échelle mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé et en particulier du personnel**, pierre angulaire de tout dispositif sanitaire. Nous invitons le gouvernement français à prendre toute sa place dans cet effort global dans le cadre duquel trois axes de changement nous semblent devoir être privilégiés : le développement de stratégies nationales cohérentes et ambitieuses ; une aide internationale plus importante et rattachée aux stratégies nationales ; la fin des politiques de gel du recrutement et des salaires du personnel soignant, préconisées par les IFI.

## 1/ ELABORER DES STRATEGIES NATIONALES DE RENFORCEMENT DU PERSONNEL DE SANTE

---

Répondre au défi que représente la crise des ressources humaines dans les systèmes de santé est une responsabilité qui incombe en premier lieu aux gouvernements des Etats confrontés à ce problème. L'accès universel aux soins essentiels est en effet un des piliers fondamentaux du "contrat social" qu'il revient à l'Etat de garantir. En Afrique sub-saharienne, région la plus touchée par le manque de personnel de santé, il est essentiel que les Etats respectent leur engagement pris en 2001 de consacrer au minimum 15 % de leur budget à l'amélioration du secteur de la santé<sup>4</sup>. **Le déblocage de ressources financières supplémentaires** est indispensable à la mise en place de stratégies nationales permettant de répondre aux nombreux enjeux qu'implique la situation du personnel de santé dans le monde. Ces stratégies doivent notamment s'employer à **assurer un meilleur niveau de formation** et augmenter le nombre de facultés de médecine et d'écoles d'infirmières dans les pays en développement. Au-delà de la formation des professionnels de santé, il est **également** essentiel de leur **garantir des conditions de travail décentes** (salaires justes et réguliers, mise à disposition de moyens techniques nécessaires à la pratique de la médecine, sécurité au travail, ...). Enfin, un encadrement plus attentif du personnel soignant ainsi que le développement de perspectives de carrières dans les systèmes de santé sont d'autres mesures clefs que les stratégies nationales devraient intégrer.

Les budgets publics de santé dans les pays les plus pauvres dépassent toutefois rarement les 10 dollars par habitant par an. Dans ces conditions, les ressources propres de ces Etats ne sauraient suffire à l'élaboration de stratégies nationales suffisamment ambitieuses pour apporter une réponse convaincante à la pénurie des professionnels de santé. L'aide des pays donateurs est à cet égard indispensable.

---

(2) Fonds mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme

(3) Global Alliance For Vaccines and Immunization

(4) Engagement pris lors du Sommet africain sur le VIH/sida, la tuberculose et les autres maladies infectieuses, avril 2001.

## 2/ PLUS D'AIDE POUR PLUS DE SOIGNANTS

En 2004, l'aide internationale en faveur de l'accès à la santé était d'environ 12 milliards de dollars (chiffres OMS). Si ce chiffre traduit une augmentation encourageante des volumes d'aides au cours des dernières années, il est toutefois largement insuffisant pour faire face aux besoins. En 2001, la commission "macroéconomie et santé" de l'OMS, présidée par Jeffrey Sachs, estimait que l'effort à consentir en terme d'aide internationale pour la santé devrait s'élever à 27 milliards de dollars par an en 2007 et 36 milliards de dollars en 2015. Au regard de ces chiffres, le niveau actuel d'aide à la santé n'atteint même pas la moitié des ressources financières jugées nécessaires pour permettre un accès pour tous aux services de santé de base. Les bailleurs de fonds doivent donc augmenter sensiblement leurs contributions financières allouées à la santé. De manière plus globale, les pays riches doivent respecter l'engagement pris en 1995 de consacrer au minimum 20 % de leur aide aux services sociaux de base (santé et éducation)<sup>5</sup>. Avec seulement 4 % de son APD allouées à la santé, la France fait aujourd'hui figure de mauvais élève en la matière. **Nous demandons au gouvernement français de remédier à cette situation en triplant dès l'année prochaine son aide publique au développement consacrée au secteur de la santé.**

Dans le cadre de cet effort général en faveur de la santé, il est essentiel que la situation des personnels soignants fasse l'objet d'une attention particulière. C'est pourquoi nos organisations insistent sur la nécessité d'augmenter de manière significative la part destinée à appuyer les politiques nationales de renforcement des ressources humaines. Les donateurs, dont la France, devraient ainsi mettre à disposition des pays en difficulté un financement sur le long terme ayant vocation à soutenir l'augmentation des effectifs et la prise en charge des coûts salariaux ainsi que l'amélioration de la formation et des conditions de travail. A ce titre, nous soutenons la double proposition de l'OMS demandant d'une part que **50 % de l'aide mondiale allouée au secteur de la santé soient redirigés vers le renforcement des systèmes de santé et d'autre part que la moitié de ces 50 % soit consacrée au renforcement du personnel soignant.**

(5) A l'occasion du Sommet mondial sur le développement social à Copenhague.

## 3/ DESSERRER L'ETAU DES INSTITUTIONS FINANCIERES INTERNATIONALES

L'application rigide des politiques macroéconomiques édictées par le FMI et la Banque mondiale constitue un premier verrou qu'il convient de faire sauter pour investir massivement dans le personnel de santé des pays en développement. Les plafonds budgétaires préconisés par les institutions de Bretton Woods entraînent en effet le plus souvent un gel du recrutement et des salaires des agents de la fonction publique, limitant considérablement la capacité des Etats à investir dans leurs systèmes de santé. Cette situation est inacceptable dans la mesure où les impératifs de stabilité macroéconomique ne devraient jamais prévaloir sur le droit à la santé pour tous. C'est la raison pour laquelle **nos organisations invitent le gouvernement français, en tant que membre influent de la Banque mondiale et du FMI, à s'opposer systématiquement au sein de ces institutions à toute mesure aboutissant au gel du recrutement ou des salaires du personnel de santé** dans les pays confrontés à une pénurie de ressources humaines. Par ailleurs, l'adoption d'une position officielle consacrant cette politique permettrait d'éviter que certains ministres des finances peu enclins à investir dans la santé des populations, puissent se retrancher derrière les politiques du FMI et de la Banque mondiale.



**Toutes ces recommandations sont reprises dans le document de la campagne "Personnel de santé au Sud : pénurie mortelle".**

Pour plus d'informations ou pour participer à la campagne, vous pouvez vous procurer le document de campagne auprès d'Agir ici : [www.agirici.org](http://www.agirici.org); 104, rue Oberkampf 75011 Paris



# LES ASSOCIATIONS PARTENAIRES DE LA CAMPAGNE

## AGIR ICI

Née en 1988, de loi 1901, Agir ici est une association citoyenne de solidarité internationale qui lutte contre les injustices mondiales en proposant des solutions concrètes et durables. Pour cela, Agir ici s'engage à informer et mobiliser les citoyens et faire pression sur les décideurs.

Agir ici se mobilise pour : défendre l'égalité d'accès aux services de base, établir des règles commerciales plus équitables, réformer les institutions financières internationales, réglementer les transferts d'armes. Totalement indépendante de tout parti politique, mouvement syndical ou confessionnel, Agir ici fonctionne essentiellement grâce aux dons de ses membres et sympathisants. Agir ici est membre observateur de la confédération Oxfam International.

## AIDE MEDICALE INTERNATIONALE

AMI (Aide Médicale Internationale), association humanitaire française apolitique et laïque, créée en 1979, œuvre pour le rétablissement de l'accès aux soins des populations exclues de tout système de santé ou vivant dans des conditions d'extrême précarité.

AMI forme du personnel médical local et soutient des centres de santé en s'appuyant sur les spécificités culturelles de chaque région.

AMI intervient dans des situations de post-urgence auprès des populations oubliées à travers le monde en vue de leur autonomisation.

## MEDECINS DU MONDE

Médecins du Monde est une association de solidarité internationale qui s'appuie sur l'engagement de ses membres (professionnels de la santé) pour permettre l'accès aux soins, depuis plus de 25 ans, des populations les plus vulnérables dans le monde et en France : victimes de catastrophes naturelles, de famines, de maladies, de conflits armés, de violences politiques, réfugiés, déplacés, peuples autochtones, enfants des rues, usagers de drogues et tous les exclus des soins.

A partir de sa pratique médicale, et en toute indépendance, Médecins du Monde témoigne des entraves à l'accès aux soins, des atteintes aux droits de l'homme et à la dignité. L'association engage le dialogue avec les politiques pour améliorer la situation des populations civiles.

## SECOURS CATHOLIQUE-CARITAS FRANCE

Association de loi 1901, à but non lucratif, le Secours Catholique-Caritas France lutte contre toutes les formes de pauvreté et d'exclusion et cherche à promouvoir la justice sociale. Il agit pour la transformation sociale et la justice à partir de l'échange avec les plus démunis, par la réalisation de projets et l'action institutionnelle, au plan local, national, et, au sein du réseau Caritas, au plan international.



## DOCUMENTS DE REFERENCE :

- Rapport de l'OMS : The World Health Report 2006 *Working together for health*
- Joint Learning Initiative, *Human resources for health : overcoming the crisis* 2004
- Paul Hunt, rapport présenté à l'Assemblée générale des Nations Unies, *Le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible*, 12 septembre 2005
- Forum de haut niveau sur les OMD liés à la Santé, *Ensemble contre la crise des ressources humaines pour la santé*, Paris, novembre 2005
- High Level Forum on the Health MDGs, *Addressing Africa's health workforce crisis : an avenue for action*, Abuja, décembre 2004
- Commission des Communautés Européennes, communication de la commission au conseil et au parlement européen, *Stratégie d'action communautaire concernant la pénurie des ressources humaines dans le secteur de la santé dans les pays en développement*, Bruxelles, décembre 2005
- Conseil national du sida, *La crise des ressources humaines dans les pays du Sud, un obstacle majeur à la lutte contre le VIH* Rapport de la commission internationale du Conseil national du sida 14 juin 2005
- United States Agency for International Development, Bureau for Africa, Office of Sustainable Development, *The Health Sector Human Resource Crisis in Africa : An Issues Paper* February 2003
- Ministry of Health Republic of Malawi, *Human resources in the health sector : toward a solution*, April 2004

Directrice de la publication : Dr Françoise Jeanson (Mdm)

Rédactrice en chef : Julie Ancian (Mdm)

Rédaction : Sylvain Baby (Mdm), Agir Ici, AMI

Conception graphique : Maya Lambert

Photographie couverture : Valérie Dupont (Mdm)

Imprimerie : L'Artésienne, 20 rue Tholozé, 75018 Paris

Remerciements : Frédérique Benzoni, Dominique Chappaz, Jean-Denis Crola, Aristide Doroux, Olivier Evreux, Géraldine Gaillot, Camila Guigliani, Sébastien Hyacinthe, Rebeca Lange, Sandrine Robin, Nicolas Saada, Dr Fernando Somongula, Aurore Voet.



**PERSONNEL DE  
SANTÉ AU SUD :**

**PENURIE  
MORTELLE**

