



---

## **Personnels de santé dans la Région de la Méditerranée orientale : passer des enseignements tirés de la COVID-19 à l'action**

### **Résumé d'orientation**

La pandémie de COVID-19 a mis en évidence une fois de plus l'importance des agents de santé pour le maintien de la santé des populations et la prestation de services de santé essentiels. Cela a également permis de mieux reconnaître le rôle crucial joué par les personnels de santé dans l'exécution des fonctions essentielles de santé publique et la riposte face aux situations d'urgence sanitaire.

La Région OMS de la Méditerranée orientale, qui connaît des contextes politiques, sociaux, économiques et démographiques très divers et souvent complexes, est confrontée à des pénuries de longue date en matière de personnels de santé. Bien que la plupart des pays et territoires aient fait des progrès significatifs dans l'augmentation de leurs capacités de production de personnels de santé, cette augmentation n'a pas suivi le rythme de la croissance démographique. À mi-parcours de la réalisation des objectifs de développement durable (ODD), les projections relatives aux personnels de santé indiquent que ces pénuries se poursuivront et que la Région représentera plus de 20 % du déficit mondial estimé à 10 millions d'agents de santé à l'horizon 2030.

Plus d'un quart des pays et territoires de la Région (à savoir l'Afghanistan, Djibouti, le Pakistan, la Somalie, le Soudan et le Yémen) figurent sur la liste OMS d'appui et de sauvegarde des personnels de santé (2023) des pays confrontés aux défis les plus pressants en matière de personnels de santé. En outre, la majorité des pays sont confrontés à des capacités d'emploi limitées, à des déséquilibres dans la répartition des personnels de santé et dans l'éventail des compétences, à la faiblesse de la gouvernance et des capacités réglementaires, ainsi qu'à une insuffisance d'informations et de bases factuelles pour éclairer les politiques. En outre, les crises prolongées et la détérioration des conditions de travail dans de nombreux pays et territoires ont accru la mobilité internationale des agents de santé. La pandémie de COVID-19 a exacerbé ces problèmes et a mis en évidence le sous-investissement chronique dans les personnels de santé.

Malgré des engagements mondiaux et régionaux de haut niveau en faveur du renforcement des personnels de santé, les progrès n'ont pas atteint le niveau et le rythme souhaités. L'OMS propose donc un appel à l'action pour accélérer la mise en œuvre du Cadre d'action pour le développement des personnels de santé dans la Région de la Méditerranée orientale 2017-2030. Les domaines d'action prioritaires sont les suivants : accroître et maintenir les investissements dans la production et l'emploi des agents de santé, y compris en vue d'une meilleure harmonisation avec les besoins des systèmes de santé ; renforcer les personnels de santé au niveau des soins primaires pour assurer la prestation compétente des fonctions essentielles de santé publique, y compris la préparation et la riposte face aux situations d'urgence et la réduction des lacunes mises en évidence par la pandémie de COVID-19 ; réorienter et transformer la formation des professionnels de santé pour répondre aux besoins en compétences des agents de santé actuels et futurs ; améliorer la fidélisation des agents de santé et répondre à la mobilité croissante des professionnels de santé à l'intérieur et à l'extérieur de la Région ; protéger et préserver la santé et le bien-être des personnels de santé ; et promouvoir la solidarité régionale à l'appui des stratégies nationales, en mettant l'accent sur les pays figurant sur la liste OMS d'appui et de sauvegarde.

Le Comité régional de la Méditerranée orientale est invité à examiner le présent document technique et à adopter la résolution appelant à une action accélérée pour renforcer et développer des personnels de santé adaptés aux besoins afin de progresser vers la réalisation des ODD liés à la santé.

## Introduction

1. Les personnels de santé constituent un pilier fondamental de tous les systèmes de santé. Le terme « personnels de santé » englobe toutes les personnes exerçant une activité dont l'objet essentiel est d'améliorer la santé, y compris les médecins, le personnel infirmier, les sages-femmes, les professionnels de santé publique, les techniciens de laboratoire et de la santé, les techniciens médicaux et non médicaux, les auxiliaires de vie, les agents de santé communautaires, les guérisseurs et les praticiens de la médecine traditionnelle. Le terme inclut également le personnel de gestion et d'appui dans le domaine de la santé, tel que les administrateurs d'hôpitaux, les gestionnaires de la santé et les travailleurs sociaux, ainsi que d'autres groupes professionnels exerçant des activités liées à la santé (1). Les systèmes de santé dépendent de la disponibilité de personnels de santé compétents, motivés et bien soutenus.

2. La pandémie de COVID-19 a entraîné une reconnaissance et une appréciation accrues du rôle essentiel joué par les agents de santé. L'engagement héroïque dont ils ont fait preuve en continuant à servir, au péril de leur santé et même de leur vie, a été clairement mis en évidence : des milliers d'agents de santé ont contracté le virus et nombre d'entre eux sont décédés en sauvant d'autres personnes (2). Pendant la pandémie, les séries successives de sondages éclair mondiaux de l'OMS – menés pour évaluer la continuité des services de santé essentiels – ont régulièrement montré que la plupart des pays ont signalé une interruption des services et ont désigné les problèmes des personnels de santé, tels que les pénuries, comme l'une des principales causes de cette interruption (3).

3. Au fil des ans, les États Membres de la Région de la Méditerranée orientale se sont engagés à relever les défis liés aux personnels de santé et plusieurs stratégies mondiales et régionales ont été approuvées. Le Cadre d'action pour le développement des personnels de santé dans la Région de la Méditerranée orientale 2017-2030 (4) s'appuie sur la Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030 (5), et sur les recommandations figurant dans le rapport de la Commission de haut niveau sur l'emploi en santé et la croissance économique de 2016, afin de soutenir des approches globales visant à développer des personnels de santé adaptés aux besoins, robustes et résilients. En 2019, la soixante-sixième session du Comité régional a adopté la résolution EM/RC66/R.3 sur le renforcement des personnels infirmiers pour faire progresser la couverture sanitaire universelle (CSU) dans la Région de la Méditerranée orientale. En outre, la soixante-neuvième session du Comité régional a adopté la résolution EM/RC69/R.2 sur la mise au point de systèmes de santé résilients pour faire progresser la CSU et assurer la sécurité sanitaire dans la Région, l'une de ses sept priorités appelant au renforcement et à l'amélioration des personnels de santé pour que celles-ci soient adaptées aux besoins et aux pratiques.

4. La cible 3.c des Objectifs de développement durable (ODD) consiste à accroître considérablement le budget de la santé et le recrutement, le perfectionnement, la formation et la fidélisation des personnels de santé dans les pays en développement, notamment les pays les moins avancés (6). L'année 2023 marque la mi-parcours du Programme de développement durable à l'horizon 2030 et offre donc l'occasion d'examiner les progrès accomplis, d'analyser les défis et de tracer la voie à suivre pour accélérer l'action. Bien que des progrès aient été accomplis sur la voie de la réalisation de la cible 3.c dans les pays et territoires de la Région de la Méditerranée orientale, d'importants défis subsistent. La plupart des pays connaissent une pénurie de personnels de santé et six d'entre eux (Afghanistan, Djibouti, Pakistan, Somalie, Soudan et Yémen) figurent sur la liste OMS d'appui et de sauvegarde (2023) des pays confrontés aux défis les plus pressants en matière de personnels de santé pour faire progresser la CSU (7). Alors que les pénuries de personnels de santé devraient diminuer à

l'échelle mondiale d'ici 2030, elles devraient rester à un niveau similaire dans la Région si les tendances actuelles se poursuivent. Des projections indiquent que la Région sera confrontée à une pénurie de 2,1 millions d'agents de santé, ce qui représente plus de 20 % du déficit mondial estimé à 10 millions à l'horizon 2030.

5. Le présent document technique propose une analyse de la situation actuelle des personnels de santé et des défis à relever dans la Région sur la base d'une analyse du marché du travail dans le secteur de la santé. Il fait également le point sur les enseignements tirés de la pandémie de COVID-19 et sur l'impact de l'évolution du contexte démographique et de la transformation numérique sur les personnels de santé actuels et futurs de la Région. En outre, ce qui est le plus important, le document propose un appel à l'action pour les États Membres et les partenaires afin d'accélérer la mise en œuvre du Cadre d'action pour le développement des personnels de santé dans la Région de la Méditerranée orientale 2017-2030, et met en évidence les principales actions pour guider les progrès.

### **Personnels de santé dans la Région de la Méditerranée orientale**

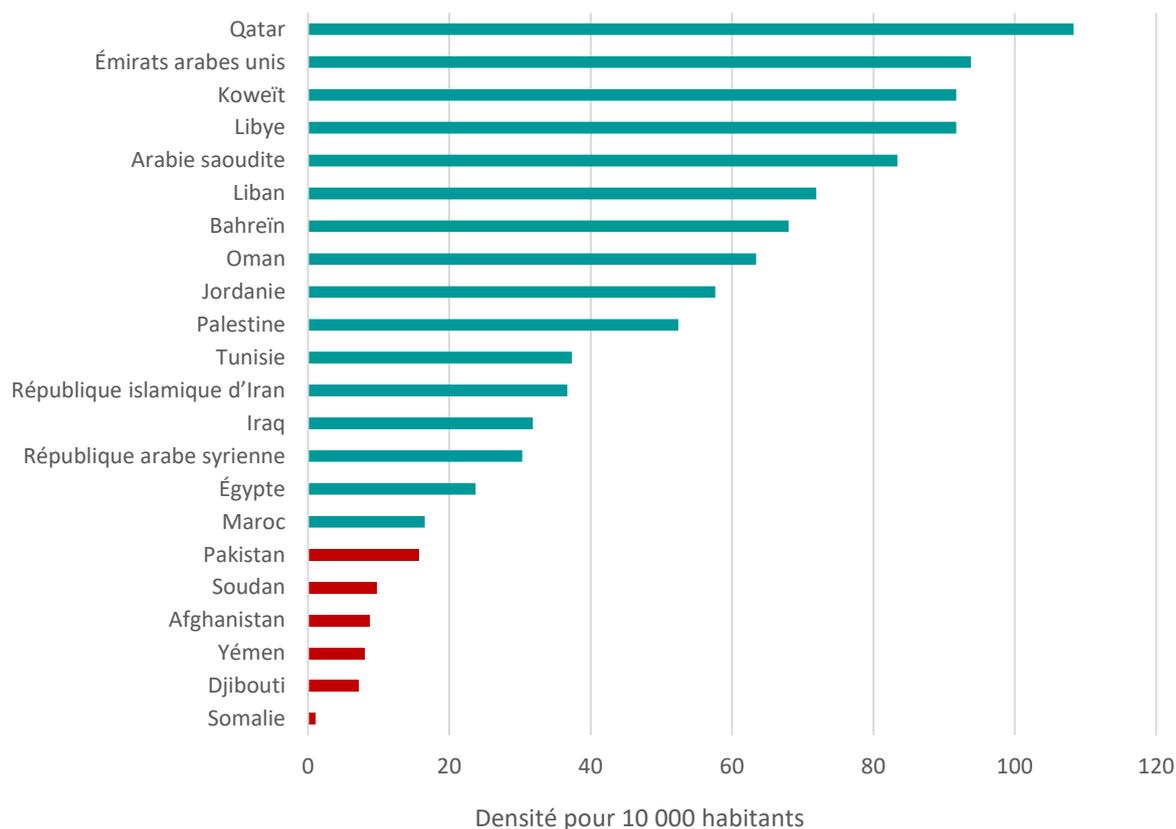
6. Il est essentiel de comprendre la dynamique du marché du travail dans le secteur de la santé pour orienter les futures stratégies en matière de personnels de santé. Divers facteurs affectent les besoins, la demande et l'offre d'agents de santé. L'offre est le nombre de personnes qui travaillent ou souhaitent travailler actuellement dans le secteur de la santé. Ce nombre est augmenté par les professionnels nouvellement qualifiés et les travailleurs étrangers (flux entrants) et diminué par les départs à la retraite, l'émigration et d'autres raisons d'arrêter de travailler (flux sortants). L'offre excédentaire est synonyme de chômage. La demande est le nombre d'emplois disponibles dans les secteurs public et privé, y compris le travail indépendant. Les besoins font référence au nombre et au type d'agents nécessaires pour répondre aux besoins de santé d'une population. D'autres facteurs sont liés aux caractéristiques professionnelles et démographiques des personnels de santé, y compris leur répartition par zone géographique et par types et niveaux de service. Des facteurs tels que la rémunération, les conditions de service et l'environnement de travail influencent les décisions des professionnels de santé, par exemple en ce qui concerne le type et le lieu d'exercice de leur profession. D'autres facteurs influencent les décisions des employeurs, tels que leur capacité à payer et la demande de services. Les macrodéterminants façonnent le marché du travail dans le secteur de la santé et son évolution sous la forme de politiques (santé, travail, fonction publique, finances), de gouvernance et de réglementation, entre autres aspects.

7. Bien que la Région ait progressé dans la mise en œuvre des comptes nationaux de l'OMS et des observatoires nationaux des personnels de santé, les informations sur ces personnels permettant d'analyser les marchés du travail dans le secteur de la santé restent limitées, notamment en raison du manque de données.

#### *Offre de personnels de santé : disponibilité et accessibilité des agents de santé*

8. La Région de la Méditerranée orientale connaît depuis longtemps une pénurie de personnels de santé, en particulier dans les pays et territoires directement ou indirectement touchés par des crises ou des conflits prolongés. La densité de médecins, de personnels infirmiers et de sages-femmes pour 10 000 habitants varie de 1,1 en Somalie (2014) à 108,3 au Qatar (2021), comme le montre la figure 1, où les six pays figurant sur la liste OMS d'appui et de sauvegarde sont surlignés en rouge.

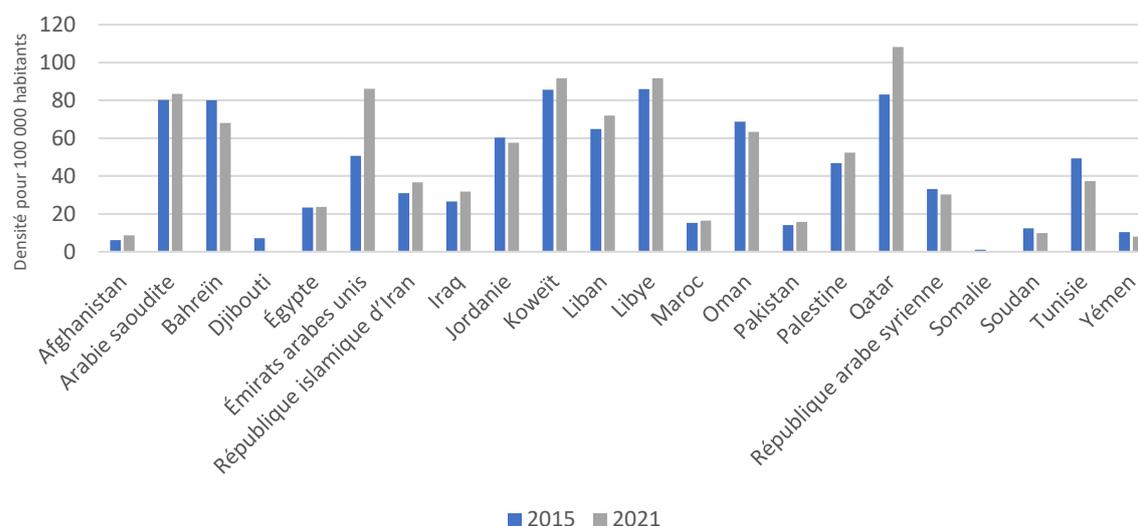
9. Au cours des six dernières années, l'évolution de la densité de médecins, des personnels infirmiers et obstétricaux indique peu de progrès dans la plupart des pays et territoires ; elle montre même une baisse (Figure 2). Si les tendances actuelles de la production se poursuivent, la pénurie de personnels infirmiers et de sages-femmes dans la Région devrait passer de 0,9 million en 2018 à 1,2 million à l'horizon 2030, malgré une légère diminution des pénuries mondiales (11,12).



Remarque : Dernières données disponibles pour Djibouti et la Somalie depuis 2014 (8).

Source : Observatoire de la santé de la Méditerranée orientale (9,10).

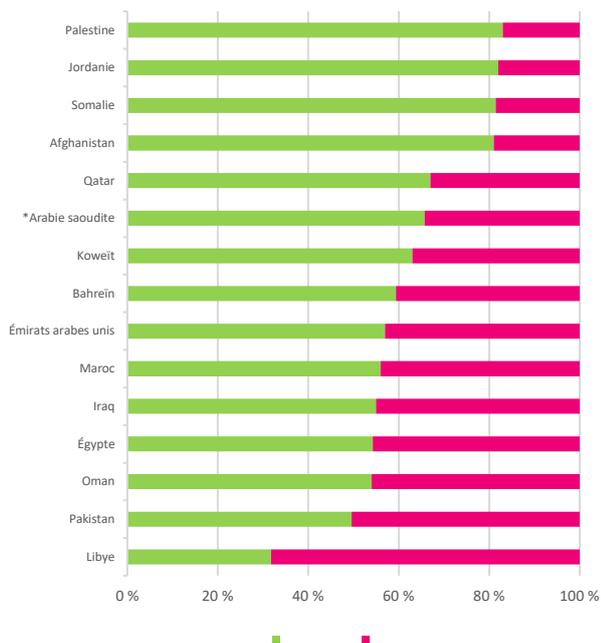
**Figure 1. Densité de médecins, de personnels infirmiers et de sages-femmes dans la Région de la Méditerranée orientale, par pays/territoire (2021 ou dernières données disponibles)**



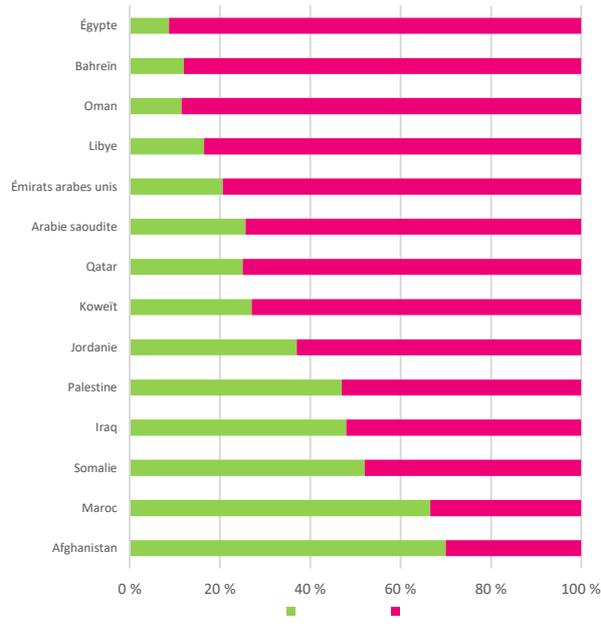
Remarque : Dernières données disponibles pour Djibouti et la Somalie depuis 2014 (8).

Source : Observatoire de la santé de la Méditerranée orientale (9,10).

**Figure 2. Évolution de la densité de médecins, de personnels infirmiers et de sages-femmes dans la Région de la Méditerranée orientale (2015 et 2021 ou dernières données disponibles)**



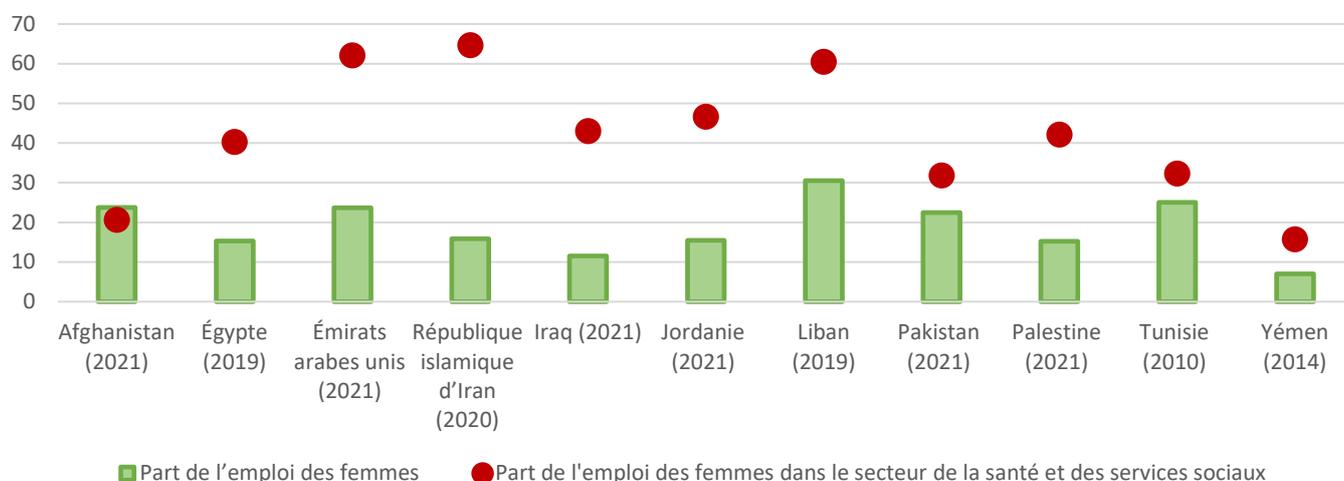
**Figure 3. Répartition par sexe des médecins dans les pays/territoires de la Région de la Méditerranée orientale pour lesquels des données sont disponibles (2015-2020)**



**Figure 4. Répartition par sexe des personnels infirmiers et des sages-femmes dans les pays/territoires de la Région de la Méditerranée orientale pour lesquels des données sont disponibles (2015-2020)**

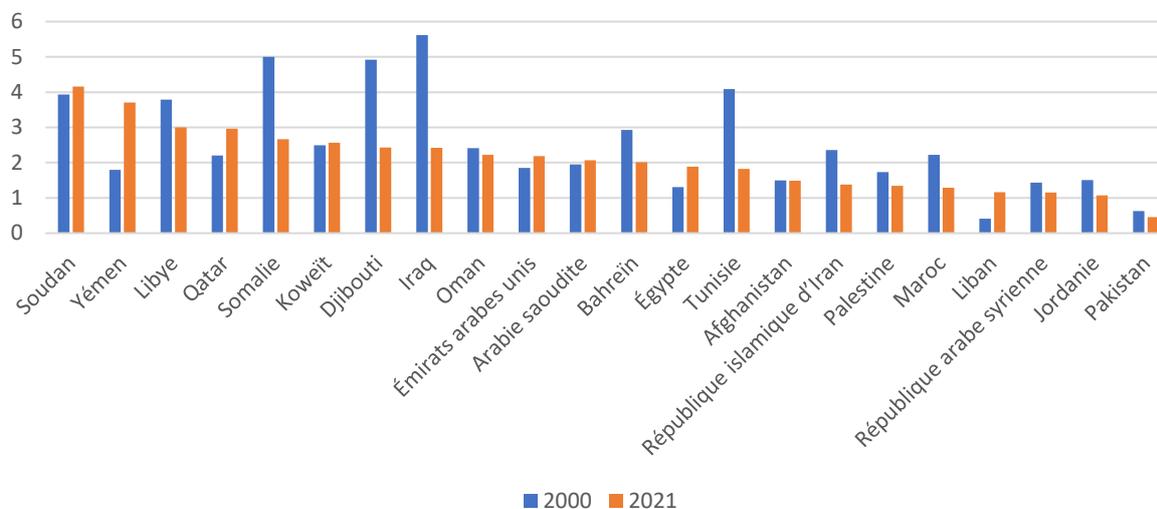
\* Les dentistes sont inclus.

Sources : Afghanistan : Enquête sur les personnels de santé 2019, ministère de la Santé publique ; Bahreïn : Ressources humaines 2019, ministère de la Santé ; Égypte : Comptes nationaux des personnels de santé 2017 ; Iraq : Rapport statistique annuel 2018, ministère de la Santé et de l'Environnement ; Jordanie : Rapport annuel sur les ressources humaines pour la santé 2017, observatoire national des ressources humaines pour la santé ; Koweït : Statistiques sur la main-d'œuvre 2015, ministère de la Santé ; Libye : Observatoire des ressources humaines pour la santé 2019, ministère de la Santé (rapport non publié) ; Maroc : Rapport d'activité du département des ressources humaines 2016, ministère de la Santé ; Oman : Rapport annuel sur la santé 2020, ministère de la Santé ; Pakistan : Conseil des médecins et des dentistes, ministère des Services de santé nationaux, Réglementation et Coordination, 2019 ; Palestine : Observatoire national des ressources humaines pour la santé 2018 ; Qatar : Comptes nationaux des personnels de santé 2018 ; Arabie saoudite : Annuaire statistique 2020, ministère de la Santé ; Somalie : Politique de développement des ressources humaines pour la santé 2016-2021, ministère de la Santé ; Émirats arabes unis : Comptes nationaux des personnels de santé 2018 et rapport sur les comptes nationaux des personnels de santé 2019-2020.



Source : ILOSTAT (13)

**Figure 5. Part des femmes dans l'emploi total et dans les professions des soins de santé et des services sociaux dans les pays/territoires de la Région pour lesquels des données sont disponibles**



Source : Observatoire de la santé de la Méditerranée orientale (17)

**Figure 6. Ratio personnels infirmiers et sages-femmes/médecins dans les pays/territoires de la Région de la Méditerranée orientale (2000 et 2021)**

10. La répartition par sexe des agents de santé varie dans la Région de la Méditerranée orientale. Cependant, dans la plupart des pays et territoires, la majorité des médecins sont des hommes (65 %) et la majorité des personnels infirmiers est composée de femmes (79 %) (Figures 3 et 4). En Libye et au Pakistan, la proportion de femmes médecins dans les effectifs est plus importante que celle des hommes (Figure 3). La proportion d'infirmières est supérieure à 80 % à Bahreïn, en Égypte, en Libye et à Oman, tandis que les infirmiers sont majoritaires en Afghanistan, au Maroc et en Somalie (Figure 4).

11. Le secteur de la santé fournit des possibilités d'emploi aux femmes. Dans la Région de la Méditerranée orientale, la part des femmes ayant un emploi est nettement plus élevée dans le secteur des soins de santé et des services sociaux que dans les autres secteurs (Fig. 5).

12. Une répartition géographique déséquilibrée des personnels de santé et leur répartition inégale à différents niveaux de services constituent des défis importants dans la plupart des pays et territoires de la Région. Par exemple, au Soudan, 70 % des agents de santé sont affectés à des zones urbaines, alors que 33 % seulement de la population vit en milieu urbain (14). Au Pakistan, la densité de médecins est quatre fois plus élevée dans les zones urbaines que dans les zones rurales et la densité du personnel infirmier et des sages-femmes est près de trois fois plus élevée dans les zones urbaines qu'en milieu rural (15). En Afghanistan, plus de deux fois plus d'agents de santé sont affectés dans les zones urbaines que dans les zones rurales, alors que la majorité de la population réside dans ces dernières (16).

13. Un éventail de compétences adéquat s'avère indispensable pour la prestation de services de santé de qualité, qui nécessitent une équipe bien équilibrée composée de différents cadres de professionnels de la santé. Le rapport entre le nombre des personnels infirmiers et des sages-femmes et le nombre de médecins peut servir d'indicateur indirect d'un ensemble efficace de compétences. Dans 13 pays et territoires de la Région, ce ratio a diminué entre 2000 et 2021 (Fig. 6). À l'heure actuelle, l'Afghanistan et le Pakistan comptent plus de médecins que de personnels infirmiers, ce qui indique une grave inadéquation sur le plan de l'éventail des compétences.

**Apports : les filières de formation des agents de santé et le recrutement international**

14. Le nombre d'établissements de formation des professionnels de santé et leurs capacités de production ont augmenté dans la Région au cours des dernières décennies. Par exemple, au Pakistan, le nombre d'écoles de médecine est passé de 20 en 1990 à 123 en 2023 pour une population actuelle de 240 millions (18), tandis que le Soudan compte 72 écoles de médecine pour 41 millions d'habitants (contre 3 écoles de médecine en 1980) (19), la République islamique d'Iran en a 63 pour 80 millions d'habitants (contre 7 en 1979) (20), l'Égypte dispose de 39 écoles pour 109 millions d'habitants (contre 11 en 1980) (21), l'Arabie saoudite de 37 pour 34 millions d'habitants (contre 5 en 2000) (22,23), et l'Iraq de 34 écoles de médecine pour 39 millions d'habitants (contre 5 en 1980) (24). Cependant, cette augmentation substantielle du nombre d'écoles de médecine n'a pas toujours suivi le rythme de la croissance démographique et ne se traduit pas par une augmentation proportionnelle de la densité des personnels de santé. Des tendances similaires ont été observées dans plusieurs autres professions de santé. Au-delà des chiffres, la qualité de l'enseignement de la médecine demeure également une source de préoccupation (25).

15. Le nombre d'admissions dans les écoles de médecine ou le nombre de diplômés serait plus indicatif des capacités de production des pays ; toutefois, les informations pour la Région sont rares. Les données disponibles les plus récentes sur les capacités de production des écoles de médecine indiquent que le nombre de médecins diplômés varie chaque année entre 1,3 pour 100 000 habitants au Qatar (2020) et 19,8 en Jordanie (2021) (17). L'évolution du nombre de diplômés d'établissements d'enseignement nationaux met en évidence les défis persistants en matière d'éventail des compétences dans la Région en raison de la diminution continue du ratio des personnels infirmiers et des sages-femmes par rapport aux médecins. Dans les pays où les données sont disponibles et comparables, le nombre de médecins diplômés est supérieur à celui des personnels infirmiers chaque année, par exemple : 1,1 médecin diplômé par infirmier en Afghanistan (2019), en Jordanie (2021), en Arabie saoudite (2021) et aux Émirats arabes unis (2019) et 3,1 médecins diplômés par infirmier en République arabe syrienne (2021) (17). Une étude au Soudan montre que le nombre de médecins diplômés a été plus de quatre fois supérieur à celui des infirmiers diplômés entre 2001 et 2018 (26).

16. La formation professionnelle postuniversitaire en santé est dispensée dans toute la Région sous diverses formes, y compris dans le cadre de programmes universitaires et professionnels. Le Conseil arabe des spécialisations médicales a été créé en 1978 et la plupart des pays de la Région disposent de conseils de spécialités régissant la formation des médecins résidents, ce qui entraîne une spécialisation dans diverses branches de la médecine et d'autres professions de la santé. Cependant, l'enseignement postuniversitaire est confronté à des problèmes liés à la qualité, à l'inadéquation des capacités et au financement.

17. Les pays à revenu élevé de la Région, à savoir les pays du Conseil de Coopération du Golfe (CCG), ont une longue tradition de recrutement d'agents de santé de l'étranger. Ils ont réalisé des progrès dans le développement de leurs personnels de santé nationaux, mais sont encore loin de parvenir à l'autosuffisance (27). En 2022, l'OMS a indiqué qu'entre 70 % et 80 % des personnels de santé des six pays du Conseil de Coopération du Golfe étaient nés ou formés à l'étranger (28). En Arabie saoudite, la proportion de médecins étrangers était d'environ 63 % et celle de personnels infirmiers de 57 % en 2021 (29) ; les médecins sont principalement originaires d'Égypte, d'Inde, de Jordanie, du Pakistan et du Soudan, et les personnels infirmiers d'Inde et des Philippines (30). Plus de 90 % des personnels infirmiers au Koweït et au Qatar ne sont pas des ressortissants nationaux (10).

**Sorties : départs en retraite, retraites anticipées et mobilité internationale des professionnels de santé**

18. Les données sur les sorties sont généralement très limitées pour la Région. Tous les pays connaissent un taux d'attrition prévisible lorsque les agents de santé arrivent à l'âge de la retraite. Ces sorties peuvent être prévues sur la base de la répartition par âge du personnel existant, bien que cela soit plus difficile

dans les pays qui dépendent fortement d'agents de santé expatriés qui restent rarement jusqu'à l'âge de la retraite. D'autres types de sorties, telles que l'émigration ou le retrait prématuré du marché du travail pour des raisons sanitaires ou autres, sont moins prévisibles et peuvent avoir un impact négatif important sur la prestation de services de santé. Les pays à revenu faible et intermédiaire de la Région perdent dans une large mesure des personnels de santé, principalement des médecins, du fait de l'émigration.

19. À l'échelle mondiale, environ 15 % des agents de santé travaillent en dehors de leur pays de naissance ou de première qualification professionnelle (31). La motivation à migrer est déclenchée par un certain nombre de facteurs tels que de meilleures conditions de travail, la stabilité ou la sécurité de l'emploi et des opportunités de formation ou de développement de carrière (32,33). L'Ordre des médecins libanais estime que près de 40 % des médecins et environ 30 % des infirmiers ont quitté le pays depuis le début de la crise économique en 2019 (34).

20. Les pays de destination des agents de santé sont principalement les pays du Conseil de Coopération du Golfe et les pays à revenu élevé de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Le Conseil général des médecins du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord indique qu'entre 2017 et 2021, 5163 médecins originaires du Pakistan, 5024 d'Égypte, 2087 du Soudan et 530 de Jordanie ont rejoint le registre des médecins (35) ; le nombre d'infirmiers migrant de la Région vers le Royaume-Uni était insignifiant. En 2021, le Conseil des médecins de l'Irlande a indiqué que parmi le nombre de médecins actifs dans le pays, 270 avaient été formés en Égypte, 96 en Iraq, 91 en Libye, 1406 au Pakistan, 802 au Soudan et 32 en République arabe syrienne (36).

21. Bien que non contraignant, le Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé, qui a été approuvé par les États Membres en 2010, est un important instrument de gouvernance mondiale pour les réponses bilatérales, nationales, régionales et mondiales aux défis de la migration des personnels de santé et du renforcement des systèmes de santé ; ce Code vise à garantir la pérennité des personnels de santé (31). Une série de rapports sur la mise en œuvre de ce Code est organisée tous les trois ans. Au cours de la quatrième et dernière série en 2022, des évolutions encourageantes ont été observées par rapport aux séries précédentes : 18 pays/territoires de la Région ont complété le rapport, 11 pays/territoires ont déclaré avoir pris des mesures pour mettre en œuvre le Code et huit ont fait état de l'utilisation d'accords bilatéraux pour le recrutement international des personnels de santé, la moitié de ces accords reflétant les principes directeurs du Code (28). La Région de la Méditerranée orientale se trouve à un moment crucial pour reconnaître et relever les défis associés à la gouvernance de la migration des personnels de santé.

22. La mobilité des professionnels de santé a encore été accélérée par la pandémie de COVID-19, qui a entraîné une hausse mondiale de la demande pour cette catégorie de personnels et a exacerbé les lacunes et les pénuries au niveau des capacités dans les pays d'origine. Cela a incité les gouvernements à prendre un certain nombre de mesures ; par exemple, certains ont suspendu l'émigration des personnels de santé pendant la pandémie, tandis que d'autres ont simplifié les procédures d'immigration. La situation a mis en évidence une fois de plus le rôle potentiel que les diasporas et les communautés de migrants peuvent jouer en fournissant des services essentiels et en soutenant les systèmes de santé nationaux. L'objectif 19 du Pacte mondial pour des migrations sûres, ordonnées et régulières engage les pays à « créer les conditions permettant aux migrants et aux diasporas de contribuer pleinement au développement durable dans tous les pays » (37), soulignant le rôle clé que peuvent jouer ces groupes lorsqu'on leur accorde les moyens de contribuer à la réalisation des ODD dans leurs pays d'origine, de transit et de destination.

23. Les professionnels de santé qualifiés de la Région qui travaillent actuellement à l'étranger ont démontré leur volonté de contribuer aux systèmes de santé de leur pays d'origine, tant au niveau de l'élaboration des politiques que de la prestation des services. Les pays peuvent tirer parti de ces ressources potentielles pour renforcer leurs personnels de santé et, par conséquent, leurs systèmes de santé. L'engagement en soi peut être multiforme, allant du partage de compétences et d'expériences à la collecte de fonds et d'équipements pour les pays d'origine (38).

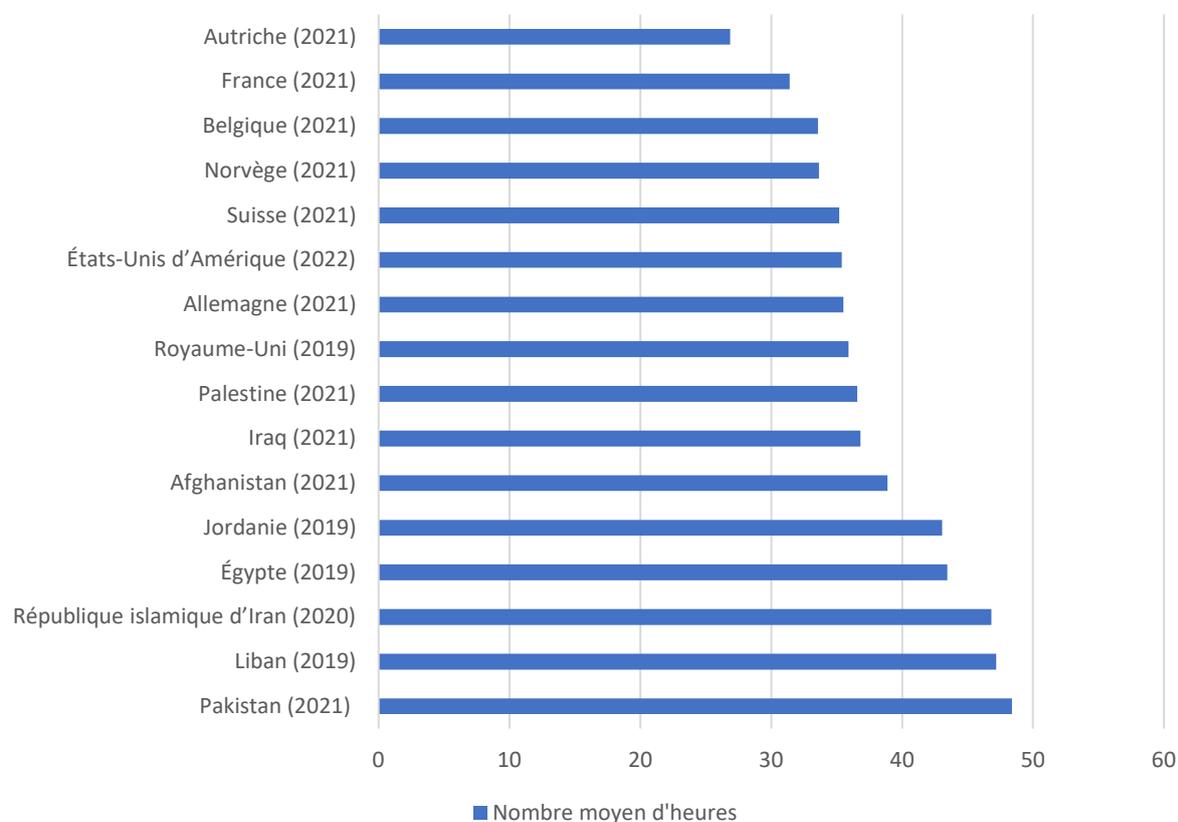
24. Le Pakistan, la Somalie et le Soudan offrent de bons exemples de renforcement des capacités du ministère de la Santé afin de faciliter l'engagement de la diaspora et de permettre des modalités de transfert de connaissances à court et à long terme. Le Gouvernement pakistanais a mis en place une plateforme centralisée en ligne (39) pour tirer parti de l'expérience et des connaissances des agents de santé pakistanais dans le monde entier. Cette plateforme met en relation les professionnels de santé expatriés avec les possibilités de bénévolat au Pakistan, permet l'échange d'expertise clinique et non clinique, mobilise la diaspora lors des urgences nationales et des crises humanitaires, et contribue à un renforcement plus large des systèmes de santé. Au Soudan, le ministère fédéral de la Santé a créé un Département chargé de la mobilisation et de l'autonomisation de la diaspora en 2021. Placé sous la Direction générale soudanaise de la santé mondiale, ce Département facilite l'engagement efficace de la diaspora soudanaise dans le soutien du système et des services de santé au Soudan et l'institutionnalisation des fonctions et de la collaboration. Par ailleurs, la Somalie et la Finlande coopèrent depuis longtemps, la diaspora somalienne étant la plus importante minorité ethnique non européenne en Finlande (40). La diaspora finno-somalienne participe activement au développement du secteur de la santé en Somalie avec le soutien du gouvernement finlandais. Par exemple, le projet de santé FINNSOM sur la migration pour le développement en Afrique permet le retour temporaire de la diaspora, de quelques mois à quelques années, pour faciliter le transfert de connaissances.

25. Enfin, il convient de noter qu'un certain nombre de pays et de territoires de la Région présentent des taux plus élevés d'heures hebdomadaires travaillées par employé dans les professions du secteur social et de la santé par rapport aux pays de l'OCDE (Figure 7). Il s'agit là d'une indication supplémentaire des conditions de travail difficiles et de la charge de travail élevée dans la Région, qui renforcent l'attrait de l'émigration.

### *Demande d'agents de santé*

26. La demande d'agents de santé est fonction de la capacité des employeurs (qu'ils soient publics ou privés) à financer les emplois, et de la capacité des utilisateurs individuels à payer les services de santé. Cette capacité varie d'un pays à l'autre dans la Région, et le manque de données ne permet pas d'évaluer précisément la demande. Toutefois, un certain nombre de pays de la Région disposent d'une capacité d'emploi limitée et tendent donc à souffrir de pénuries fondées sur les besoins élevés. L'augmentation de la production des institutions de formation peut être une stratégie d'atténuation, bien qu'il faille être prudent lorsque les opportunités d'emploi ne sont pas suffisantes pour absorber les nouveaux diplômés, ce qui peut conduire au sous-emploi et au chômage, ou lorsque les opportunités ne sont pas suffisamment attrayantes pour décourager l'émigration.

27. Dans de nombreux pays et territoires de la Région, le secteur privé joue un rôle de plus en plus important dans l'emploi au sein du secteur de la santé. Dans le contexte d'une demande croissante de services de santé et d'un sous-investissement chronique dans le secteur de la santé publique, une croissance exponentielle des prestataires privés formels a été observée dans la Région pour combler les lacunes dans la fourniture de services de santé. En particulier dans les pays où les systèmes de santé publics sont mis à rude épreuve ou faibles, le secteur privé constitue une source importante de services hospitaliers, de diagnostic, de soins ambulatoires spécialisés et généraux, et offre ainsi des possibilités d'emploi pour les agents de santé. Les prestataires privés représentent 70 % à 90 % des visites de soins ambulatoires en Afghanistan, en Égypte, au Liban, au Pakistan et en Somalie ; 35 % à 45 % en Iraq, en Jordanie, au Soudan et au Yémen ; et environ 20 % dans les autres pays et territoires de la Région (42). Bien que l'expansion du secteur privé augmente les possibilités d'emploi pour les agents de santé, ceux-ci peuvent également être confrontés à des difficultés liées à la grande variation des conditions et des environnements de travail, ainsi qu'aux conséquences négatives de la double pratique.



Source : ILOSTAT (41)

**Fig. 7. Nombre hebdomadaire moyen d'heures de travail par employé exerçant des professions du secteur social et de la santé dans les pays/territoires de la Région de la Méditerranée orientale pour lesquels des données sont disponibles par rapport à certains pays de l'OCDE**

### *Gouvernance et réglementation*

28. Les capacités de gouvernance sont d'une importance capitale pour l'élaboration, la mise en œuvre et la pérennité des politiques et des plans stratégiques relatifs aux personnels de santé, en coordination avec les parties prenantes et avec la participation multisectorielle des ministères de l'enseignement supérieur, des finances, du travail, de la fonction publique et de la planification. Les ministères de la Santé ont clairement un rôle central à jouer dans la planification stratégique qui va au-delà de la gestion quotidienne des ressources humaines ; toutefois, les départements des ressources humaines au sein des ministères ont tendance à se concentrer sur l'administration des agents de santé et ne sont pas mandatés pour participer à la planification stratégique. La République islamique d'Iran propose un modèle de gouvernance distinct, qui réunit la prestation de services de santé et la formation des professionnels de santé sous l'égide du ministère de la Santé et de l'Éducation médicale, afin d'assurer les liens et la coordination entre la prestation de services et la formation.

29. Tous les pays de la Région ont approuvé la Déclaration de Salalah sur la couverture sanitaire universelle (CSU) et ont signé le Pacte mondial CSU 2030 qui soutient l'élaboration de visions, de stratégies et de législations nationales en vue de progresser vers la couverture sanitaire universelle. En

effet, des pays tels que Djibouti, les Émirats arabes unis, la Jordanie, la Libye, le Maroc, Oman, le Pakistan, la Palestine, le Soudan et le Yémen ont déjà élaboré ou mis à jour leurs plans stratégiques pour les personnels de santé, ou sont en train de le faire, en tenant compte de la dynamique du marché du travail dans le secteur de la santé.

30. La réglementation de la formation et de la pratique des personnels de santé est essentielle étant donné l'implication croissante du secteur privé dans la formation et l'emploi des agents de santé. Les mécanismes, les capacités et la maturité de la réglementation des personnels de santé varient d'un pays de la Région à l'autre. Alors que certains pays disposent de conseils médicaux qui supervisent la réglementation des professions individuelles (par exemple, l'Afghanistan, la Jordanie, le Maroc, le Pakistan et le Soudan), des institutions autonomes multi-professions émergent dans certains pays (par exemple, l'Arabie saoudite, Bahreïn et la Somalie). Au Koweït, à Oman et en Palestine, le ministère de la Santé ou l'autorité sanitaire mandatée joue également le rôle d'organisme de réglementation primaire. Cependant, la plupart des pays de la Région doivent encore mettre au point ou renforcer leurs mécanismes et processus réglementaires. Même en l'absence de données complètes sur le paysage réglementaire des personnels de santé dans la Région, les signes suggèrent des défis en matière de capacités et d'harmonisation, ainsi qu'une couverture déséquilibrée des professions.

31. La performance des personnels de santé est un domaine important qui n'a reçu qu'une attention limitée dans la Région. Même en l'absence de données exhaustives, certains signes indiquent l'existence de problèmes et de défis dans de nombreux pays, tels que l'absentéisme, la double pratique et les problèmes de productivité.

### **Impact de la pandémie de COVID-19 sur les personnels de santé**

32. Depuis le début de la pandémie de COVID-19, les professionnels de santé ont été en première ligne de la réponse apportée. La pandémie a attiré l'attention sur les défis existants pour les personnels de santé, notamment la mobilité et la fidélisation, la sécurité, la santé et le bien-être du personnel, et les implications de la transformation numérique, avec l'utilisation croissante des technologies numériques.

33. La COVID-19 a non seulement mis en évidence et aggravé les difficultés rencontrées par les personnels de santé sur le marché du travail, mais elle en a également créé de nombreuses autres. La pandémie a provoqué une augmentation soudaine de la demande de services et donc de personnels de santé, et a également mis en évidence les limites de l'offre, en particulier les pénuries dans des spécialités telles que les soins intensifs, les maladies infectieuses, la pneumologie, la thérapie respiratoire et la santé publique. En outre, la pandémie a rendu plus visibles les environnements de travail difficiles que connaissent de nombreux agents de santé, y compris les mauvaises conditions de travail, l'attention insuffisante portée à leur santé et à leur bien-être et, dans de nombreux cas, l'absence de soutien organisationnel. L'ensemble de ces facteurs contribue à des taux élevés d'attrition et de démission parmi les agents de santé, qui ont probablement été exacerbés par la pandémie (43).

34. L'un des effets immédiats de la pandémie sur les membres du personnel de santé a été l'exposition au risque d'infection. En effet, des milliers d'agents de santé ont été infectés et nombre d'entre eux ont perdu la vie à cause de la COVID-19 (44). Des études réalisées dans des pays de la Région entre le début et le milieu de l'année 2020 ont révélé une séroprévalence des anticorps contre le SRAS-CoV-2 allant de 2,3 % à 39 % chez les agents de santé (45,46). En outre, l'impact sans précédent de la COVID-19 sur les services expose les agents de santé à un risque accru de troubles mentaux : au moins un agent de santé sur quatre a présenté des symptômes d'anxiété, de dépression, de stress ou d'épuisement professionnel pendant la pandémie, entraînant une baisse de productivité et des pertes d'emplois qui ont encore davantage menacé la prestation de services de santé essentiels (47).

35. Lors du deuxième cycle de l'enquête mondiale de l'OMS sur la continuité des services de santé essentiels pendant la pandémie de COVID-19, 66 % des pays ont indiqué que des raisons liées aux personnels de santé étaient la cause la plus fréquente d'interruption des services, ce qui est similaire au

premier cycle (48). À la fin de l'année 2022, 84 % des pays du monde faisaient encore état d'une certaine interruption de service pour au moins un service de santé essentiel, et les problèmes liés aux personnels de santé étaient cités comme un obstacle courant (28).

36. La pandémie a également permis de reconnaître que l'investissement dans les personnels de santé est au cœur de la lutte contre les problèmes de santé mondiaux. Par exemple, pour chaque dollar US investi dans les doses de vaccin, on estime que cinq dollars US sont nécessaires pour l'administrer, dont 2,50 dollars US qui sont consacrés au financement, à la formation, à l'équipement et au soutien des agents de santé (49).

37. Dans la Région comme dans le monde entier, la pandémie de COVID-19 a provoqué une interruption initiale de la formation des professionnels de santé, puis sa reprise grâce à l'utilisation des technologies numériques. La faiblesse de l'infrastructure numérique, le coût des technologies numériques, le manque de capacités du corps enseignant pour l'utilisation des technologies numériques et la nécessité d'ajuster les programmes d'enseignement pour l'apprentissage en ligne ont constitué des défis majeurs dans la plupart des pays de la Région (50). Néanmoins, la majorité des établissements d'enseignement des professions de santé, en particulier les écoles de médecine, ont rapidement introduit l'enseignement en ligne grâce à une utilisation variée des technologies numériques, ce qui a conduit à une transformation de l'avenir de l'enseignement des professions de santé.

38. En guise de riposte immédiate à la pandémie, le Bureau régional a publié en avril 2020 la *Note d'orientation provisoire sur la riposte des personnels de santé à la pandémie de COVID-19* pour une diffusion rapide dans la Région (51). Elle décrivait les mesures potentielles pour ; i) mobiliser les agents de santé afin de garantir la disponibilité des personnels de santé ; ii) permettre aux agents de santé de fournir des services de manière efficace et efficiente ; iii) protéger les agents de santé et garantir leur sécurité ; iv) préserver le bien-être et la santé mentale des agents de santé ; et v) reconnaître et apprécier leurs efforts et leurs réalisations.

39. Les pays et territoires de la Région ont adopté des politiques et des stratégies pour faire face à la pénurie de personnels de santé, à l'augmentation de la charge de travail et à l'évolution des besoins en matière de soins de santé. Si la COVID-19 est le moteur immédiat de plusieurs stratégies et politiques, ces mesures peuvent contribuer à faire progresser le Programme de développement durable à l'horizon 2030. Oman et la Somalie constituent de bons exemples de mesures prises pendant la pandémie pour relever les défis en matière de personnels de santé. À Oman, le ministère de la Santé a adopté une approche multidimensionnelle pour renforcer les personnels de santé, notamment en accélérant le recrutement et le déploiement ; en mettant en œuvre un système de suivi robuste ; en développant les compétences en matière d'éducation et de fidélisation ; en assurant le bien-être et la sécurité physiques, mentaux et professionnels ; et en investissant dans des applications soutenant l'utilisation de la cybersanté dans la prestation de services. La mise en œuvre de ces changements stratégiques et réglementaires devrait avoir un impact durable sur le système de santé, le rendant plus résistant aux chocs futurs (52). En Somalie, en 2020, l'OMS a formé et déployé 3327 agents de santé communautaires dans 51 districts pour le dépistage, le suivi et le traitement de la COVID-19, en particulier dans les zones difficiles d'accès. Au cours de l'année 2020, les agents de santé communautaires ont été chargés de détecter environ 43 % des cas confirmés en laboratoire signalés en Somalie et ont suivi 16 244 personnes à leur domicile dans le cadre des activités de recherche des contacts (53).

40. La pandémie de COVID-19 a encore intensifié la nécessité de renforcer le personnel d'urgence et les capacités de pointe dans les pays, ce qui est déjà reconnu comme une priorité dans la Région en raison du risque élevé de catastrophes naturelles et d'épidémies, ainsi que de crises prolongées. Le maintien d'un personnel productif et en bonne santé est essentiel tant pour parvenir à la CSU que pour améliorer la sécurité sanitaire mondiale.

## **Répondre aux besoins futurs en matière de personnels de santé : renforcer les capacités et les compétences pour des personnels de santé adaptés aux besoins**

41. Le paysage sanitaire mondial, les systèmes de santé nationaux et les besoins de santé des populations sont dynamiques et en constante évolution. La mondialisation accroît la mobilité internationale des agents de santé, ce qui a des conséquences importantes pour de nombreux pays de la Région, en particulier ceux qui sont confrontés à des crises politiques et financières prolongées. Le vieillissement des populations augmente la demande de services de santé et donc d'agents de santé, et, dans le même temps, les personnels de santé dans la plupart des pays à revenu élevé prennent de l'âge, ce qui crée des opportunités d'emploi pour les agents de santé en provenance d'autres régions. L'évolution de la charge de morbidité, les progrès des technologies de la santé et la transformation numérique rapide entraînent des conséquences importantes sur les besoins futurs en personnels de santé en termes de mode d'exercice, de compétences requises, d'éventail de compétences et d'éducation et de formation professionnelles. Les pays doivent concevoir et mettre en œuvre des stratégies et des mécanismes permettant d'adapter leurs personnels de santé à ces contextes et besoins sanitaires en constante évolution.

42. Les progrès récents dans la définition des fonctions essentielles de santé publique, l'élaboration d'ensembles de services de santé essentiels et la réorientation des modèles de soins pour renforcer les services de soins primaires impliquent la nécessité de disposer d'équipes pluridisciplinaires composées de différents types d'agents de santé dotés d'un éventail de compétences approprié, aptes à remplir leur mission et à répondre aux situations d'urgence.

43. L'impact des personnels de santé sur l'exécution des fonctions essentielles de santé publique a été largement négligé ou tenu pour acquis, ce qui a conduit à la fragmentation des approches du développement des personnels de santé publique en termes de politiques, de planification, de mise en œuvre et de suivi. Le cadre conceptuel relatif aux fonctions essentielles de santé publique dans les pays de la Région, initialement élaboré en 2013 (54), a récemment été révisé sur la base des enseignements tirés de la pandémie de COVID-19. Le projet de cadre comporte neuf fonctions interconnectées : la gouvernance, la protection et la promotion de la santé, la préparation et la riposte face aux situations d'urgence, la surveillance, les services de santé publique, la recherche, la communication et les personnels de santé.

44. La diversité des personnels est nécessaire pour soutenir les fonctions essentielles de santé publique et les défis du suivi, de la réglementation et de la planification des personnels de santé publique sont bien reconnus (55-58). Un personnel qui s'acquitte des fonctions essentielles de santé publique comprend toutes les personnes (d'horizons professionnels différents) qui contribuent à la prestation d'au moins une des fonctions dans le cadre de services et de systèmes intégrés. Il s'agit : i) d'un groupe central de personnels de santé publique ayant suivi une formation professionnelle et/ou ayant effectué une inscription à des organismes professionnels de santé publique ; ii) d'agents de santé qui contribuent à une ou plusieurs fonctions essentielles de santé publique dans le cadre de leur rôle clinique ; et iii) du personnel d'un large groupe d'autres professions qui contribuent à agir sur les déterminants sociaux de la santé (59). Le groupe central comprend un éventail de professionnels de santé publique tels que des spécialistes de la santé publique, des épidémiologistes, du personnel de la santé environnementale, des spécialistes de la santé au travail, des responsables des services de santé, des économistes de la santé et d'autres personnes se consacrant à la protection et à la promotion de la santé des populations.

45. Bien que les programmes de formation des professionnels de santé publique aient considérablement augmenté dans la Région au cours de la dernière décennie (par exemple, 19 programmes de master en santé publique ont été lancés dans les pays arabes entre 2010 et 2019 (60)), il est nécessaire d'améliorer la professionnalisation du personnel et de développer des possibilités d'évolution de carrière. Pour définir les compétences des personnels de santé requises en vue de soutenir l'exécution des fonctions essentielles de santé publique, l'OMS élabore un cadre de compétences pour ces personnels afin d'orienter la planification des effectifs et la formation des professionnels de santé actuels et futurs dans la Région.

46. Le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire accorde la priorité au renforcement des capacités du personnel de santé afin d'atteindre l'objectif visant à ce qu'un milliard de personnes dans le monde soient mieux protégées face aux situations d'urgence sanitaire (61). La pandémie de COVID-19 a toutefois mis en évidence des lacunes cruciales dans les capacités des personnels de santé en matière de préparation et de riposte face aux situations d'urgence dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale. La nouvelle architecture mondiale de l'initiative de l'OMS pour la préparation, la riposte et la résilience face aux situations d'urgence sanitaire met en évidence le renforcement des personnels d'intervention en cas d'urgence et souligne que la protection adéquate des agents de santé va au-delà des mesures de lutte anti-infectieuse pour inclure des éléments tels qu'une rémunération, une formation et un soutien en santé mentale appropriés. Le Fonds de lutte contre les pandémies reconnaît également les personnels de santé comme une composante principale, et les projets qui seront financés dans le cadre de ce premier cycle de financement accorderont la priorité au renforcement des capacités des ressources humaines et des personnels de santé publique, entre autres domaines.

47. La transformation numérique des services de santé façonne également l'avenir de la prestation de soins de santé. L'utilité et l'efficacité des technologies numériques pour la prestation de soins de santé ont été clairement démontrées pendant la riposte à la COVID-19. De nombreux pays ont été en mesure de fournir des soins aux patients en toute sécurité, même dans des endroits éloignés. Toutefois, la mise en œuvre se heurte à des difficultés, y compris des préoccupations concernant la sécurité et la confidentialité des données, une gouvernance de la santé numérique faible ou fragmentée, des questions financières (y compris le paiement des prestataires et la sécurité des transactions financières), le manque d'infrastructures numériques, des questions juridiques et réglementaires, les capacités nationales inadéquates pour la formation des professionnels de santé et un certain degré de résistance de la part des agents de santé et des patients.

48. Il est crucial de renforcer les capacités des agents de santé et de les doter des compétences nécessaires pour utiliser efficacement les technologies numériques. Une enquête régionale réalisée par l'OMS en 2020-2021 a révélé que les capacités nationales de gestion de la santé numérique sont insuffisantes dans la plupart des pays. De nombreux membres du personnel ont développé leur expertise sur le tas, sans formation formelle, tandis que d'autres ont reçu une éducation et une formation en dehors de la Région, ce qui peut limiter leur capacité à mettre en œuvre des solutions adaptées à leur pays et à leur contexte culturel (62).

49. La formation des professionnels de santé a considérablement évolué avec la transformation numérique avant, pendant et après la pandémie de COVID-19. Bien que la pandémie de COVID-19 n'ait pas été à l'origine de ces avancées, elle a favorisé leur mise en œuvre et il est probable qu'elles auront un effet à long terme sur la formation des professionnels de santé.

### *Sécurité et bien-être des agents de santé*

50. Il est primordial de garantir la santé, la sûreté et la sécurité des agents de santé, y compris la protection pour éviter les attaques contre les soins de santé et les établissements de santé en période de conflit, la protection contre la violence sur le lieu de travail et la prévention de l'exposition aux risques professionnels. La sûreté et la sécurité des agents de santé sont également essentielles au bon fonctionnement et à la résilience des systèmes de santé, à la qualité des soins et au maintien d'un personnel de santé productif.

51. La pandémie de COVID-19 a attiré une attention accrue sur la sécurité et le bien-être des agents de santé. Comme indiqué précédemment, leur risque élevé d'infection était immédiatement apparent au début de la pandémie. En outre, la nature stressante de leur travail, y compris les lourdes charges de travail, les longues périodes de travail posté et le manque de soutien psychologique et social, constitue un risque sérieux pour leur bien-être. En 2021, une revue systématique de la littérature a révélé que la prévalence estimée de l'épuisement professionnel et émotionnel chez les médecins de la Région était

respectivement de 25 % et 44 % (63). Même avant la pandémie, des études avaient mis en évidence des taux de prévalence élevés de dépression et d'épuisement professionnel chez le personnel infirmier en République islamique d'Iran et au Liban (64,65).

52. Dans la Région de la Méditerranée orientale, l'escalade des conflits et les besoins humanitaires croissants continuent de mettre les agents de santé en grand danger. En 2019, un établissement de santé a été attaqué tous les quatre jours en République arabe syrienne (66). En 2022, 261 attaques contre les soins de santé ont été enregistrées dans la Région, dont 86 % ont eu une incidence directe sur les personnels de santé (67). Entre janvier et août 2023, 266 attaques contre les soins de santé ont été signalées dans la Région, soit 61 % du total mondial (67). Les récents troubles politiques au Soudan ont entraîné 46 attaques recensées contre les soins de santé entre le 15 avril et le 8 juin 2023, causant huit décès et 18 traumatismes (68).

53. Le Pacte mondial pour les personnels de santé et d'aide à la personne, adopté par la Soixante-Quatorzième Assemblée mondiale de la Santé dans sa résolution WHA74.14 en 2022, fournit des orientations pour assurer la protection et la sauvegarde des agents de santé (69).

### **Investir dans les personnels de santé**

54. La santé constitue un secteur clé de l'économie et de l'emploi, avec une contribution économique mondiale de plus de 9000 milliards de dollars US en 2020 (70). L'investissement dans les systèmes de santé, y compris dans les personnels de santé, renforce la croissance économique, crée des emplois et favorise la protection sociale, la cohésion et la sécurité sanitaire. Entre 2000 et 2011, on estime qu'un quart de la croissance économique dans les pays à revenu faible et intermédiaire est imputable à l'amélioration de la santé de la population (71,72).

55. Pour les pays à revenu faible et intermédiaire, on estime que plus de 50 % des investissements nécessaires à la réalisation de l'ODD 3 concernent l'emploi du personnel de santé (salaires et traitements), voire 80 % si l'on prend en compte les investissements nécessaires à la formation (73). En outre, on estime que, pour prévenir les futures pandémies, il faudra dépenser en moyenne cinq dollars US par personne et par an (74), dont 66 % doivent être consacrés à l'amélioration des capacités des personnels en matière de prévention, de détection et de riposte (75).

56. Les investissements dans les personnels de santé sont souvent limités par la perception que l'économie de la santé est un secteur consommateur (76,77). En réalité, de tels investissements produisent des rendements multiples tant pour la santé que pour l'économie (72,78). Pour chaque dollar US investi dans la santé et la création d'emplois décents pour les agents de santé, le rendement potentiel est d'environ neuf dollars US (79).

57. Entre 1990 et 2020, dans les pays à revenu faible et intermédiaire, 7 % seulement de l'ensemble de l'aide au développement destinée à la santé a été allouée aux personnels de santé (80). Dans la Région de la Méditerranée orientale, outre la crise financière due à la pandémie de COVID-19, de nombreux pays sont confrontés à des conflits armés, à l'instabilité politique et à des crises humanitaires en cours, qui ont limité leurs perspectives économiques. Dans la Région, la part publique des dépenses totales de santé variait entre 7,6 % en Afghanistan et 90,3 % à Oman en 2020 (81) ; une baisse des dépenses publiques de santé a été observée dans sept pays au cours de la dernière décennie, ce qui a entraîné une augmentation des dépenses de santé à la charge des patients.

58. Une étude de la proportion des subventions du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme consacrées à la catégorie des ressources humaines pour la santé dans 13 pays bénéficiaires de la Région entre 2003 et 2017 a estimé qu'elle représentait en moyenne 28 % (454 millions de dollars US) du total qui s'élève à 1,6 milliard de dollars US (82). Une analyse détaillée des données a toutefois montré que seuls 13 % étaient alloués aux activités « directes » liés aux personnels de santé,

telles que les salaires, les coûts de formation et l'assistance technique, ce qui souligne la nécessité non seulement d'augmenter les dépenses, mais aussi de mieux aligner les ressources sur les besoins.

59. L'investissement en faveur des personnels de santé nécessitera une augmentation des ressources nationales allouées à la santé. Il n'est pas toujours possible d'augmenter cet investissement à partir d'une seule source, mais la diversification des sources de financement peut contribuer à l'augmentation et à la durabilité des ressources disponibles. Pour relever les défis liés aux personnels de santé, notamment les pénuries, le chômage, l'émigration excessive, la mauvaise répartition, les conditions de travail insatisfaisantes et l'insuffisance de la sécurité et de la protection sur le lieu de travail, il faudra changer de paradigme et investir mieux et de manière plus efficace dans les personnels de santé si l'on veut parvenir à la couverture sanitaire universelle (CSU) et à la sécurité sanitaire. Il est important d'investir dans le renforcement des capacités d'enseignement pour améliorer les effectifs et les compétences des agents de santé ; toutefois, cela peut entraîner un chômage s'il n'est pas accompagné d'investissements dans l'emploi, en particulier dans les pays qui connaissent de graves pénuries, comme la Somalie. L'investissement des ressources doit être aligné sur les besoins du système de santé en matière de personnels de santé, tels que la production de personnel, l'emploi (création d'emplois), l'amélioration des conditions de travail et la protection et la sauvegarde des agents de santé.

60. La pandémie de COVID-19 a renforcé l'importance vitale de maintenir les budgets existants pour le personnel et de tirer parti des investissements durables à long terme des partenaires nationaux et extérieurs en faveur du personnel de santé afin de garantir qu'il y ait suffisamment d'agents de santé attirés, déployés, protégés et fidélisés – là où ils sont nécessaires – et disposant des compétences, du soutien, de la motivation et de l'équipement nécessaires pour effectuer leur travail en toute sécurité.

## **Appel à l'action**

61. En résumé, une pénurie générale et/ou des pénuries dans des cadres spécifiques, des capacités de production inadéquates, des déséquilibres dans la répartition et l'éventail des compétences, des conditions et des environnements de travail inadéquats, une faible productivité, des capacités de gouvernance et de réglementation limitées, ainsi qu'une insuffisance d'informations et de bases factuelles pour l'élaboration des politiques figurent parmi les principaux défis pour les personnels de santé dans la Région. L'impact de la pandémie de COVID-19 a exacerbé ces défis et a mis en évidence le sous-investissement chronique dans les personnels de santé.

62. Il est urgent de renforcer ces personnels de santé au niveau des soins primaires afin de maintenir les services de santé essentiels, de réduire les lacunes dans la prestation des fonctions essentielles de santé publique, d'améliorer la réponse aux situations d'urgence et de soutenir toute capacité de pointe future. Il est également nécessaire de répondre à la mobilité internationale croissante des professionnels de la santé, de relever les défis de la fidélisation et de gérer les implications de la transformation numérique pour l'éducation, la pratique, la sûreté et la sécurité des agents de santé.

63. Malgré les engagements pris à haut niveau au fil des ans, le renforcement des personnels de santé n'a pas progressé au niveau et au rythme souhaités dans la Région. Lors du cinquième Forum mondial sur les ressources humaines pour la santé 2023, le Directeur général de l'OMS a fait des personnels de santé une priorité transversale du prochain programme général de travail de l'OMS et a identifié les pénuries prévues de personnels de santé dans les régions de l'Afrique et de la Méditerranée orientale comme nécessitant une action et un investissement concertés (83).

64. À mi-parcours de l'échéance fixée pour la réalisation des ODD, les gouvernements et les partenaires doivent lancer un appel à l'action pour renforcer les personnels de santé en vue de progresser vers l'ODD 3 relatif à la santé et au bien-être ainsi que d'autres ODD connexes. Pour relever les défis liés aux personnels de santé, il faudra faire preuve de solidarité, d'alignement et de synergie afin de mieux reconstruire les systèmes de santé et les économies après la pandémie de COVID-19.

65. Les domaines d'action prioritaires sont décrits ci-dessous tandis que des actions plus détaillées figurent à l'annexe 1.

- Accélérer la mise en œuvre du cadre d'action pour le renforcement des personnels de santé dans la Région de la Méditerranée orientale (2017-2030) grâce à des plans stratégiques exhaustifs pour les personnels de santé fondés sur une analyse du marché du travail dans le secteur de la santé, qui couvrent la production, le recrutement, l'emploi et la fidélisation des professionnels de santé. Les capacités de gouvernance et de régulation des personnels de santé doivent être renforcées et de meilleures informations et bases factuelles doivent être produites pour permettre l'élaboration et la mise en œuvre de plans stratégiques.
- Accroître et maintenir l'investissement dans la production et l'emploi des professionnels de santé, en veillant à une meilleure adéquation avec les besoins des systèmes de santé et en accordant une attention particulière à la création de possibilités d'emploi et à l'amélioration des conditions de travail. L'investissement dans les capacités de production devrait donner la priorité à la formation en soins infirmiers afin de combler l'écart dans les éventails de compétences des pays.
- Renforcer les personnels de santé au niveau des soins primaires afin de garantir la réalisation compétente des fonctions essentielles de santé publique, y compris la préparation et la riposte face aux situations d'urgence, et combler les lacunes révélées par la pandémie de COVID-19.
- Réorienter et transformer la formation des professionnels de santé afin de répondre aux besoins de compétences des agents de santé actuels et futurs. Cette formation devrait être guidée par les besoins de santé de la communauté et évaluée en fonction de la manière dont les agents de santé y répondent. Une collaboration renforcée entre les secteurs de l'éducation et de la santé, y compris le secteur privé, peut améliorer la pertinence entre la formation des professionnels de santé et les réalités de la prestation de services de santé.
- Améliorer la fidélisation des professionnels de santé et veiller à accroître leur mobilité à l'intérieur et à l'extérieur de la Région, en particulier dans le contexte de la crise économique et des préoccupations croissantes en matière de sécurité. Outre le renforcement des stratégies de fidélisation, il est nécessaire d'intensifier la collaboration internationale en matière d'échange de données et d'informations sur les personnels de santé et d'améliorer le dialogue politique.
- Protéger et garantir la santé et le bien-être des personnels de santé. Les gouvernements et les employeurs ont l'obligation de veiller à ce que les agents de santé acquièrent les compétences requises, qu'ils disposent des ressources nécessaires, qu'ils bénéficient de la sécurité de l'emploi, d'une rémunération adéquate et régulière et d'un environnement sûr, sain et favorable qui leur permette de fournir des soins respectueux et de qualité à tous.
- Promouvoir la solidarité régionale à l'appui des stratégies nationales, en particulier pour les pays figurant sur la liste OMS d'appui et de sauvegarde.

## Références

1. Santé au travail : agents de santé [site Web]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2022 (<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/occupational-health--health-workers>, consulté le 8 août 2023).
2. Health and care worker deaths during COVID-19 [website]. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/news/item/20-10-2021-health-and-care-worker-deaths-during-covid-19>, accessed 6 June 2023).
3. Third round of the global pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: November-December 2021. Geneva: World Health Organization; 2022 ([https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS\\_continuity-survey-2022.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2022.1), accessed 8 August 2023).
4. Framework for action for health workforce development in the Eastern Mediterranean Region 2017–2030. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/275462>, accessed 8 August 2023).
5. Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241511131>, accessed 8 August 2023).
6. Transformer notre monde : le programme de développement durable à l’horizon 2030. New York, NY : Nations Unies ; 2015 (<https://sdgs.un.org/fr/2030agenda>, consulté le 6 juin 2023).
7. WHO health workforce support and safeguards list 2023. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240069787>, accessed 9 August 2023).
8. Eastern Mediterranean Region framework for health information systems and core indicators for monitoring health situation and health system performance. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2014 (<https://rho.emro.who.int/sites/default/files/booklets/WHO-Health-Indicators-2014.pdf>, accessed 8 August 2023).
9. Eastern Mediterranean Health Observatory. Personnel per 10 000 population-physicians [online database]. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; (<https://rho.emro.who.int/Indicator/TermID/71>, accessed 8 August 2023).
10. Eastern Mediterranean Health Observatory. Personnel per 10 000 population-nursing and midwifery [online database]. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean (<https://rho.emro.who.int/Indicator/TermID/72>, accessed 9 August 2023).
11. Renforcer les personnels infirmiers afin de promouvoir la couverture sanitaire universelle dans la Région de la Méditerranée orientale. Le Caire : Bureau régional de l’OMS pour la Méditerranée orientale ; 2019 (EM/RC66/4, [https://applications.emro.who.int/docs/RC\\_Technical\\_Papers\\_2019\\_4\\_fr.pdf?ua=1](https://applications.emro.who.int/docs/RC_Technical_Papers_2019_4_fr.pdf?ua=1), consulté le 30 juin 2023).
12. La situation du personnel infirmier dans le monde 2020 : investir dans la formation, l’emploi et le leadership. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240003279>, consulté le 8 août 2023).
13. ILOSTAT explorer: datasets: employment by sex, economic activity and marital status (thousands) – annual [online database]. Geneva: International Labour Organization ([https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer34/?lang=en&id=EMP\\_TEMP\\_SEX\\_ECO\\_MTS\\_NB\\_A](https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer34/?lang=en&id=EMP_TEMP_SEX_ECO_MTS_NB_A), accessed 11 May 2023).
14. Sudan annual health statistical report. Khartoum: Sudan Health Observatory, Federal Ministry of Health; 2018.
15. Primary health care systems (PRIMASYS): comprehensive case study from Pakistan. Geneva: World Health Organization; 2017:20 (<https://ahpsr.who.int/publications/i/item/primasys-comprehensive-case-study-from-pakistan>, accessed 20 August 2023).

16. Human resources for health profile for Afghanistan: a situational analysis of the current health workforce in the national and provincial levels. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2020.
17. Eastern Mediterranean Health Observatory. Data repository [online database]. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2019 (<https://rho.emro.who.int/drs>, accessed 30 June 2023).
18. Latif MZ, Wajid G. Reforming medical education in Pakistan through strengthening departments of medical education. *Pak J Med Sci*. 2018;34(6):1439–44. doi:0.12669/pjms.346.15942.
19. Elshazali OH, Abdullahi H, Karrar ZA. Progress, challenges and partnerships of teaching medical professionalism in medical schools in Sudan: the success story of Sudan Medical Council. *Sudan J Paediatr*. 2021;21(2):110–5. (<https://doi.org/10.24911/SJP.106-1622725530>).
20. Haghdoost AA, Akbari H, Peykari N, Bahmanian A. Medical education in Iran, a brief report. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2021 ([https://www.researchgate.net/publication/355338874\\_Medical\\_Education\\_in\\_Iran-2021#fullTextFileContent](https://www.researchgate.net/publication/355338874_Medical_Education_in_Iran-2021#fullTextFileContent), accessed 30 June 2023).
21. World Directory of Medical Schools [website]. World Federation for Medical Education and the Foundation for Advancement of International Medical Education and Research; 2022 ([https://search.wdoms.org/?\\_gl=1\\*vuvlk\\*\\_ga\\*NTkwNTk5MTk5LjE2OTI4NzIyNzU.\\*\\_ga\\_R5BJZG5EYE\\*MTY5Mjg3MjI3NC4xLjEuMTY5Mjg3MjI4OC4wLjAuMA](https://search.wdoms.org/?_gl=1*vuvlk*_ga*NTkwNTk5MTk5LjE2OTI4NzIyNzU.*_ga_R5BJZG5EYE*MTY5Mjg3MjI3NC4xLjEuMTY5Mjg3MjI4OC4wLjAuMA), accessed 20 August 2023).
22. Telmesani A, Zaini RG, Ghazi HO. Medical education in Saudi Arabia: a review of recent developments and future challenges. *East Mediterr Health J*. 2011;17(8):703–7. PMID:21977574.
23. Abdulrahman AKB, Aldayel AY, Bin Abdulrahman KA, Bukhari YR, Almotairy Y, Aloyouny S et al. Do Saudi medical schools consider the core topics in undergraduate medical curricula? *BMC Med Educ*. 2022;22:377. doi:10.1186/s12909-022-03452-1.
24. Alsheikh G, Al-sheikh M, Kadhim T, Hassoon A, Rowandozi I, Mustafa O. Review of Iraq’s nationwide attempts to transform medical school curricula over the last ten decades. *East Mediterr Health J*. 2022;28(7):539–48. doi:10.26719/emhj.22.046.
25. Examen de l’enseignement médical dans la Région de la Méditerranée orientale : enjeux, priorités et cadre d’action (EM/RC62/3 Rev.1). Le Caire : Bureau régional de l’OMS pour la Méditerranée orientale ; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250490>, consulté le 23 avril 2023).
26. Badr E. Governance of health professions education in Sudan: implications for appropriateness of graduates to population health needs [thesis]. Leeds: University of Leeds; 2023 ([https://etheses.whiterose.ac.uk/32337/1/Badr\\_E\\_Medicine\\_MPhil\\_2023.pdf](https://etheses.whiterose.ac.uk/32337/1/Badr_E_Medicine_MPhil_2023.pdf), accessed 10 August 2023).
27. Sheikh JI, Cheema S, Chaabna K, Lowenfels AB, Mamtani R. Capacity building in health care professions within the Gulf cooperation council countries: paving the way forward. *BMC Med Educ*. 2019;19(1):83. doi:10.1186/s12909-019-1513-2.
28. Ressources humaines pour la santé : Code de pratique mondial de l’OMS pour le recrutement international des personnels de santé : quatrième cycle de notification nationale Rapport du Directeur général (A75/14). Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2022 ([https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA75/A75\\_14-fr.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75_14-fr.pdf), consulté le 23 août 2023).
29. Statistical yearbook. Riyadh: Ministry of Health; 2021 (<https://www.moh.gov.sa/en/Ministry/Statistics/book/Pages/default.aspx>, accessed 30 June 2023).
30. Almansour H, Aldossary A, Holmes S, Alderaan T. Migration of nurses and doctors: pull factors to work in Saudi Arabia. *Hum Resour Health*. 2023;21(1):25. doi:10.1186/s12960-023-00809-5.
31. Code de pratique mondial de l’OMS pour le recrutement international des personnels de santé Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2010 (<https://www.who.int/fr/publications/item/nri-2021>, consulté le 20 août 2023).

32. Akhtat T, Matallana MA, Muthuswamy V, Olowu FA, Tallo V, et al. Physician migration: views from professionals in Colombia, Nigeria, India, Pakistan and the Philippines. *Soc Sci Med*. 2005;61(12):2492–500. doi:10.1016/j.socscimed.2005.05.003.
33. Syed NA, Khimani F, Andrades M, Ali SK, Paul R. Reasons for migration among medical students from Karachi. *Med Educ*. 2008;42(1):61–1. doi:10.1111/j.1365-2923.2007.02904.x.
34. López-Tomás A. Mass exodus of doctors, nurses threatens Lebanese health care system. New York, NY : The Media Line; 2023 (<https://themedialine.org/life-lines/mass-exodus-of-doctors-nurses-threatens-lebanese-health-care-system/>, accessed 30 June 2023).
35. The state of medical education and practice in the UK: The workforce report 2022. London: General Medical Council; 2022 ([https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/workforce-report-2022---full-report\\_pdf-94540077.pdf](https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/workforce-report-2022---full-report_pdf-94540077.pdf), accessed 3 July 2023).
36. Medical workforce intelligence report 2021. Dublin: Medical Council; 2021 (<https://www.medicalcouncil.ie/news-and-publications/reports/medical-workforce-intelligence-report-2021.pdf>, accessed 3 July 2023).
37. Pacte mondial pour des migrations sûres, ordonnées et régulières (A/RES/73/195). New York, NY : Organisation des Nations Unies ; 2018 ([https://www.ohchr.org/fr/migration/global-compact-safe-orderly-and-regular-migration-gcm#:~:text=Le%20Pacte%20mondial%20pour%20des,une%20approche%20globale%20et%20exhaustive,consulté le 21 août 2023](https://www.ohchr.org/fr/migration/global-compact-safe-orderly-and-regular-migration-gcm#:~:text=Le%20Pacte%20mondial%20pour%20des,une%20approche%20globale%20et%20exhaustive,consulté%20le%2021%20août%202023)).
38. International Organization for Migration (IOM), WHO Regional Office for Eastern Mediterranean. Diaspora engagement in health in the Eastern Mediterranean Region: a desk review of experiences. Geneva: International Organization for Migration; 2021 ([https://publications.iom.int/system/files/pdf/Diaspora-Engagement-in-Health-in-the-EMR\\_0.pdf](https://publications.iom.int/system/files/pdf/Diaspora-Engagement-in-Health-in-the-EMR_0.pdf), accessed 20 August 2023).
39. Yaran-e-Watan. Islamabad: Yaran-e-Watan (<https://203.124.44.46>, accessed 3 July 2023).
40. Somali diaspora in Finland helps revitalize northern Somalia's health sector [website]. Geneva: International Organization for Migration; 2011 (<https://www.iom.int/news/somali-diaspora-finland-helps-revitalize-northern-somalias-health-sector>, accessed 3 July 2023).
41. ILOSTAT: statistics on working time [online database]. Geneva: International Labour Organization (<https://ilostat.ilo.org/topics/working-time/>, accessed 21 June 2023).
42. Zaidi S, Das JK, Jamal W, Ali A, Siddiqui F, Thabet A et al. Government purchasing initiatives involving private providers in the Eastern Mediterranean Region: a systematic review of impact on health service utilisation. *BMJ Open*. 2023;13:e063327. doi:10.1136/bmjopen-2022-063327.
43. Poon YR, Lin YP, Griffiths P, Yong KK, Seah B, Liaw SY. A global overview of healthcare workers' turnover intention amid COVID-19 pandemic: a systematic review with future directions. *Hum Resour Health*. 2022;20(1):70. doi:10.1186/s12960-022-00764-7.
44. Health and care worker deaths during COVID-19 [website]. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/news/item/20-10-2021-health-and-care-worker-deaths-during-covid-19>, accessed 3 July 2023).
45. Alserehi H, Alqunaibet A, Al-Tawfiq J, Alharbi N, Alshukairi A, Alanazi K et al. Seroprevalence of SARS-CoV-2 (COVID-19) among healthcare workers in Saudi Arabia: comparing case and control hospitals. *Diagn Microbiol Infect Dis*. 2021;99(3):115273. doi:10.1016/j.diagmicrobio.2020.115273.
46. Balou H, Yaghubi Kalurazi T, Joukar F, Hassanipour S, Shenagari M, Khoshsorour M et al. High seroprevalence of SARS-CoV-2 (COVID-19)-specific antibodies among healthcare workers: a cross-sectional study in Guilan, Iran. *J Environ Public Health*. 2021;9081491. doi:10.1155/2021/9081491.

47. Abdul Rahim HF, Fendt-Newlin M, Al-Harabsheh ST, Campbell J. Our duty of care: a global call to action to protect the mental health of health and care workers. Doha: World Innovation Summit for Health; 2022  
([https://www.researchgate.net/publication/364309627\\_Our\\_duty\\_of\\_care\\_A\\_global\\_call\\_to\\_action\\_to\\_protect\\_the\\_mental\\_health\\_of\\_health\\_and\\_care\\_workers](https://www.researchgate.net/publication/364309627_Our_duty_of_care_A_global_call_to_action_to_protect_the_mental_health_of_health_and_care_workers), accessed 8 August 2023).
48. La COVID-19 continue de perturber les services de santé essentiels dans 90 % des pays [site Web]. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2021 (<https://www.who.int/fr/news/item/23-04-2021-covid-19-continues-to-disrupt-essential-health-services-in-90-of-countries>, consulté le 3 juillet 2023).
49. Deussom R, Lal A, Frymus D, Cole K, Politico MRS, Saldana K et al. Putting health workers at the centre of health system investments in COVID-19 and beyond. *Fam Med Community Health*. 2022;10(2):e001449. doi:10.1136/fmch-2021-001449.
50. Wajid G, Gedik G. Impact of COVID-19 on health professionals' education in Eastern Mediterranean Region. *East Mediterr Health J*. 2022;28(7):506–14. doi:10.26719/emhj.22.062.
51. WHO interim guidance note: health workforce response to the COVID-19 pandemic: April 2020. WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2020  
(<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331949>, accessed 22 August 2023).
52. Ziemann M, Chen C, Forman R, Sagan A, Pittman P. Global health workforce responses to address the COVID-19 pandemic: what policies and practices to recruit, retain, reskill, and support health workers during the COVID-19 pandemic should inform future workforce development? Policy brief 52. Geneva: World Health Organization; 2023  
(<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/global-health-workforce-responses-to-address-the-covid-19-pandemic-what-policies-and-practices-to-recruit-retain-reskill-and-support-health-workers-during-the-covid-19-pandemic-should-inform-future-workforce-development>, accessed 3 July 2023).
53. WHO in Somalia [website]. Cairo: WHO Office for the Eastern Mediterranean; 2023  
(<http://www.emro.who.int/somalia/information-resources/whos-work-in-somalia-for-covid-19-response.html>, accessed 3 July 2023).
54. Assessment of essential public health functions in countries of the Eastern Mediterranean Region: assessment tool. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2017  
([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254383/EMROPub\\_2017\\_EN\\_19354.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254383/EMROPub_2017_EN_19354.pdf?sequence=1&isAllowed=y), accessed 8 August 2023).
55. Rechel B, McKee M, editors. Facets of public health in Europe. New York, NY : Open University Press; 2014.
56. Beaglehole R, Dal Poz M. Public health workforce: challenges and policy issues. *Hum Resour Health*. 2003;1(1):4. doi:10.1186/1478-4491-1-4.
57. WHO-ASPHER competency framework for the public health workforce in the European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/347866/WHO-EURO-2020-3997-43756-61569-eng.pdf>, accessed 3 July 2023).
58. Core competencies for public health: a regional framework for the Americas. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2013 (<https://www.paho.org/en/documents/core-competencies-public-health-regional-framework-americas>, accessed 3 July 2023).
59. Capacité des personnels nationaux pour la mise en œuvre des fonctions essentielles de santé publique, en mettant l'accent sur la préparation et la riposte aux situations d'urgence : feuille de route pour l'alignement des contributions de l'OMS et des partenaires. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2022 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/365755/9789240067899-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, consulté le 14 août 2023).
60. Nuwayhid I, Krisht G, Jabbour S, DeJong H, Zurayk H. Mapping University-Based Master of Public Health Programs in the Arab world. *Ann Glob Health*. 2021;87(1):70. doi:10.5334/aogh.3297.

61. Building a skilled workforce to prepare for and respond to emergencies [website]. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/activities/building-a-skilled-workforce-to-respond-to-emergencies>, accessed 3 July 2023).
62. Stratégie régionale pour la promotion de la santé numérique dans la Région de la Méditerranée orientale (2023-2027). Le Caire : Bureau régional de l’OMS pour la Méditerranée orientale ; 2022 (EM/RC69/8, <https://applications.emro.who.int/docs/Digital-Health-EMR-2023-2027-fre.pdf?ua=1>, consulté le 3 juillet 2023).
63. Doraiswamy S, Chaabna K, Jithesh A, Mamtani R, Cheema S. Physician burnout in the Eastern Mediterranean region: influence of gender and related factors – Systematic review and meta-analysis. *J Glob Health*. 2021;11:04043. doi:10.7189/jogh.11.04043.
64. Kheyri F, Seyedfatemi N, Oskouei F, Mardani-Hamooleh M. Nurses' mental health in Iran: a national survey in teaching hospitals. *Sci J Kurdistan Univ Med Sci*. 2017;22(4):91–100. <http://sjku.muk.ac.ir/article-1-3407-en.html>.
65. Talih F, Ajaltouni J, Farhood L. Depression and burnout among nurses in a Lebanese academic medical center. *J Med Liban*. 2018;66(2):92–7. doi:10.12816/0047826.
66. In 4 years, 494 attacks on health killed 470 patients and health staff in Syria [website]. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2020 (<https://www.emro.who.int/syria/news/in-4-years-494-attacks-on-health-killed-470-patients-and-health-staff-in-syria.html>, accessed 3 July 2023).
67. Surveillance system for attacks on health care (SSA) [online database]. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://extranet.who.int/ssa/Index.aspx>, accessed 29 August 2023).
68. Sudan health emergency: situation report no.1, 15 April–14 June 2023. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2023 ([https://www.emro.who.int/images/stories/sudan/WHO-Sudan-conflict-situation-report-1\\_14\\_June\\_2023.pdf?ua=1](https://www.emro.who.int/images/stories/sudan/WHO-Sudan-conflict-situation-report-1_14_June_2023.pdf?ua=1), accessed 15 August 2023).
69. Global health and care worker compact: technical guidance compilation. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/publications/m/item/carecompact>, accessed 3 July 2023).
70. Global spending on health: rising to the pandemic’s challenges. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240064911>, accessed 10 August 2023).
71. Jamison DT, Summers LH, Alleyne G, Arrow KJ, Berkley S, Binagwaho A et al. Global health 2035: a world converging within a generation. *Lancet*. 2014;382(9908):1898–955. doi:10.1016/S0140-6736(13)62105-4.
72. S’engager pour la santé et la croissance : Investir dans le personnel de santé. Rapport de la Commission de haut niveau sur l’emploi en santé et la croissance économique. Genève : Organisation mondiale de la santé; 2016 (<https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789241511308>, consulté le 10 août 2023).
73. Africa health workforce investment charter: enabling sustainable health workforce investments for universal health coverage health security for the Africa we want. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa; 2023 ([https://www.afro.who.int/sites/default/files/2023-08/Africa%20Health%20Workforce%20Investment%20Charter\\_v6\\_May%202023.pdf](https://www.afro.who.int/sites/default/files/2023-08/Africa%20Health%20Workforce%20Investment%20Charter_v6_May%202023.pdf), accessed 20 August 2023).
74. Craven M, Sabow A, Van der Veken L, Wilson M. Not the last pandemic: investing now to reimagine public-health systems [website]. McKinsey & Company; 2021 (<https://www.mckinsey.com/industries/public-and-social-sector/our-insights/not-the-last-pandemic-investing-now-to-reimagine-public-health-systems#>, accessed 3 July 2023).
75. Eaneff S, Graeden E, McClelland A, Katz R. Investing in global health security: estimating cost requirements for country-level capacity building. *PLOS Glob Public Health*. 2022;2(12):e0000880. doi:10.1371/journal.pgph.0000880.

76. WHO Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies, Cylus J, Permanand, G, Smith PC. Making the economic case for investing in health systems: what is the evidence that health systems advance economic and fiscal objectives? Policy brief. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331982>, accessed 3 July 2023).
77. Cometto G, Campbell J. Investing in human resources for health: beyond health outcomes. *Hum Resour Health*. 2016;14(1):1–2. doi:10.1186/s12960-016-0147-2.
78. Lauer JA, Rajan D, Bertram MY. Priority setting for universal health coverage: we need to focus both on substance and on process: Comment on “Priority setting for universal health coverage: We need evidence-informed deliberative processes, not just more evidence on cost-effectiveness.” *Int J Heal Policy Manag*. 2017;6(10):601–3. doi:10.15171/ijhpm.2017.06.
79. Jamison DT, Summers LH, Alleyne G, Arrow KJ, Berkley S, Binagwaho, A et al. Global health 2035: a world converging within a generation. *Lancet*. 2013;382(9908):1898–955. doi:10.1016/S0140-6736(13)62105-4.
80. Micah AE, Solorio J, Stutzman H, Zhao Y, Tsakalos G, Dieleman JL. Development assistance for human resources for health, 1990–2020. *Hum Res Health*. 2022;20:51. doi:10.1186/s12960-022-00744-x.
81. Domestic general government health expenditure (% of current health expenditure) - Oman, Afghanistan [online database]. Washington, DC: World Bank; 2023 (<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.CH.ZS?locations=OM-AF>, accessed 7 April 2023).
82. Okunogbe A, Bowser D, Gedik G, Naseri S, Abu-Agla A, Safi N. Global Fund financing and human resources for health investments in the Eastern Mediterranean Region. *Hum Resour Health*. 2020;18(1):48. doi:10.1186/s12960-020-00483-x.
83. WHO Director-General's closing remarks at the 5th Global Forum on Human Resources for Health – 5 April 2023 [website]. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-closing-remarks-at-the-5th-global-forum-on-human-resources-for-health-5-april-2023>, accessed 20 August 2023).

## Annexe 1. Appel à l'action : Domaines et actions prioritaires pour améliorer et renforcer des personnels de santé adaptés à leur objet dans la Région de la Méditerranée orientale

Domaines prioritaires	Mesures
<p>Accélérer la mise en œuvre du Cadre d'action pour le développement des personnels de santé dans la Région de la Méditerranée orientale 2017-2030</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entreprendre une analyse du marché du travail dans le secteur de la santé pour éclairer et orienter l'élaboration de plans stratégiques pour les personnels de santé et cibler les interventions politiques</li> <li>• Mener un dialogue politique multisectoriel et multipartite, fondé sur des bases factuelles, sur les politiques et les stratégies en matière de personnels de santé</li> <li>• Élaborer et mettre en œuvre des plans stratégiques exhaustifs tenant compte des questions de genre pour le personnel de santé, afin de répondre aux besoins actuels en la matière et d'offrir une vision stratégique des futurs personnels de santé</li> <li>• Élaborer et mettre en œuvre des stratégies pour améliorer le recrutement, le déploiement, la fidélisation, la motivation et les performances des agents de santé</li> <li>• Investir dans le renforcement des systèmes d'information et d'analyse du personnel de santé, en utilisant les comptes nationaux et les observatoires des personnels de santé</li> <li>• Renforcer les capacités de gouvernance et de réglementation du personnel de santé</li> <li>• Mettre au point/renforcer les mécanismes et les processus de réglementation des pratiques et de la formation des personnels de santé pour garantir une réponse de qualité aux besoins de la population, la protection du public et la sécurité des patients</li> <li>• Renforcer les départements en charge des personnels de santé au sein des ministères de la Santé en les dotant d'un mandat adéquat, de ressources humaines et financières et d'un environnement favorable, et favoriser le développement des capacités techniques et d'encadrement par le biais de programmes de formation appropriés</li> <li>• Tenir compte de la participation importante et croissante des femmes au marché du travail dans le secteur de la santé et leur garantir des possibilités appropriées lors de l'élaboration des politiques, stratégies et interventions relatives aux personnels de santé</li> </ul>
<p>Accroître et maintenir l'investissement dans la production et l'emploi des professionnels de santé, en veillant à une meilleure adéquation avec les besoins des systèmes de santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobiliser davantage de ressources nationales pour les personnels de santé, notamment en diversifiant les sources de financement</li> <li>• Accorder la priorité aux personnels de santé dans l'allocation des ressources nationales et extérieures, y compris, le cas échéant, une part importante des initiatives mondiales en matière de santé</li> <li>• Aligner les investissements sur les besoins des systèmes de santé, en développant la formation des professionnels de santé à tous les niveaux et en favorisant la création d'emplois</li> <li>• Orienter les investissements pour combler les lacunes en matière de compétences, en accordant une attention particulière au développement de la formation et de l'emploi des personnels infirmiers et des sages-femmes</li> </ul>

Domaines prioritaires	Mesures
<p>Accorder la priorité au renforcement des personnels de santé au niveau des soins primaires afin de garantir la réalisation des fonctions essentielles de santé publique et des interventions d'urgence, et de combler les lacunes révélées par la pandémie de COVID-19</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Créer/renforcer les équipes multidisciplinaires de soins primaires conformément au modèle de soins en vigueur dans le pays</li> <li>• Répondre aux besoins en personnel de santé pour assurer les fonctions essentielles de santé publique</li> <li>• Renforcer les capacités de prise en charge pour l'action en cas d'urgence</li> <li>• Renforcer et professionnaliser les personnels de santé publique grâce à des cadres de compétences et à des modèles d'éducation et de formation fondés sur la pratique</li> </ul>
<p>Réorienter et transformer la formation des professionnels de santé afin de répondre aux besoins de compétences des agents de santé actuels et futurs</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réorienter la formation des professionnels de santé vers des modèles socialement responsables et fondés sur les compétences, en garantissant des synergies entre l'éducation et les services de santé, avec une approche d'apprentissage tout au long de la vie</li> <li>• Introduire la formation interprofessionnelle et la pratique collaborative pour préparer les professionnels de santé à faire partie d'une équipe pluridisciplinaire</li> <li>• Donner la priorité à l'augmentation de la production de personnels infirmiers, de sages-femmes et de cadres de soins primaires afin de combler les lacunes en matière de services et de corriger les déséquilibres au niveau de l'éventail des compétences</li> <li>• Doter les personnels de santé de compétences conformes aux exigences de la transformation numérique et adapter la formation des professionnels de santé à cet effet</li> </ul>
<p>Améliorer la fidélisation des agents de santé, en accordant une attention particulière à l'accroissement de la mobilité internationale des professionnels de santé à l'intérieur et à l'extérieur de la Région</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaborer et adopter des stratégies de fidélisation des professionnels de santé fondées sur un ensemble d'interventions de soutien réglementaire, éducatif, financier, personnel et professionnel, en s'appuyant sur les lignes directrices de l'OMS en matière de stratégies de fidélisation</li> <li>• Gérer les migrations internationales des professionnels de santé par le biais d'accords bilatéraux et multilatéraux</li> <li>• Mobiliser la diaspora pour l'engagement dans le renforcement des systèmes de santé nationaux</li> <li>• Renforcer la collaboration internationale entre les pays en matière d'échange de données et d'informations sur les personnels de santé, de recherche et du dialogue politique</li> </ul>
<p>Protéger et garantir la santé et le bien-être des personnels de santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adopter des mesures pour protéger les professionnels de santé contre tous les risques professionnels et favoriser leur bien-être mental et psychosocial</li> <li>• Adopter des mesures visant à prévenir la violence et le harcèlement contre les agents de santé et garantir leur sûreté et leur sécurité</li> <li>• Assurer une rémunération, une protection sociale et une sécurité de l'emploi justes et équitables</li> <li>• Garantir des environnements de travail sains et décents, y compris des niveaux d'effectifs sûrs et des horaires de travail convenables, afin de permettre aux personnels de santé de fournir des soins respectueux et de qualité à tous</li> </ul>