



Assemblée générale

Distr. générale
24 septembre 2015
Français
Original : anglais

Soixante-dixième session

Point 125 de l'ordre du jour

Santé mondiale et politique étrangère

Note du Secrétaire général

Le Secrétaire général a l'honneur de transmettre par la présente le rapport établi par le Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé en application de la résolution 69/132 de l'Assemblée générale.



Rapport du Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé sur la protection des personnels de la santé

Résumé

Dans sa résolution 69/132, l'Assemblée générale s'est intéressée à la question des personnels de la santé dans le cadre de la mise en place de systèmes de santé nationaux résilients et dans une perspective de couverture sanitaire universelle. Elle s'est plus particulièrement penchée sur la protection des agents sanitaires et a considéré que les attaques visant le personnel médical et les autres professionnels de la santé avaient des conséquences durables et entraînaient notamment des pertes en vies humaines et des souffrances, qu'elles affaiblissaient la capacité des systèmes de santé de fournir des services vitaux et qu'elles faisaient obstacle au développement des services de santé.

Les attaques contre les personnels soignants et médicaux, les installations sanitaires et les moyens de transport entravent sérieusement l'accès aux soins, privent les patients de traitement et paralysent l'exécution des mesures de prévention et de lutte contre les maladies contagieuses. Les médecins, les personnels infirmiers et les autres agents sanitaires doivent pouvoir sauver des vies en accomplissant leur mission compassionnelle et humanitaire à l'abri des menaces de violence et de l'insécurité.

Pour contrer la violence visant les professionnels de la santé, garantir la protection des agents contre les menaces physiques et psychologiques et dans les situations d'exposition à des conditions de travail dangereuses, il faut un message politique fort affirmant le caractère inadmissible de tels actes. Si rien n'est fait, la violence est souvent une cause d'absentéisme et conduit même les professionnels de la santé à quitter leur emploi, ce qui ne fait qu'accentuer la nécessité constante de constituer dans le monde entier des effectifs de personnel sanitaire bien formés, motivés et suffisamment nombreux pour répondre aux besoins des populations de tous les pays.

I. Introduction

1. Dans sa résolution 69/132, l'Assemblée générale a réaffirmé l'engagement des États Membres en faveur de la réalisation de tous les objectifs du Millénaire pour le développement, en soulignant que les objectifs concernant la santé étaient déterminants pour la réalisation de l'ensemble des objectifs. Elle a également considéré que la santé était à la fois un préalable, un résultat et un indicateur des trois dimensions du développement durable mais que des obstacles à la santé mondiale subsistaient et appelaient une attention soutenue.

2. L'une des problématiques de la santé mondiale qui ressort de la résolution 69/132 est celle de la place du personnel de la santé en tant qu'élément capital d'un système de santé national résilient. Il est souligné en outre dans la résolution que le respect de l'intégrité et de la sécurité des personnels soignants et sanitaires dans l'exercice de leurs tâches, ainsi que de leurs moyens de transport, de leur matériel et de leurs installations, accentue le développement de systèmes de santé résilients et le progrès vers la couverture sanitaire universelle, mais aussi le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mental possible.

3. L'Assemblée générale a réaffirmé dans sa résolution le rôle de direction et de coordination qui est celui de l'Organisation mondiale de la Santé dans l'action internationale en faveur de la santé et elle a constaté le rôle primordial que joue cette entité, avec d'autres organisations internationales compétentes, dans l'élaboration et la mise en œuvre de mesures destinées à promouvoir la sécurité du personnel médical et des autres professionnels de la santé, de leurs moyens de transport et des établissements dans lesquels ils exercent, ainsi que le respect de leurs codes de déontologie.

4. Dans son débat sur la question de la protection des agents sanitaires, l'Assemblée générale a examiné plusieurs éléments : l'un concerne le problème des attaques et menaces physiques et psychologiques visant le personnel soignant et les autres professionnels de la santé. Les agressions physiques et autres actes de violence ont un impact immédiat sur les personnes touchées et amoindrissent la capacité du système de santé de fournir les services essentiels vitaux. Ces attaques, menaces et autres actes qui empêchent le personnel médical et soignant de s'acquitter de ses tâches se produisent lors des conflits armés et dans les situations d'urgence, ainsi que dans l'exercice quotidien des tâches courantes.

5. Dans sa résolution 69/132, l'Assemblée générale a également abordé la question de l'exposition des professionnels de la santé à des conditions de travail dangereuses, lorsque par exemple ils sont appelés à prévenir, détecter et combattre des maladies infectieuses ou à travailler dans des hôpitaux ayant subi des dommages structurels causés en autres événements par des catastrophes naturelles tels que séisme ou raz-de-marée. Le respect de l'intégrité du personnel soignant et des autres professionnels de la santé qui accomplissent leurs tâches a également été considéré comme primordial dans ce contexte, de même que la nécessité de promouvoir la formation, la rétention et la répartition équitable des effectifs de santé.

6. L'Assemblée générale a prié le Secrétaire général, agissant en étroite collaboration avec le Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé, de lui présenter un rapport sur la protection des professionnels de la santé, dans lequel les données d'expérience communiquées par les États Membres seraient exposées et

analysées, et qui contiendrait des recommandations concernant les mesures, notamment préventives, que devaient prendre les parties concernées.

II. Violence dans les conflits armés et les situations d'urgence

7. La plupart des conflits actuels s'accompagnent d'atteintes généralisées aux droits de l'homme et de violations du droit international humanitaire. Le ciblage de plus en plus fréquent des travailleurs humanitaires est particulièrement préoccupant, tout comme les attaques visant les professionnels de la santé, les établissements de soins et les patients. De plus, les agents sanitaires risquent de devenir des cibles de la violence collective ou politique.

8. Ces attaques entravent sérieusement l'accès et le droit aux soins et affaiblissent les systèmes de santé. Elles augmentent le risque du travail dans de telles conditions, renchérissent les coûts opérationnels associés et nécessitent des capacités spécialisées supplémentaires (par exemple pour négocier l'accès)¹.

9. Dans sa résolution 69/132, l'Assemblée générale a demandé instamment le plein respect des règles et principes du droit international humanitaire, notamment les dispositions pertinentes des quatre Conventions de Genève de 1949 et de leurs Protocoles additionnels de 1977 et 2005, ainsi que les règles et principes du droit international coutumier relatif à la protection du personnel soignant et du personnel humanitaire qui se consacrent exclusivement à des tâches médicales, de leurs moyens de transport, de leur matériel et des hôpitaux et autres installations médicales.

10. En dépit des instruments juridiques et du droit coutumier, les attaques visant le personnel médical et sanitaire, les établissements de soins, les véhicules et les patients continuent. Les données mondiales sur la santé existent. Mais il n'y a pas de méthodologie standard de collecte ni de banque centralisée des statistiques relatives à la violence dans le secteur des soins de santé. Les données sont recueillies par différentes entités à différentes fins, dans des aires géographiques différentes, et elles sont de qualité inégale. Il est par conséquent difficile de quantifier l'ampleur exacte du problème.

11. Un rapport de l'OMS établi en 2014 à partir de l'examen de données secondaires du domaine public a révélé que pour cette seule année des attaques avaient été enregistrées dans 32 pays. Les données recueillies par le Comité international de la Croix-Rouge entre janvier 2012 et décembre 2014 font apparaître 2 398 incidents dans 11 pays².

12. Les attaques peuvent être classées dans plusieurs catégories : a) violence visant les établissements de soins; b) violence visant le personnel médical et les agents sanitaires; c) violence visant les moyens de transport ou les véhicules

¹ OMS, *Plan stratégique de l'OMS 2014-2019 visant à réduire l'impact des situations d'urgence et des catastrophes*; consultable à l'adresse http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/171852/1/WHO_PEC_ERM_ERX_2015.6_STR_eng.pdf?ua=1&ua=1.

² CICR, *Incidents violents touchant les soins de santé : les soins de santé en danger, janvier 2012-décembre 2014*. Consultable à l'adresse www.icrc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-4237.pdf.

médicaux; d) violence visant les patients, les blessés et les malades; et e) violence visant les institutions médicales et sanitaires et les organes officiels tels que les ministères de la santé, les facultés de médecine et autres entités.

13. Un certain nombre d'organisations internationales gouvernementales et non gouvernementales (ONG) s'intéressent activement à la question des attaques visant le personnel médical et les agents sanitaires, leurs moyens de transport et les installations, et s'emploient notamment à trouver des mesures préventives appropriées propres à renforcer et promouvoir la sécurité et la protection des installations sanitaires, des personnels et de leurs moyens de transport, ainsi que des patients.

14. Répondant à l'appel lancé à ses États membres par l'Assemblée mondiale de la santé de 2012 dans sa résolution 65.20, l'OMS a pris l'initiative de convoquer un large éventail de partenaires intéressés afin de mettre au point une méthodologie et les outils nécessaires pour collecter systématiquement les données relatives aux attaques contre les installations sanitaires, les professionnels de la santé, les moyens de transport sanitaires et les patients dans les situations d'urgence humanitaires complexes. Les outils facilitent la collecte, l'analyse et la communication des données et fournissent des moyens électroniques simplifiés et sécurisés de saisie, de gestion et de diffusion ainsi que des consignes et des règles générales de gestion sécurisée et déontologique des données. La méthodologie a été arrêtée à la suite de consultations approfondies. Elle est actuellement à l'essai sur le terrain.

15. Le Directeur général de l'OMS défend énergiquement le droit à la santé et a fait de nombreuses déclarations pour attirer l'attention sur la fréquence des attaques contre des membres du personnel de santé, des établissements, des moyens de transport et des patients. À la soixante-huitième Assemblée mondiale de la santé, en mai 2015, il a vivement recommandé que des mesures collectives soient prises pour mettre un terme à ces agressions. À la séance plénière, il a allumé un cierge en hommage et en souvenir des professionnels de la santé morts au service de populations dans le besoin. S'exprimant lors d'une grande manifestation tenue en marge de l'Assemblée, le Directeur général a réaffirmé que l'OMS mettait tout en œuvre pour mettre fin à ces attaques.

16. Dans l'ensemble de ses services, l'OMS plaide en permanence en faveur du droit à la santé et rappelle systématiquement à l'ensemble des parties aux conflits la nécessité de protéger le personnel de santé, les établissements et les moyens de transport et de respecter leurs obligations en vertu du droit humanitaire international.

17. L'OMS dispose maintenant d'une équipe chargée d'analyser l'étendue et la nature des attaques contre les soins de santé afin de dégager et de promouvoir des mesures préventives et des solutions pratiques. L'OMS continuera de plaider en faveur de la protection des personnels de santé et continuera à aider les États membres à concevoir les mesures préventives appropriées et des systèmes de santé plus résilients.

18. La campagne du Comité international de la Croix-Rouge (CICR) intitulée « Les soins de santé en danger » est une initiative de l'ensemble du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge qui entend analyser les conséquences graves et généralisées des actes de violences illégaux et parfois violents qui entravent la prestation de soins de santé, endommagent ou détruisent les

établissements et les véhicules et blessent ou tuent des agents sanitaires et des patients, lors des conflits armés et dans d'autres situations d'urgence³. Le projet, prévu pour la période 2011-2015, est centré sur le renforcement de la protection des malades et des blessés dans ce genre de situations, grâce à l'adoption de mesures spécifiques conçues pour aider à garantir un accès sécurisé à des soins de santé efficaces et impartiaux. Durant cette période, le CICR et les Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge continueront d'exhorter les États parties aux Conventions de Genève, les professionnels de la santé dans leur ensemble et d'autres parties prenantes à concevoir des solutions concrètes et à s'engager à les mettre en œuvre⁴.

19. Dans le sillage de la campagne « Soins de santé en danger » du CICR, Médecins sans frontières a lancé en 2012 un projet baptisé « Medical Care Under Fire »⁵ sur la violence à contre les soins de santé, un processus interne de collecte des données et de mutualisation des meilleures pratiques. Ce projet, ainsi que la campagne « Soins de santé en danger » et d'autres initiatives importantes recensées dans le présent rapport, ont permis d'atteindre un consensus sur la nécessité impérieuse et urgente de lutter collectivement contre la montée de la violence à l'encontre des professionnels de la santé.

20. Il existe d'autres sources d'informations sur la violence contre les soins de santé, à savoir notamment : la Base de données sur la sécurité du personnel humanitaire qui enregistre les principaux actes de violence à l'encontre du personnel humanitaire, avec des entrées allant de 1997 à nos jours; le Armed Conflict Location and Event Data Project, qui contient des données sur la violence politique à l'usage des pays d'Afrique en développement et a lancé un échange de données humanitaires (Humanitarian Data Exchange); Médecins pour les droits de l'homme, qui œuvre pour à faire cesser les atrocités de masse et les actes responsables d'atteintes physiques et mentales graves; le Council on Foreign Relations, qui parraine la mise au point d'une carte interactive montrant les poussées épidémiques de rougeole, d'oreillons, de coqueluche, de poliomyélite, de rubéole et d'autres maladies facilement évitables moyennant l'administration de vaccins peu onéreux et efficaces; l'Oxford Research Group, qui gère une plateforme en ligne de signalement de pertes humaines, alimentée par plus de 40 membres qui collectent, recensent et enregistrent les cas de décès ou de blessures liés à des conflits.

III. Violence au travail dans le secteur de la santé

21. Le personnel de santé est très exposé à la violence partout dans le monde. Entre 8 % et 38 % des agents sanitaires sont en butte à la violence physique à un moment ou à un autre de leur carrière⁶. Ils sont bien plus nombreux encore à être

³ CICR, « Halte à la violence contre les soins de santé », Projet Soins de santé en danger, disponible à l'adresse suivante : <https://www.icrc.org/fre/what-we-do/safeguarding-health-care/index.jsp>.

⁴ Projet Soins de santé en danger : questions et réponses, disponible à l'adresse : www.icrc.org/eng/resources/documents/faq/health-care-in-danger-faq-2011-08-05.htm.

⁵ Médecins sans frontières, *Medical care under fire*, disponible à l'adresse : www.msf.org/topics/medical-care-under-fire.

⁶ OMS, *Prévention de la violence et du traumatisme*, « Violence against health workers », disponible en anglais à l'adresse : www.who.int/violence_injury_prevention/violence/workplace/en/.

exposés à des menaces ou des agressions verbales. La plupart des actes de violence sont commis par des patients et des visiteurs. Les catégories d'agents de santé les plus exposés sont les infirmières et les autres agents qui prennent part directement aux soins dispensés aux patients, le personnel des salles d'urgence et les ambulanciers.

22. La violence à l'encontre des professionnels de la santé est inadmissible. Elle porte atteinte non seulement au bien-être psychologique et physique des agents, mais aussi à leur motivation professionnelle. Elle compromet en conséquence la qualité de la prestation des soins de santé. Elle engendre aussi une perte financière immense dans le secteur de la santé.

23. Au cours de leur journée de travail, les agents sanitaires sont souvent en contact direct avec des personnes dans la détresse soumises au stress et à la violence. Associé à un risque de violence, le stress au travail peut devenir plus présent et entraîner des problèmes de santé mentale, des taux plus élevés de congé maladie et, en dernier lieu, une perte d'effectifs.

24. Les interventions destinées à prévenir la violence à l'encontre des agents sanitaires autres que ceux des urgences privilégient les stratégies consistant à mieux gérer les patients violents et les visiteurs à risque. Il faut des recherches supplémentaires pour évaluer l'efficacité de ces programmes, en particulier dans les contextes de faibles ressources.

25. L'OMS, le Bureau international du Travail (BIT), le Conseil international des infirmières (CII) et l'Internationale des services publics (ISP) ont élaboré conjointement des Directives générales sur la violence au travail dans le secteur de la santé⁷ afin de favoriser la mise au point de politiques de prévention de la violence dans un contexte de travail hors urgences, ainsi qu'un questionnaire et un protocole expérimental dans le but d'étudier l'ampleur et les conséquences de la violence dans ce genre de contextes.

26. Les Directives générales traitent, entre autres, des violences aussi bien physiques que psychologiques, y compris les actes que l'on appelle agression/attaque, insultes, brutalités/intimidation, de différentes formes de harcèlement, y compris sexuel ou racial et des menaces. Concernant le domaine d'application des Directives, sont considérés comme des lieux de travail tous les services de soins de santé, quels que soient leur taille, leur emplacement géographique ou le type de services fournis, ainsi que tout lieu où ces services sont dispensés à l'extérieur des établissements, par exemple les services d'ambulance ou les soins à domicile.

27. Les Directives n'ont pas de valeur prescriptive, mais elles peuvent être utilisées en tant qu'outil de référence pour élaborer plus facilement des politiques et autres instruments afin d'apporter des réponses concrètes à des besoins et des situations spécifiques. Elles peuvent aussi promouvoir le dialogue et les consultations entre les parties prenantes concernées, telles que les gouvernements, les employeurs et les personnels de santé, ainsi que les ONG, du secteur de la santé ou non, qui interviennent dans le domaine de la violence au travail.

28. Il est important de relever que la violence au travail est un problème structurel et stratégique trouvant sa source dans des facteurs sociaux, économiques,

⁷ BIT, CII, OMS, ISP, « Directives générales sur la violence au travail dans le secteur de la santé », disponible à l'adresse suivante : www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/workplace/en/.

organisationnels, culturels et individuels qui interagissent de manière complexe. Les réponses immédiates à apporter comprennent des mesures de prévention sous forme de mesures de sécurité et d'amélioration des conditions matérielles, ainsi que l'aide aux victimes en cas d'incidents violents, avec notamment une assistance médicale et psychologique ainsi qu'un soutien des pairs et de la direction, une aide juridique et des mesures de réadaptation.

29. Toutefois, la violence au travail dans le secteur de la santé est un problème qui appelle une intervention diversifiée privilégiant une approche intégrée fondée sur la participation, sensible au contexte culturel et aux sexospécificités, non discriminatoire et systématique. Pour faciliter la mise en œuvre des Directives générales, l'OMS, le BIT, le CII et l'ISP ont établi en 2005 un manuel de formation sur la violence au travail dans le secteur de la santé.

IV. Sécurité des hôpitaux et des établissements sanitaires

30. Les situations d'urgence et les catastrophes causent souvent des détériorations et des destructions d'hôpitaux et d'autres types d'infrastructures sanitaires, provoquant des pertes en vies humaines parmi les agents sanitaires et affaiblissant la capacité des systèmes de santé de prodiguer les soins. Assurer la sécurité, l'accessibilité et la fonctionnalité des hôpitaux sauve des vies et permet aux soignants et au personnel médical de travailler au maximum des capacités immédiatement après une catastrophe au lieu de figurer au tableau des principales victimes.

31. Le typhon Haiyan qui a frappé le centre des Philippines en 2013 a endommagé plus de 2 000 centres de santé⁸ et en a détruit plus de 600. C'est grâce en grande partie à la meilleure préparation de tous les acteurs de la santé que la majorité des zones touchées par le typhon Ruby qui s'est abattu sur les Philippines en 2014 n'ont enregistré aucune victime. Il est primordial de veiller à la sécurité des hôpitaux et des établissements sanitaires pour réduire le nombre de morts et de blessés en cas de catastrophe naturelle.

32. Cependant, certaines activités qui améliorent la protection sanitaire des populations dans les situations d'urgence ont un caractère intersectoriel qui dépasse la simple sphère des systèmes de santé. Le travail accompli dans le cadre de l'initiative « Des hôpitaux à l'abri des catastrophes », par exemple, montre clairement que les pouvoirs publics à tous les niveaux et les collectivités sont résolus à mieux protéger les hôpitaux face aux catastrophes. L'initiative couvre les principaux facteurs de risque, dont les problèmes environnementaux ainsi que l'urbanisation, l'occupation des sols et les codes de la construction. Ces dernières années, 79 pays ont pris des mesures au titre de l'initiative pour améliorer la sécurité de leurs hôpitaux en cas de catastrophe.

33. Les initiatives articulées autour de la Stratégie internationale de prévention des catastrophes, qui regroupe l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et d'autres organisations du système des Nations Unies, sont notamment la campagne mondiale pour la prévention des catastrophes consacrée en 2008-2009 au thème « Des hôpitaux à l'abri des catastrophes » et en 2010-2011 au thème « Pour des villes résilientes : ma ville se prépare », et les Journées mondiales de la santé de 2008,

⁸ Voir « Outbreaks and emergencies » (épidémies et urgences), disponible à l'adresse : www.wpro.who.int/outbreaks_emergencies/haiyan/en/.

2009 et 2010, consacrées respectivement aux thèmes « Protéger la santé face au changement climatique », « Sauver des vies : assurer la sécurité des hôpitaux dans les situations d'urgence » et « Urbanisation et santé ».

34. De plus en plus d'États Membres démontrent toujours plus l'importance qu'ils accordent à la réduction des risques sanitaires dans les situations d'urgence et de catastrophe. L'adoption du Cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe (2015-2030) par 187 États Membres réunis pour la troisième Conférence mondiale des Nations Unies sur la réduction des risques de catastrophe, qui s'est tenue à Sendai (Japon) en mars 2015, a donné un signal fort d'engagement politique⁹. Ce schéma important met la santé au cœur de la politique mondiale et de l'action engagée pour diminuer les risques liés aux catastrophes au cours des 15 prochaines années.

35. Le Cadre de Sendai dit que « la réduction sensible du risque de catastrophe nécessite de la persévérance, de la ténacité et une focalisation plus explicite sur les personnes, leur santé et leurs moyens de subsistance »¹⁰. Il engage les États Membres à intégrer la gestion des risques liés aux catastrophes dans leurs systèmes de santé à tous les niveaux et à améliorer la résilience des systèmes de santé nationaux, des hôpitaux et des établissements de soins.

36. L'OMS, en collaboration avec le Bureau des Nations Unies pour la réduction des risques de catastrophe et d'autres organismes des Nations Unies, d'organisations non gouvernementales, d'établissements universitaires et d'autres partenaires, aide les pays à appliquer le Cadre de Sendai en leur apportant l'assistance nécessaire pour renforcer leurs capacités nationales en matière de gestion sanitaire des situations d'urgence et des risques liés aux catastrophes.

37. L'une des trois nouvelles grandes initiatives annoncées pour soutenir les engagements de Sendai a été la publication par l'OMS en 2015 d'un nouveau cadre général de sécurité des hôpitaux conçu pour réduire les dégâts qu'infligent les catastrophes à ces éléments critiques des infrastructures locales de secours d'urgence et de santé, l'un des principaux objectifs dont il était question à Sendai¹¹.

38. Dans le Cadre de Sendai, la « sécurité des hôpitaux » s'applique à tous les types d'établissements de santé et à leurs fonctions, notamment les centres de soins, les laboratoires, les centres de consultations (y compris ceux qui fournissent des services de prévention et de promotion de la santé), les hôpitaux de petite et moyenne capacité et les hôpitaux de recours. Il met en avant le fait que les pays et les collectivités doivent en priorité protéger les hôpitaux nouveaux ou existants ainsi que les autres établissements de soins, contre les dangers connus et garantir l'intégrité physique des bâtiments, du matériel et des systèmes hospitaliers stratégiques¹².

⁹ Le texte du Cadre de Sendai est consultable à l'adresse : www.preventionweb.net/files/43291_sendaiframeworkfordrren.pdf.

¹⁰ Cadre de Sendai, par. 16.

¹¹ OMS, Comprehensive Safe Hospital Framework (cadre général sur la sécurité des hôpitaux). Disponible à l'adresse :

www.who.int/hac/techguidance/comprehensive_safe_hospital_framework.pdf?ua=1.

¹² Ibid., par. 1.

V. Règlement sanitaire international

39. La capacité de prévenir, détecter et combattre les maladies infectieuses à l'échelle mondiale suppose l'existence de systèmes de santé solides, durables et résilients capables d'appliquer le Règlement sanitaire international¹³, y compris les mesures de préparation à la pandémie. Dans sa résolution 69/132, l'Assemblée générale a invité l'OMS à fournir aux États Membres qui en font la demande un appui technique visant à renforcer leur capacité de répondre aux urgences de santé publique et à améliorer la mise en œuvre du Règlement sanitaire international.

40. Ces dernières années, le monde a été confronté à des menaces sanitaires qui ont mis en péril la paix et la sécurité mondiales. Ces crises ont demandé la mobilisation de nombreux acteurs qui ont aidé les pays à sauver des vies dans des contextes d'épidémies soudaines et à mieux préparer la riposte aux futures crises.

41. L'émergence d'infections à tendance épidémique ou pandémique comme l'Ebola et autres fièvres hémorragiques virales, le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV), la grippe à virus A(H1N1) de 2009, le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et la grippe aviaire met en évidence la nécessité de repérer et de gérer efficacement les risques de transmission de maladies émergentes dans les centres de soins. Les établissements sanitaires peuvent être des amplificateurs d'épidémie, augmenter la survenue de nouveaux cas et exposer le personnel médical à un risque accru de contamination et de transmission des infections à d'autres patients, à des collègues et à des visiteurs. Il faut des mesures pour améliorer la culture générale de la sécurité dans les établissements et plus spécifiquement pour protéger les agents sanitaires qui s'occupent des patients et des morts dont le diagnostic d'infection a été confirmé, ainsi que ceux qui procèdent au triage ou prodiguent des soins aux patients.

42. Le Règlement sanitaire international (2005)¹⁴ entré en vigueur en 2007 est un instrument d'importance historique pour l'OMS ainsi que pour le monde. Il est contraignant pour la totalité des 194 États membres de l'OMS et joue un rôle déterminant en aidant les pays à collaborer pour sauver des vies et préserver les moyens de subsistance en cas de propagation des maladies à travers les frontières et d'autres risques sanitaires.

43. Le Règlement est un cadre juridique qui donne des moyens de défense collectifs pour repérer la survenue de maladies et intervenir en cas de risques et d'urgences de santé publique susceptibles d'avoir un impact dévastateur sur la santé et l'économie¹⁵. L'application du Règlement sanitaire international contribuera sensiblement à améliorer la sécurité de la santé publique aux niveaux national et mondial face à des risques multiples et variés qui peuvent essaimer rapidement à la faveur des voyages et des échanges commerciaux internationaux.

44. Le Règlement sanitaire international (2005) dispose en son article 2 que son objet et sa portée consistent « à prévenir la propagation internationale des maladies, à s'en protéger, à la maîtriser et à y réagir par une action de santé publique proportionnée et limitée aux risques qu'elle présente pour la santé publique, en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce internationaux ». Il innove en ce sens qu'il n'est plus limité comme auparavant à des maladies

¹³ OMS, Règlement sanitaire international (2005), deuxième édition, 2008.

¹⁴ Ibid.

¹⁵ OMS, Règlement sanitaire international (2005), IHR Brief n° 1, disponible à l'adresse : <http://www.who.int/ihr/publications/ihrbrief1en.pdf?ua=1>.

spécifiques mais couvre toute pathologie humaine ou affection, quelle qu'en soit l'origine ou la source, ayant ou étant susceptible d'avoir des effets nocifs significatifs pour l'être humain.

45. Dans leurs mesures de préparation, les États parties sont tenus de s'assurer que leurs capacités nationales de surveillance et d'intervention sanitaires répondent à certains critères fonctionnels et disposent d'un délai déterminé pour se mettre en règle. Ils doivent notamment se doter des capacités essentielles de santé publique pour la surveillance et la riposte, nommer un responsable national chargé de l'application du Règlement sanitaire international et répondre aux exigences minimales en matière de capacités sanitaires et médicales stratégiques pour les points d'entrée internationaux qui ont été désignés par les pays, entre autres.

46. Quand les faits se produisent, le Règlement sanitaire international a un vaste champ d'application car il exige des États parties qu'ils notifient à l'OMS toute une série d'événements potentiellement très variés susceptibles de constituer une urgence de santé publique de portée internationale, sur la base des critères définis. Ils sont également tenus de communiquer à l'OMS tout élément de preuve important établissant l'existence, hors de leur territoire, d'un risque pour la santé publique pouvant causer la propagation internationale d'une maladie.

47. Ces procédures de communication d'information visent à élargir le flux de données fiables et actualisées dont dispose l'OMS en ce qui concerne d'éventuelles crises sanitaires de portée internationale. En sa qualité d'autorité neutre possédant des compétences techniques capitales, l'OMS peut accéder à l'information, recommander des mesures et faciliter l'assistance technique.

48. L'OMS est appuyée par un comité d'urgence qui aide le Directeur général à déterminer si tel ou tel événement constitue une urgence de santé publique de portée internationale et qui lui donne des conseils quant à la nécessité de prendre les mesures temporaires appropriées. De plus, un comité d'examen du Règlement sanitaire international est chargé de conseiller le Directeur général sur les questions techniques relatives aux recommandations permanentes, au fonctionnement du Règlement sanitaire international et à ses modifications.

49. En 2009, la grippe A(H1N1) a mis en lumière les faiblesses des capacités nationales et mondiales. L'épidémie a été le premier grand test du Règlement sanitaire international depuis son entrée en vigueur en 2007. Le Comité d'examen du Règlement a constaté¹⁶ des insuffisances dans la riposte aux urgences de santé publique : ainsi, les États parties n'avaient pas honoré leurs obligations réglementaires concernant le renforcement et le développement des capacités essentielles à l'échelle locale et nationale. Les recommandations du Comité énonçaient également des mesures pour améliorer l'état de préparation mondiale par la recherche, étoffer les effectifs du secteur de la santé publique dans le monde et combler l'écart entre les ressources disponibles et les besoins réels.

50. L'épidémie d'Ebola a fait apparaître la vulnérabilité des systèmes de santé nationaux, et elle a aussi remis en question le rôle de la communauté internationale dans les situations d'urgence sanitaire, dont celui de l'OMS, organisme chef de file dans le secteur de la santé. Le rapport du Groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola a mis une nouvelle fois en évidence les insuffisances du Règlement sanitaire international et de son application. Il indique que près du quart des États membres de l'OMS ont instauré des interdictions et des

¹⁶ Voir WHA64/10.

mesures pour restreindre les voyages internationaux des populations touchées par la crise.

51. À sa soixante-huitième session, s'appuyant sur les travaux du Groupe d'experts et sur les débats de la session extraordinaire de 2015 du Conseil exécutif consacrée à la situation d'urgence liée au virus Ebola, l'OMS a demandé que son directeur général mette en place un comité d'examen du Règlement sanitaire international¹⁷, dont les objectifs seraient les suivants : a) évaluer l'efficacité du Règlement; b) examiner l'état d'application des recommandations faites par le précédent comité d'examen en 2011¹⁸; et c) recommander des mesures assorties de délais pour améliorer le fonctionnement, la transparence et l'efficacité du Règlement sanitaire international (2005), y compris la riposte de l'OMS¹⁹.

52. Le Comité s'est réuni pour la première fois en août 2015 et a approuvé un projet de calendrier pour les mois suivants. Plusieurs des questions soulevées au cours du débat orienteront les travaux ultérieurs du Comité et des États membres. Des lacunes dans l'application du Règlement ont été relevées, ainsi qu'une méconnaissance de l'instrument à de nombreux niveaux dans les pays. D'autres points ont été signalés, par exemple l'absence de niveau officiel d'alerte sanitaire, et la nécessité de renforcer les capacités au niveau des pays et de mobiliser d'autres acteurs, à commencer par les collectivités locales. Les sous-comités techniques continueront d'intervenir en ce qui concerne les capacités nationales, le respect des obligations, la gouvernance et les questions générales intéressant le Règlement sanitaire international. Le rapport final du Comité d'examen sera présenté à l'Assemblée mondiale de la santé à sa soixante-neuvième session, en mai 2016.

VI. Action contre l'Ebola

53. Dans sa résolution 69/132, l'Assemblée générale s'est déclarée vivement préoccupée par l'épidémie d'Ebola qui sévit en Afrique de l'Ouest et a estimé que cette épidémie prouvait qu'il était urgent de se doter d'un solide système de santé permettant d'appliquer le Règlement sanitaire international, de se préparer aux pandémies, de mettre en place une couverture sanitaire universelle assurant un accès universel aux services de santé, qui contribuerait à prévenir et enrayer les éventuelles épidémies.

54. L'épidémie d'Ebola qui frappe l'Afrique de l'Ouest a contaminé un nombre sans précédent de médecins, infirmiers et autres agents sanitaires. Au 2 septembre 2015, 881 cas confirmés d'infection chez les travailleurs sanitaires avaient été signalés au total en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone depuis le début de l'épidémie, avec 513 décès²⁰. Les agents sanitaires ont été entre 21 et 32 fois plus susceptibles d'être touchés par le virus Ebola que le reste de la population adulte. Cette situation s'explique par l'insuffisance des mesures de prévention et maîtrise

¹⁷ Rapport de la première réunion du Comité d'examen sur le rôle du Règlement sanitaire international dans l'épidémie de maladie à virus Ebola et dans la riposte, disponible à l'adresse : www.who.int/ihr/review-committee-2016/IHRReviewCommittee_FirstMeetingReport.pdf?ua=1.

¹⁸ Voir note de bas de page n° 16.

¹⁹ Voir WHA68/DIV./3, disponible à l'adresse : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_DIV3-fr.pdf.

²⁰ Organisation mondiale de la Santé (OMS), « Rapport de situation sur la flambée de maladie à virus Ebola », 2 septembre 2015. Disponible à l'adresse http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/184226/1/ebolasisitrep_2Sept15_fre.pdf?ua=1.

de l'infection et de protection de la santé et sécurité au travail dans les établissements de santé, le manque de personnel et les mauvaises conditions d'emploi du personnel soignant²¹.

55. L'ampleur des pertes causées par l'épidémie au sein du personnel de santé a eu un certain nombre de conséquences qui ont entravé encore davantage les opérations de riposte : elle a asséché l'une des ressources les plus vitales pour lutter contre toute épidémie. Quand la peur pousse le personnel à refuser de venir au travail, l'établissement de santé risque d'être obligé de fermer ses portes. Quand les hôpitaux ferment, d'autres soins médicaux courants et urgents tels que l'accouchement sans risque et le traitement du paludisme sont négligés. Quand les contaminations d'agents sanitaires se multiplient, l'inquiétude grandit au sein des communautés. Dans certaines régions, les patients atteints d'une autre affection perçoivent les hôpitaux comme des endroits où ils vont être infectés par le virus Ebola, d'où un accès réduit aux soins généraux.²²

56. L'Organisation mondiale de la Santé et ses partenaires ont travaillé en collaboration avec des ministères de la santé, des responsables et des personnels de santé afin de mettre en place des mesures de prévention et de lutte contre l'infection ainsi que des stratégies et ressources pour la santé et la sécurité du personnel, dans le but de prévenir la contamination des agents sanitaires et d'améliorer la sécurité des patients et les conditions de travail dans les établissements de santé. En conséquence, la proportion d'agents sanitaires infectés est tombée de 12 % du nombre total de cas en juillet 2014 à 1 % en février 2015²³.

57. L'enseignement tiré est que le renforcement de la résilience des services de santé face aux épidémies passe par la garantie de conditions d'emploi décentes et par la protection de la sécurité, de la santé et du bien-être des agents sanitaires. Il faut pour ce faire mettre en place les mesures les plus élémentaires de gestion de l'hygiène du travail, de prévention et de lutte contre les infections, et assurer un approvisionnement suffisant en eau et en services d'assainissement dans tous les établissements de soins. Les pays doivent élaborer des programmes nationaux de protection de la santé et de la sécurité des agents sanitaires²⁴ contenant un certain nombre d'éléments, dont la réglementation, la formation de responsables de la sécurité dans chaque structure, les vaccinations, la sûreté améliorée des dispositifs, du matériel de protection individuelle et des services de base d'hygiène du travail. L'OMS et l'OIT ont élaboré des recommandations et des outils pratiques pour

²¹ OMS, *Health worker Ebola infections in Guinea, Liberia and Sierra Leone, A preliminary report*, 21 mai 2015. Disponible en anglais à l'adresse http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/171823/1/WHO_EVD_SDS_REPORT_2015.1_eng.pdf?ua=1.

²² OMS, « Un nombre sans précédent de médecins et d'autres agents de santé infectés par le virus Ebola – Évaluation de la situation, 25 août 2014 ». Disponible à l'adresse <http://www.who.int/mediacentre/news/ebola/25-august-2014/fr/>.

²³ OMS, *Health worker Ebola infections in Guinea, Liberia and Sierra Leone, A preliminary report*, 21 mai 2015. Disponible en anglais à l'adresse http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/171823/1/WHO_EVD_SDS_REPORT_2015.1_eng.pdf?ua=1.

²⁴ Résolution 60.26 de l'Assemblée mondiale de la Santé. « Plan d'action mondial pour la santé des travailleurs », *Soixantième Assemblée mondiale de la santé*, résolutions et décisions : annexes. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007 (WHASS1/2006–WHA60/2007/REC/1), résolutions : 94 à 99. Disponible à l'adresse http://www.who.int/occupational_health/WHO_health_assembly_fr_web.pdf?ua=1.

renforcer la capacité des pays d'améliorer les conditions de travail et de protéger la santé et la sécurité du personnel dans les établissements de soins²⁵.

58. Dans le cadre de ses missions de base, l'Organisation mondiale de la Santé travaille activement, de concert avec les institutions partenaires et des réseaux spécialisés, à l'élaboration de stratégies, directives techniques et programmes de formation afin de combler les lacunes des connaissances et d'améliorer la capacité des agents sanitaires de donner des soins de santé de qualité tout en se protégeant. L'OMS appuie également l'ensemble des opérations de lutte contre l'épidémie en désignant et déployant des experts en fonction des besoins, en contribuant aux évaluations des risques de santé publique et en donnant des conseils techniques sur la sécurité du personnel. Plusieurs de ces recommandations et outils pratiques sont consultables sur Internet, notamment ceux qui concernent la gestion clinique de l'infection à virus Ebola et au coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient.

59. Lors de l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest, l'OMS et ses partenaires ont mis en place une formation en trois étapes à la gestion clinique du virus Ebola dans les trois pays touchés. Plus de 3 000 agents sanitaires locaux, nationaux et internationaux ont accompli la première (cours théoriques) et la deuxième étape (pratique, avec des simulations au sein d'unités de traitement de l'Ebola; plus de 1 000 agents sanitaires ont suivi un entraînement complet sous la conduite de mentors dans des unités de soins). Des formations au triage et aux précautions à prendre pour éviter les contaminations sont actuellement dispensées aux personnels des unités de soins non dédiés au virus Ebola dans les pays menacés par l'épidémie, dans le cadre de plans de préparation nationaux

60. L'expérience de la maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest a confirmé le caractère primordial de la qualité des soins, non seulement pour le bien-être et la survie des patients, mais également pour le bien-être des agents sanitaires eux-mêmes, et pour gagner la confiance des communautés touchées et les associer à la lutte contre l'épidémie.

61. L'épidémie d'Ebola a également mis en évidence l'impact des croyances culturelles et des pratiques comportementales des communautés sur la propagation des épidémies, ainsi que sur la protection et la sécurité du personnel médical et de santé, notamment les agents de santé communautaires et les équipes d'inhumation. Par exemple, il a été observé que les pratiques funéraires et d'inhumation en Afrique de l'Ouest étaient extrêmement risquées et que le respect des rites funéraires ancestraux avait conduit à des flambées de nouveaux cas d'infection; un nouveau protocole²⁶ a donc été publié en novembre 2014.

62. Ce nouveau protocole, qui encourage des inhumations dignes et respectueuses des rituels religieux chrétiens et musulmans, a été élaboré par une équipe interdisciplinaire de l'OMS et ONUSIDA, en partenariat avec la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FICR) et des

²⁵ OMS et OIT, « Maladie à virus Ebola : sécurité et santé au travail » Note d'information conjointe OMS/OIT à l'intention des travailleurs et des employeurs. Disponible à l'adresse http://www.who.int/occupational_health/publications/ebola_osh/fr/.

²⁶ Organisation mondiale de la Santé : « Comment inhumer sans risque et dans la dignité les personnes décédées de maladie à virus Ebola suspectée ou confirmée ». Disponible à l'adresse www.who.int/csr/resources/publications/ebola/safe-burial-protocol/fr/.

organisations confessionnelles telles que le Conseil œcuménique des Églises, le Secours islamique, Caritas Internationalis et World Vision. Il a été appliqué par les équipes d'inhumation gérées par la FICR, les ministères de la santé et un consortium d'ONG comprenant World Vision, Catholic Relief Services, Catholic Agency for Overseas Development (CAFOD) et Concern Worldwide, en collaboration avec les chefs religieux locaux et les familles.

VII. Édification d'institutions nationales solides et renforcement des capacités nationales par le biais des personnels de santé

63. Avancer vers la couverture sanitaire universelle et la réalisation des objectifs de développement durable liés à la santé suppose que tous les individus puissent recevoir les soins de qualité dont ils ont besoin sans avoir à faire face à des difficultés financières. Cela implique des investissements conséquents et stratégiques, notamment dans le personnel d'aide sociale et de santé, qui est une composante essentielle des systèmes de santé nationaux.

64. Il existe actuellement un décalage entre l'offre et la demande de personnel d'aide sociale et de santé; il est particulièrement net dans les pays à revenu faible et intermédiaire, où le déficit de professionnels de santé qualifiés devrait se chiffrer en millions dans les décennies à venir, notamment en Afrique subsaharienne. Si rien n'est fait, cette situation aura des effets néfastes sur le maintien des priorités et la réalisation des objectifs socioéconomiques nationaux : les systèmes de santé publique se trouveront affaiblis et les pays seront de plus en plus exposés aux menaces sanitaires émergentes.

65. On observe depuis 2000, dans les pays à revenu élevé comme dans les économies intermédiaires, une hausse de la demande de main-d'œuvre qualifiée. Il y a lieu de penser que cette tendance va perdurer en raison d'un certain nombre de facteurs clefs tels que le changement démographique et épidémiologique, les progrès technologiques et la demande plus forte d'accès équitable à une gamme élargie de services sanitaires et sociaux de qualité. Ces facteurs économiques et sociaux stimuleront la demande de personnel de santé qualifié sur les marchés du travail subrégional, régional et mondial, entraînant de nouveaux investissements dans la création d'emplois.

66. En raison de la hausse de la demande de personnel qualifié, de nombreux pays continueront de faire appel à des agents sanitaires formés à l'étranger, et le phénomène va probablement s'amplifier. La migration et la mobilité du personnel de santé constituent une dimension supplémentaire pesant sur les marchés du travail du secteur sanitaire aux niveaux mondial, régional et sous-régional, du fait en particulier de la libéralisation croissante des règles régissant la migration des travailleurs qualifiés et de la médiocrité des conditions de travail dans de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire, entre autres facteurs incitatifs.

67. La migration, la mobilité et la liberté de circulation du personnel de santé dans les pays membres de l'Association des nations de l'Asie du Sud-Est (ASEAN), de la Communauté des Caraïbes (CARICOM), du Marché commun du Sud (MERCOSUR) et de l'Union européenne conduisent à s'interroger sur les questions

qui tournent autour de l'éthique du recrutement de personnel sanitaire migrant et de la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles.

68. Le Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé²⁷, cadre multilatéral destiné à remédier aux pénuries de personnel de santé et aux problèmes que pose la mobilité internationale des agents sanitaires, promeut l'adoption à titre volontaire de principes, de normes et de pratiques visant à soumettre le recrutement international des agents de santé à des règles d'éthique, en tenant compte des droits, des obligations et des attentes des pays d'origine, des pays de destination et des agents sanitaires migrants. Dans ce contexte de migration et de mobilité accrues du personnel de santé, les principes généraux et les dispositions du Code de pratique mondial sont de plus en plus indispensables pour renforcer les systèmes de santé partout dans le monde.

69. Ce qui se passe actuellement avec l'épidémie d'Ebola a montré que l'absence ou la pénurie de praticiens implantés dans les communautés – des simples préposés aux professionnels qualifiés – étaient révélatrices de la fragilité des systèmes actuels. Si des efforts continuent d'être faits pour que les besoins sanitaires essentiels soient couverts, il est tout aussi important de s'intéresser à moyen et long termes au financement et à l'application de modèles de soins fondés sur l'analyse des faits, la charge actuelle de la maladie et l'objectif de couverture sanitaire universelle.

70. La mise en place de systèmes de santé résilients nécessite des investissements stratégiques dans les ressources humaines, en tenant compte des réalités de la dynamique du marché du travail dans le secteur de la santé. Elle implique de dépasser les stratégies classiques visant simplement à augmenter la production, en concevant des stratégies efficaces pour recruter, déployer et conserver le personnel de santé et améliorer ses résultats. Concrètement, il faut des réformes qui cherchent à améliorer les conditions de travail des agents, des politiques de rémunération justes et transparentes, des mesures incitatives pour un déploiement équitable, des stratégies éducatives réformatrices, un travail de supervision et de suivi.

71. L'Agenda pour le travail décent de l'OIT²⁸ mise sur la création d'emplois, les droits au travail, la protection sociale (soins de santé et retraite garantie) et le dialogue social. Les plateformes nationales mobilisant des acteurs nationaux clés tels que les ministères concernés, les associations professionnelles et les syndicats sont essentielles si l'on veut s'attaquer au déficit d'emplois décents et contribuer à l'évolution positive des conditions d'emploi (politiques et niveaux de rémunération, dispositifs incitatifs, etc.). De la même manière, les organismes de réglementation jouent un rôle important dans la mise en place des cadres qui régissent les pratiques et l'éthique professionnelles et garantissent la qualité des services de santé. La promotion et le maintien des pratiques positives qui servent le travail décent a des effets positifs sur la santé des patients et sur la qualité générale des soins.

72. L'OMS a élaboré une stratégie (« Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030 »²⁹) pour aider tous les États membres et les partenaires à

²⁷ WHA63.16, annexe. Disponible à l'adresse http://www.who.int/hrh/migration/code/code_fr.pdf?ua=1.

²⁸ Disponible à l'adresse www.ilo.org/global/about-the-ilo/decent-work-agenda/lang--fr/index.htm.

²⁹ Disponible en anglais à l'adresse www.who.int/hrh/resources/GlobalStrategyHumanResourcesHealth_Workforce2030Table2-3.pdf?ua=1.

trouver des réponses à la difficile question des personnels de santé et à s'acheminer vers la couverture sanitaire universelle. Cette stratégie part du constat de plus en plus évident que ces personnels sanitaires offrent un triple rendement de l'investissement : a) ils amplifient le développement socioéconomique par leurs retombées positives sur la réalisation des objectifs des Nations Unies en matière de développement durable, notamment dans les domaines de l'éducation, de l'égalité des sexes, des perspectives d'emplois décent et de la croissance économique durable; b) ils constituent une première ligne de défense incitant les différents pays à appliquer le Règlement sanitaire international (2005) et ils servent la sécurité sanitaire mondiale; c) ils sont porteurs d'améliorations considérables en matière de santé publique. La stratégie sera présentée à l'Assemblée mondiale de la santé à sa soixante-neuvième session, en mai 2016.

73. Dans les pays et États fragiles en situation de crise chronique, la Stratégie appelle à mieux prémunir les agents sanitaires contre la violence et le danger dans le cadre d'un programme plus général de pratiques positives garantissant également la santé et la sécurité au travail.

VII. Recommandations

74. **La protection des agents sanitaires est un élément clef de la capacité de créer des systèmes de santé capables de répondre aux urgences et aux besoins quotidiens en matière de soins. La protection et l'accompagnement des professionnels de la santé doivent être au cœur des interventions d'urgence, du travail de préparation et des efforts déployés pour mettre en place des systèmes de santé résilients³⁰.**

75. **La sécurité sanitaire mondiale repose sur une main-d'œuvre apte à ses fonctions, déployée dans un système de santé résilient. La présence d'une main-d'œuvre compétente, formée, équipée et soutenue constitue une première ligne de défense pour que les pays appliquent le Règlement sanitaire international. Elle suppose une perception fine des implications du Programme d'action pour la sécurité sanitaire mondiale en termes de personnels sanitaires (compétences requises, besoins et stratégies concernant la main-d'œuvre afin d'améliorer les résultats), ainsi que des investissements dans la formation continue de manière à renforcer la capacité globale des systèmes de santé de garantir la pérennité des fonctions du Règlement sanitaire international. Cette approche contribue au plan conceptuel de ressources humaines mondiales pour l'action sanitaire d'urgence étant donné qu'elle est focalisée sur les personnels sanitaires nationaux, considérés comme les intervenants en première ligne dans les pays « à risque »,**

76. **L'action multisectorielle concertée dans le secteur de la santé et au-delà, c'est-à-dire couvrant également les programmes concernant la diplomatie, le développement, l'éducation, la finance, l'aide humanitaire et la sécurité est un élément capital pour le perfectionnement, la protection et la sécurité des personnels de santé. Les assurances données par le Fonds monétaire international au sujet de l'allègement de la dette et l'augmentation de l'espace budgétaire accordé aux soins de santé doivent se traduire par de nouveaux**

³⁰ Voir note de bas de page 23 (en anglais uniquement).

investissements dans les emplois d'agents sanitaires, surtout pour les femmes vivant en zone rurale, afin de tirer parti des avantages socioéconomiques qui en résultent.

77. Les agents sanitaires qui interviennent en première ligne en cas de crise de santé publique doivent être soutenus, à savoir recevoir du matériel de protection individuelle, des fournitures et des formations pour accomplir leurs tâches et optimiser leur santé et leur sécurité au travail. Ils devraient bénéficier des contrats de travail, des rémunérations et des avantages appropriés pour eux-mêmes et leurs familles. Les mêmes principes devraient être appliqués à la réduction des risques professionnels d'infection ainsi qu'à la prévention et à la lutte contre d'autres maladies transmissibles.

78. La protection et la sécurité optimales du personnel sanitaire exigent également des programmes d'enseignement et de formation améliorés axés sur l'acquisition des compétences et qualifications essentielles requises pour appliquer les dispositions du Règlement sanitaire international (notamment la surveillance des maladies, les diagnostics en laboratoire et la gestion de la santé publique). Cette amélioration devrait inclure la formation préalable à l'emploi (écoles de médecine et autres institutions de formation de professionnels de la santé), la formation en cours d'emploi et les programmes de formation professionnelle continue, y compris en ligne.

79. La mise en place durable d'effectifs sanitaires compétents dans leur domaine nécessite un renforcement du contenu et de l'application des plans de ressources humaines dans le cadre des politiques, stratégies et plans de santé nationaux. Il faut faire des efforts concertés pour intensifier le dialogue entre tous les acteurs qui comptent dans l'examen des questions relatives au personnel sanitaire dans les pays, tels que les ministères de la santé, du travail, de l'éducation et des finances, d'autres parties prenantes et le secteur privé, afin de revoir les réglementations et les pratiques du secteur public qui entravent l'adoption de systèmes de récompense du mérite, de bonnes conditions de travail et de structures de carrière satisfaisantes pour les agents sanitaires.

80. Il faut disposer au préalable de données sur les personnels de santé pour comprendre le marché de la main-d'œuvre du secteur sanitaire et concevoir des plans et des mesures fondés sur l'analyse des faits. Améliorer la disponibilité des données sur les ressources humaines du secteur de la santé et cartographier les effectifs, la localisation et les compétences de tous les agents des services de santé essentiels est une condition préalable pour renforcer les capacités des personnels de santé à l'échelle régionale, nationale et mondiale dans les domaines de la préparation aux situations d'urgence, de la sécurité sanitaire et des services de santé essentiels. Le nouveau concept OMS de comptes nationaux des effectifs sanitaires appelle à des investissements propres à renforcer les capacités nationales d'analyse des ressources humaines du secteur de la santé et des données sur le système de santé sur la base de politiques et de directives d'uniformisation des normes et d'interopérabilité des ressources humaines de la santé.