

Septième Réunion des directeurs de la santé : 3-5 avril 2019, Nadi, Fidji**Point 10.2 de l'ordre du jour – État des lieux des ressources humaines en santé de la reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (SRMNEA) dans le Pacifique (rapport sous presse)**

Les cibles nationales et internationales visant à de meilleurs résultats en matière de SRMNEA ne peuvent être atteintes par les pays en l'absence de solides effectifs dans ce secteur. Pour assurer la couverture universelle effective des services de SRMNEA, des mesures s'imposent afin de combler les lacunes du point de vue de la disponibilité, de l'accessibilité, de l'acceptabilité et de la qualité de ces services et des personnels qui les fournissent. L'analyse présentée dans l'état des lieux de la SRMNEA dans le Pacifique révèle qu'aucun pays de la région ne dispose de professionnels de santé en nombre suffisant, dotés des compétences requises et répartis équitablement sur son territoire, pour répondre à la demande en soins de SRMNEA. Si un paquet de prestations minimales est proposé par tous les pays, aucun ne couvre l'ensemble des interventions en SRMNEA jugées essentielles dans la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent.

La géographie de la région pose un problème majeur d'accessibilité des personnels de SRMNEA, et de nombreux pays s'engagent activement sur des voies innovantes pour faire face à ce problème. L'Océanie est confrontée à d'autres difficultés liées au contexte socioculturel, telles que la réticence à consulter un professionnel de santé du sexe opposé, la gêne éprouvée à l'évocation des questions relatives à la santé sexuelle et reproductive, et l'absence de services adaptés aux besoins des jeunes.

Il existe également dans de nombreux pays des obstacles à l'offre de soins de SRMNEA de grande qualité. On citera notamment l'inadéquation de la formation initiale, le nombre trop faible de possibilités de perfectionnement professionnel continu, la limitation des actes que sont autorisés à pratiquer les différents corps de métier, ainsi que l'inadaptation des réglementations et des systèmes d'octroi de licences.

Cette analyse a mis au jour l'écart existant entre les effectifs de santé et la couverture effective des services de SRMNEA. Des efforts majeurs doivent être engagés pour le combler.

1. CONTEXTE

Les ressources humaines sont indispensables à l'accélération de la mise en place d'un accès universel aux services de SRMNEA ; elles le sont tout autant à la réalisation des cibles ambitieuses fixées à l'échelon mondial au titre des Objectifs de développement durable (ODD) liés à la santé.

Les résultats enregistrés dans la région en matière de SRMNEA sont, dans certains cas, très satisfaisants et, dans d'autres cas, relativement insuffisants¹. Au travers d'engagements, de stratégies et d'initiatives adoptés récemment aux échelons mondial et régional, il a été reconnu que l'on ne pouvait obtenir de bons résultats en matière de SRMNEA ni atteindre les objectifs de développement visés dans le domaine de la santé sans investir dans les effectifs de SRMNEA. Les ODD, sous-tendus par le principe de « ne pas faire de laissés-pour-compte », offrent l'occasion de transformer le paysage des soins de SRMNEA dans le Pacifique. C'est la première région à avoir adopté la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant², lancée en 2015 peu de temps après l'adoption des ODD par les pays. Cet état des lieux des ressources humaines en SRMNEA fournit des données actualisées sur la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des personnels travaillant dans le domaine de la SRMNEA aux Îles Cook, aux Fidji, à Kiribati, aux Îles Marshall, dans les États fédérés de Micronésie, à Nauru, à Niue, à Palau, en Papouasie-Nouvelle-Guinée, aux Îles Salomon, au Samoa, à Tokelau, aux Tonga, à Tuvalu et à Vanuatu.

2. PROGRÈS RÉALISÉS ET RÉSULTATS OBTENUS

2.1 Méthodologie et objectifs

Le rapport a été préparé à partir d'une méthode analogue à celle suivie pour le rapport sur l'état de la pratique de sage-femme dans le monde³ (2014). Il donne une vue complète des effectifs de SRMNEA de la région, en s'appuyant sur le concept de la « couverture effective », appréciée à l'aune de quatre critères : la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité. On y trouve également des estimations de la proportion des besoins des populations en services de SRMNEA auxquels les

¹ UNFPA, OMS, CPS, UNICEF (sous presse). *The State of the Pacific's Reproductive, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health Report*. Bureau sous-régional de l'UNFPA pour le Pacifique, 2018.

² Chaque femme, chaque enfant. La stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030). New York : Chaque femme, chaque enfant, 2015. Disponible en ligne à l'adresse : <https://www.everywomaneverychild.org/global-strategy/>.

³ UNFPA, OMS, Confédération internationale des sages-femmes. L'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2014 : Sur la voie de l'universalité. Le droit de la femme à la santé. New York : Fonds des Nations Unies pour la population, 2014. Disponible en ligne à l'adresse : <https://www.unfpa.org/fr/featured-publication/l%C3%A9tat-de-la-pratique-de-sage-femme-dans-le-monde-2014>.

effectifs sont en mesure de répondre, ainsi que des projections à l'horizon 2030 établies à partir de ces estimations en vue de réaliser les ODD. Ce travail a été piloté par un Comité consultatif technique, composé des organisations suivantes : l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), la Communauté du Pacifique (CPS), la Confédération internationale des sages-femmes, l'Alliance des chefs d'unités de soins infirmiers et obstétricaux du Pacifique Sud, l'Association océanienne des fonctionnaires des services de santé (PIHOA), la Société fidjienne des sages-femmes, la Société océanienne pour la santé de la reproduction et le Centre collaborateur de l'OMS pour les soins infirmiers, l'obstétrique et le développement sanitaire de l'Université de technologie de Sydney (Australie).

2.2 Conclusions

Les femmes en âge de procréer, les enfants et les adolescents, qui sont les principaux usagers des services de SRMNEA, comptent pour plus de la moitié de la population océanienne. Les interventions pour la santé de la reproduction, de la mère et du nouveau-né représentent un peu plus de la moitié des besoins en SRMNEA de la région, la santé et le développement de l'enfant, un tiers de ces besoins, et la santé et le développement de l'adolescent, environ 10 %. Si la population est stable dans la majorité des pays océaniques, certains voient leur population croître et, à l'échelle de la région, on estime que les besoins en personnels de SRMNEA devraient augmenter sur les 15 prochaines années.

Pour estimer au plus juste la disponibilité des professionnels de SRMNEA, il convient de la mesurer par référence à la dotation en personnel exprimée en « équivalents temps plein » (ETP), car plusieurs de ces professionnels consacrent seulement une partie de leur temps aux services de SRMNEA. L'analyse révèle que les effectifs ETP ne représentent que la moitié des effectifs totaux. La plupart des pays disposent d'infirmiers et d'infirmières en nombre suffisant pour prodiguer les soins de SRMNEA relevant de leurs compétences, mais manquent de représentants des corps de métier spécialisés de la SRMNEA : les sages-femmes et infirmiers/sages-femmes, les obstétriciens/gynécologues et les pédiatres. La forte rotation des personnels (en particulier des médecins) et le vieillissement des effectifs (en particulier des infirmiers/sages-femmes) menacent la disponibilité future des ressources humaines dans la plupart des pays. Le Pacifique est confronté à des difficultés particulières pour ce qui est de la formation et du recrutement de professionnels de SRMNEA en nombre suffisant, difficultés appelant une démarche régionale de coopération pour assurer la disponibilité des effectifs nécessaires dans ce domaine.

L'accessibilité géographique est également très problématique ; les régions rurales/îles périphériques sont souvent mal desservies dans quasiment tous les pays. L'accessibilité financière est généralement satisfaisante, mais certaines interventions essentielles (telles que la prise en charge par le secteur de la santé des violences liées au genre ou les services destinés aux jeunes et aux adolescents) ne sont pas systématiquement incluses dans le paquet de prestations minimales. Les pouvoirs publics déploient généralement les effectifs de SRMNEA en rapport avec la répartition de la population, mais on constate un nombre plus faible de professionnels par habitant dans les régions reculées qui, bien souvent, comptent essentiellement sur les personnels auxiliaires et les praticiens non-médecins, au lieu d'avoir accès à des médecins, des infirmiers et des infirmiers/sages-femmes. Aucun pays océanien ne dispose de professionnels qualifiés en nombre suffisant et répartis équitablement sur le territoire de sorte à répondre aux besoins de l'ensemble de sa population en soins de SRMNEA.

La moitié environ des pays de la région se sont dotés de documents stratégiques nationaux pour assurer des prestations de soins selon des modalités tenant compte des besoins sociaux, culturels et traditionnels des populations. Les obstacles socioculturels, tels que la réticence à consulter un professionnel de santé du sexe opposé et la gêne éprouvée à l'évocation des questions relatives à la santé sexuelle et reproductive, figurent au nombre des raisons pour lesquelles les femmes peuvent ne pas se sentir disposées à demander des soins. Le rapport fait également apparaître des inquiétudes liées à la confidentialité, car le professionnel de santé est souvent une connaissance de la famille.

Les programmes de formation à la profession de sage-femme dans la région sont généralement conformes aux normes internationales, mais la mise en œuvre de ces programmes est problématique. Au nombre des difficultés recensées, on citera notamment une pénurie de personnel enseignant qualifié, le manque de possibilités pour les enseignants comme les étudiants de mettre à niveau ou de consolider leurs compétences pratiques ainsi que leurs connaissances théoriques, l'absence de perfectionnement des enseignants, et le nombre limité d'établissements d'enseignement. La limitation des actes que sont autorisés à pratiquer les différents corps de métier et l'inadaptation des réglementations et des systèmes d'octroi de licences ont également une incidence sur la qualité des soins. Dans nombre de pays, le rôle crucial que les sages-femmes ont à jouer dans l'amélioration des résultats en matière de SRMNEA n'est pas reconnu. Les pays océaniens ont pour la plupart élaboré des documents de planification et d'orientation générale, tels que des stratégies et des politiques relatives à la SRMNEA ou aux ressources humaines pour la santé, mais ces documents sont parfois obsolètes, rarement chiffrés dans leur intégralité, et difficiles à mettre en œuvre.

Le rapport expose les profils de 14 pays océaniques, dont la Papouasie-Nouvelle-Guinée. Ces profils de pays ont été conçus pour encourager et éclairer les débats de politique sur les impacts que peuvent avoir la composition, l'éventail des compétences, le déploiement et les conditions favorables de l'environnement des personnels de SRMNEA sur les prestations de services de SRMNEA à toutes les femmes, tous les adolescents, tous les enfants et tous les nouveau-nés qui en ont besoin. Des cartes illustrent, d'une part, la répartition géographique des grossesses dans chaque pays et, d'autre part, la durée des déplacements depuis différentes régions de chaque pays pour se rendre dans l'établissement de santé le plus proche offrant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence. La mise en corrélation de ces cartes permet de recenser les zones géographiques pauvres en établissements de santé (et, par extension, en personnels de SRMNEA) et d'estimer le nombre de grossesses qui n'ont peut-être pas accès à une structure fournissant des services de soins essentiels. Ces cartes fournissent des éléments concrets à l'appui de l'élaboration de politiques en faveur du déploiement des professionnels de santé disponibles là où les besoins sont les plus importants, ainsi que de la recherche de solutions aux difficultés précises recensées, telles que des actions de sensibilisation de la population et des systèmes efficaces d'orientation des patients.

3. DÉFIS À RELEVER

3.1 Limites

Dans le cadre de cette évaluation régionale, la même méthode a été appliquée pour chaque pays afin de rendre possible, le cas échéant, des comparaisons entre les pays et des agrégats régionaux des résultats. Certaines des hypothèses types retenues ne sont donc pas pertinentes pour tous les pays (par exemple, le champ de la pratique des différentes professions de santé ou encore le nombre de congés annuels varient d'un pays à un autre). Lors de l'atelier régional de validation, certains pays ont demandé des modifications de ces hypothèses types, qui ont été apportées dès lors qu'un large consensus s'était dégagé entre les pays.

La méthode utilisée n'est pas vraiment adaptée aux tout petits pays. Les projections relatives aux effectifs de santé nécessaires supposent que chaque pays a besoin au minimum d'un infirmier/sage-femme, d'un infirmier, d'un médecin, d'un obstétricien/gynécologue et d'un pédiatre. Or, un pays de très petite taille peut ne pas avoir besoin d'un praticien dans chacune de ces spécialités, et pourvoir à ses besoins de différentes façons, par exemple par un partage des tâches ou dans le cadre d'accords avec les pays voisins, mais le modèle appliqué ne tient pas compte de ce type de solutions. Cela signifie que les effectifs de santé requis (tels qu'ils sont estimés par le modèle) sont nettement supérieurs aux effectifs actuels, même dans les situations où les effectifs actuels sont suffisants pour

répondre à la demande dans sa globalité ou en grande partie. Cette situation s'est notamment posée à Niue, ce qui explique l'absence de graphiques des besoins projetés dans le profil de pays.

Les pays ont été invités à communiquer leurs données de 2016, car il s'agissait de l'année civile complète la plus récente avant l'ouverture de la collecte de données. Cependant, nombre d'entre eux ayant rempli le questionnaire d'enquête en 2018, une partie des données de référence correspond peut-être à l'année 2017 au lieu de l'année 2016.

4. ORIENTATIONS FUTURES

4.1 Recommandations à l'attention des pouvoirs publics

- **Politique et planification en matière de ressources humaines pour la santé** : réviser les politiques nationales de SRMNEA pour s'assurer qu'elles sont pertinentes, actualisées, chiffrées dans leur intégralité et conformes aux objectifs visés dans le domaine des ressources humaines pour la santé au plan national, régional et international, et élaborer de nouveaux textes pour combler les éventuelles lacunes recensées ; créer des systèmes d'information sur les ressources humaines pour la santé, ou améliorer les systèmes existants, de sorte que les données essentielles sur les ressources humaines dans le domaine de la SRMNEA soient accessibles aux parties prenantes concernées et qu'elles soient de grande qualité ; mieux appréhender les praticiens exerçant dans des zones reculées ou rurales, et leur apporter un soutien accru, par le biais notamment d'un perfectionnement professionnel et d'une supervision active.
- **Champs de la pratique** : réviser les champs de la pratique de toutes les catégories de personnels de SRMNEA et les mettre à jour de sorte qu'ils décrivent précisément les actes qu'est autorisé à pratiquer chaque corps de métier en fonction du pays d'exercice.
- **Amélioration de l'enseignement et de la formation des personnels de santé** : renforcer les capacités des établissements de formation de sages-femmes (perfectionnement des enseignants, mise à disposition de matériel, cohérence des programmes avec les besoins locaux et les normes mondiales) en vue d'améliorer la qualité de l'enseignement ; envisager de mettre en place des dispositifs d'accréditation des prestataires de services de formation à l'appui du renforcement des capacités et de l'amélioration de la qualité ; veiller à ce que les programmes de formation soient en phase avec les champs de la pratique actualisés.
- **Réglementation** : établir des organismes de réglementation nationaux chargés de formuler un avis sur différentes questions telles que les champs de la pratique et les cadres réglementaires, ou consolider les organismes existants en ce sens ; renforcer les systèmes d'octroi de licences

pour les infirmiers, les sages-femmes et les agents auxiliaires ; faire figurer l'acceptabilité des soins dans les cadres réglementaires, en veillant à bien cerner les attentes des usagers des services (les femmes et les familles), à effectuer un suivi de la capacité à répondre à leurs besoins, et à faire le nécessaire pour combler les lacunes.

- **Évolution de carrière** : élaborer des perspectives de carrière qui soient claires et normalisées pour chaque corps de métier, la réglementation traitant séparément les sages-femmes et les infirmiers ; veiller à ce que les rémunérations correspondent aux compétences et aux responsabilités, et subordonner le renouvellement des licences à une exigence de formation professionnelle continue dans le but d'encourager la formation en cours d'emploi pour tous, même pour les praticiens isolés ; concevoir des programmes de mentorat pour permettre aux professionnels de santé bien établis ou tout récemment retraités de transmettre leurs connaissances et leur expérience à leurs confrères et consœurs moins expérimentés.
- **Santé et développement de l'enfant (en particulier, nutrition et vaccination)** : investir, d'une part, dans l'offre de perspectives de carrière pour les corps de métier spécialisés dans la santé de l'enfant et, d'autre part, dans l'éducation des familles et des communautés (nutrition, éducation parentale).
- **Santé et développement de l'adolescent (en particulier, santé sexuelle et reproductive)** : recenser les lacunes au niveau des professionnels de santé dispensant des services adaptés aux besoins des adolescents, et y remédier en concevant des services et en formant des professionnels de santé dans l'optique d'encourager l'accès aux soins des adolescents.
- **Violence liée au genre** : s'assurer que les agents de santé disposent des ressources et des compétences nécessaires pour réagir efficacement face aux violences à l'égard des femmes et des enfants.

4.2 Recommandations à l'intention des partenaires du développement

- **Champs de la pratique** : mettre au point une stratégie régionale consacrée aux sages-femmes afin d'accroître la visibilité et l'influence de ce corps de métier essentiel dans le domaine de la SRMNEA.
- **Collaboration** : utiliser des plateformes régionales pour mutualiser les ressources et les connaissances.

- **Amélioration de l'enseignement et de la formation des personnels de santé** : élaborer un cadre régional pour la formation des professionnels de santé, en particulier ceux exerçant dans le domaine de la SRMNEA (par exemple : durée des formations, contenu des programmes, ratio étudiants/enseignants).
 - **Réglementation** : établir des organismes de réglementation régionaux chargés de formuler un avis sur différentes questions telles que les champs de la pratique et les cadres réglementaires, ou consolider les organismes existants en ce sens.
-