

---

# Principes directeurs des stratégies nationales de main d'œuvre de la santé

---



Crédit de photo: OMS/C. Black, OMS/M. Kokic, OMS/G. Gaggero, OMS/M. Kokic

Conduite par la société civile, l'Initiative de sensibilisation du Groupe de travail sur la main d'œuvre pour la santé (Health Workforce Advocacy Initiative) est un réseau dépendant de l'Alliance mondiale pour les personnels de santé.

<http://www.healthworkforce.info>

---

# Principes directeurs des stratégies nationales de main d'œuvre de la santé

---

*<< L'Initiative de sensibilisation du Groupe de travail sur la main d'œuvre pour la santé (Health Workforce Advocacy Initiative) est un réseau dépendant de l'Alliance mondiale pour les personnels de santé (Global Health Workforce Alliance). >>*

Les dates-butoir de la réalisation des objectifs internationaux en matière de santé approchent à grands pas : 2010, accès universel aux soins contre le sida ; 2015, objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) liés à la santé. Conscients de ce que ces objectifs ne pourront être atteints que par un renforcement de leurs ressources humaines, de nombreux pays sont en train de développer, ou de réévaluer, des plans nationaux de main d'œuvre pour la santé. La mise au point de tels plans, ainsi que de stratégies sanitaires plus générales, suscite un vif intérêt au niveau régional et international, comme en témoignent d'adoption d'une « Stratégie de santé pour l'Afrique : 2007-2015 », le lancement du « Partenariat international pour la santé » ainsi que le « Plan d'action mondial en faveur des ressources humaines de la santé ».

Les directives suivantes sont destinées, en premier lieu, aux décideurs politiques et à toute autre personne chargée du développement et de l'évaluation de plan de cette nature, notamment les fonctionnaires des ministères de la santé, les travailleurs de la santé, les militants de la société civile, les partenaires au développement et les conseillers techniques. Quel devrait être le contenu de ces plans, étant entendu qu'ils doivent, de toute manière, être le fruit d'une préparation et d'un suivi assurés au niveau des États ? Comment faire en sorte qu'ils puissent améliorer significativement les résultats de santé et faire progresser les pays, aussi vite que possible, vers l'accès universel aux interventions de santé essentielles ? Nos directives sont autant de principes généraux permettant d'assurer le succès des plans nationaux de ressources humaines pour la santé et leur conformité aux principes des droits de l'homme. Le droit au plus haut niveau possible de santé physique et mentale nécessite l'adoption de plans nationaux respectant les principes d'équité, de participation et de responsabilité. Ces plans doivent en outre répondre aux principaux besoins de santé de la population, garantir des soins de santé de qualité, économiques et accessibles par tous et s'inscrire dans la continuité des efforts consentis pour la concrétisation du droit à la santé. Les États doivent enfin consacrer le maximum de ressources possible à la réalisation du droit à la santé et des autres droits de l'homme.

Ces principes commencent avec des considérations fondamentales sur les plans pour la main d'œuvre eux-mêmes. Ils exposent enfin le contexte dans lequel le plan doit être mis au point et appliqué, notamment le financement et la coordination avec la stratégie générale du secteur de la santé. Nombre de ces principes – par exemple la participation, le contrôle et l'évaluation, les objectifs – sont également valables pour cette stratégie générale.

## Objectifs

- ❖ **Choix des objectifs.** Le plan pour la main d'œuvre doit viser à ce que toute personne, où qu'elle se trouve, ait accès à un travailleur de la santé qualifié, bien équipé, motivé et soutenu. En outre, le plan doit viser la réalisation d'objectifs, d'engagements et d'obligations précis en termes de santé, no-

tamment les OMD liés à la santé, ou encore l'accès universel<sup>1</sup>, d'ici à 2010, aux traitements, aux soins et aux mesures de prévention contre le VIH/sida. Ceci implique de calculer les niveaux de services requis pour atteindre ces objectifs ; de déterminer quelles catégories de personnel soignant devront être engagées (infirmières, infirmières auxiliaires, infirmières praticiennes, sages-femmes, médecins, assistants cliniques, pharmaciens, nutritionnistes, travailleurs sociaux, laborantins, agents de santé communautaire, etc.), avec quels effectifs numériques et quels qualifications et savoir-faire ; et de formuler un plan complet pour le développement, le maintien et la répartition équitable de ces travailleurs. En règle générale, les plans doivent être à la fois ambitieux – viser à atteindre ces objectifs – et réalistes, donc dotés des moyens nécessaires à leur application effective.

## Approche globale

- ❖ **Couvrir tous les aspects.** Le plan doit traiter les aspects suivants (ou, en fonction des circonstances, prévoir des mesures d'amélioration des aspects suivants):
  - 1) financement de la main d'œuvre pour la santé (salaires, avantages sociaux, budget général) ;
  - 2) domaine de pratique des différentes catégories de personnel soignant, directives sur la sécurité au travail, responsabilité des travailleurs de la santé, y compris gestion ;
  - 3) enseignement (niveau de base et formation en cours d'activité) ;
  - 4) partenariats (en particulier mobilisation communautaire et liens entre secteurs privé et public) ;
  - 5) leadership (acquisition, par les responsables de ressources humaines et par l'encadrement, du savoir-faire nécessaire à l'application de la stratégie pour la main d'œuvre pour la santé) ; et
  - 6) systèmes de gestion des ressources humaines (notamment systèmes de collecte et d'exploitation des statistiques sur la main d'œuvre, supervision, renforcement de la productivité)

Ces éléments sont repris du « Cadre d'action pour les ressources humaines de la santé » préparé par l'Alliance mondiale pour les personnels de santé et l'Organisation mondiale de la santé.

- ❖ **Toucher toutes les catégories.** Le plan doit concerner toutes les catégories de personnel soignant, aussi bien le personnel clinique (infirmières, médecins, sages-femmes, pharmaciens) que non-clinique (personnel administratif et de soutien), et tous les membres de l'équipe soignante, y compris les nutritionnistes, travailleurs sociaux et professionnels de la santé mentale.
- ❖ **Couvrir tous les secteurs.** Le plan doit concerner tous les prestataires de soins de santé reconnus, y compris les organisations publiques ou religieuses et les organisations non gouvernementales à but caritatif ou lucratif. Le plan doit tendre à l'utilisation de tous les prestataires de manière à assurer à

---

<sup>1</sup> Les OMD liés à la santé sont : réduction de la mortalité maternelle de  $\frac{3}{4}$  entre 1990 et 2015, réduction de la mortalité infantile de deux tiers entre 1990 et 2015 et lutte contre le VIH/sida, le paludisme et autres maladies. L'Union africaine s'est aussi engagée à introduire, d'ici à 2015, un ensemble de services de santé de base en matière de prévention, de soins et de traitement. Le droit à la santé prévoit certaines exigences connexes : instauration des conditions propices à l'accès de chacun aux services médicaux, priorité accordée à certains aspects de la santé comme la santé de la mère et de l'enfant.

toute la population l'accès à des services de santé équitables et de qualité. Le plan doit être propice à de meilleures coordination et intégration du secteur de la santé. Il devrait en outre, selon que de besoin, tenir compte du rôle important que jouent les soigneurs traditionnels et identifier des manières de les inclure au processus de soins, par exemple dans des rôles de conseil et d'aiguillage vers les services spécialisés.

- ❖ **Lien avec la stratégie générale de développement.** Le plan doit définir la manière dont le système et les travailleurs de la santé peuvent contribuer aux objectifs généraux de développement (par exemple : les travailleurs de la santé éduquent les communautés à l'importance de l'eau potable, de l'assainissement et de la nutrition).

## Égalité et non-discrimination

- ❖ **Répartir équitablement.** Le plan doit accorder la priorité à une répartition plus équitable des travailleurs de la santé. Le processus de planification doit traiter les différents aspects du plan dans la perspective de l'équité et, selon que de besoin, comprendre des mesures de renforcement du personnel soignant dans les zones mal desservies, notamment par le biais de l'octroi d'incitations de toute nature ; par le développement ou l'élargissement des catégories de travailleurs de la santé communautaires (en particulier infirmières et agents de santé communautaire) et d'autres catégories susceptibles de pratiquer en zone rurale (infirmières praticiennes par exemple) ; par une action au niveau du système éducatif : stratégie de recrutement, bourses, programmes d'enseignement ; et par la concentration de ressources sur l'amélioration de l'infrastructure sanitaire des zones rurales.

Outre la priorité accordée à la répartition géographique équitable, le plan doit promouvoir une répartition en fonction des différentes catégories d'institutions de santé (centres de santé, hôpitaux de district, grands hôpitaux, etc.) et des domaines de pratique professionnelle (généralistes / spécialistes par exemple), en visant toujours à une plus grande équité. Le fait de pouvoir atteindre les populations mal desservies dépend de l'existence d'une part d'institutions de soins de santé primaires dotés des effectifs nécessaires et, d'autre part, d'un nombre adéquat de généralistes.

- ❖ **Tenir compte des populations marginalisées.** Le plan devrait viser à répondre aux besoins de groupes de population souvent marginalisés : femmes, jeunes, personnes âgées, migrants, réfugiés et personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays, personnes homosexuelles et transsexuelles et personnes affligées de handicaps physiques et mentaux. Pour ce faire, il faut prévoir, notamment, la formation et la rétention d'effectifs suffisants de travailleurs en santé mentale ; des modalités de participation effective des populations marginalisées dans la préparation du plan ; et la formation des travailleurs de la santé aux droits des personnes handicapées, pauvres ou vivant avec le VIH/sida, ainsi que des ruraux.
- ❖ **Lutter contre la stigmatisation et la discrimination.** Des programmes doivent être mis au point, et des ressources humaines désignées, pour combattre la stigmatisation et la discrimination touchant les populations marginalisées au sein même du secteur de la santé, notamment les personnes vivant avec le VIH/sida, les consommateurs de drogues injectables, les travailleurs du sexe et le personnel soignant les populations stigmatisées.

- ❖ **Aborder la sexospécificité.** Le plan doit prendre en compte la sexospécificité dans ses dimensions physique et socioculturelle, notamment les torts faits aux femmes comme par exemple l'inégalité salariale, l'accès inégalitaire aux possibilités de développement professionnel, le harcèlement sexuel et la violence au travail.

## Sécurité et santé au travail, équipement et infrastructures

- ❖ **Santé et sécurité des travailleurs de la santé.** Le plan doit assurer la sécurité et la santé des travailleurs grâce à des mesures garantissant : l'application systématique des précautions universelles ainsi que d'autres méthodes de prévention et de contrôle des infections ; l'accès des travailleurs de santé à des services de soins de santé complets, notamment en matière de VIH ; leur sécurité physique ; le respect de leurs besoins psycho-sociaux. Des mesures de dépistage et de traitement des travailleurs de la santé séropositifs au VIH doivent être prises dans le respect des conditions de confidentialité particulières aux travailleurs de la santé.
- ❖ **Adéquation du matériel et des infrastructures.** La stratégie de santé nationale générale, au sein de laquelle s'inscrit la stratégie spécifique à la main d'œuvre pour la santé, doit prévoir des mesures garantissant la mise à la disposition des travailleurs de la santé des médicaments, de l'équipement et des fournitures requis dans l'accomplissement de leurs tâches. En outre, les institutions de santé doivent disposer des infrastructures de base, eau potable et électricité par exemple.

## Salaires et soutien, y compris pour les agents de santé communautaire

- ❖ **Salaires.** Les travailleurs de la santé de toutes les catégories, mais en particulier ceux actifs au niveau de la santé communautaire, doivent recevoir une rémunération et des prestations sociales adéquates. Un traitement différencié et équitable doit être prévu selon les catégories.
- ❖ **Mesures de rétention.** Le plan doit prévoir des mesures incitatives financières et non-financières (allocations logement, indemnités pour repas, prêts pour acquisition de véhicules privés, crèches, meilleure reconnaissance) et d'autres stratégies d'amélioration de la rétention du personnel soignant (thème déjà abordé), y compris une attention soutenue à la supervision, à la qualité des conditions de travail, aux possibilités de développement professionnel et au respect des droits des travailleurs. Ces mesures incitatives doivent être conçues pour éviter toute distorsion risquant d'apparaître dès lors qu'elles couvrent une maladie particulière ou un segment limité de la force de travail.
- ❖ **Travailleurs de la santé communautaire et à domicile.** Les plans doivent intégrer des mesures de soutien aux soignants et autres personnes prodiguant des soins dans le cadre familial, ainsi qu'aux agents de santé communautaire (personnes chargées du suivi du respect des traitements, conseillers en matière de VIH, etc.) Les travailleurs de santé communautaire doivent être rémunérés pour leur travail. Ils doivent en outre recevoir une formation permanente et être supervisés et soutenus de manière appropriée.

## Éducation et formation

- ❖ **Formation aux droits de l'homme et à la déontologie.** Le plan doit intégrer une éducation aux droits de l'homme au niveau de l'enseignement de base dispensé aux travailleurs de la santé. Cette

éducation doit porter notamment sur le rôle des travailleurs de la santé dans la promotion de ces droits et promouvoir la non-discrimination et le respect des droits des populations desservies. L'éducation à la santé doit en outre porter sur la déontologie : confidentialité, droits des patients et autres questions.

- ❖ **Distribution des tâches.** Le plan doit disposer des principes de distribution et de transfert de tâches de manière à garantir la qualité tout en favorisant l'élargissement de la couverture des services. Dans le cadre du transfert de tâches, il peut être nécessaire de prévoir la création de nouvelles catégories (ou l'extension de certaines catégories) de travailleurs cliniques non-médecins et de travailleurs laïques / communautaires. Dans ce cas, le plan doit aussi prévoir le renforcement des systèmes de supervision et d'aiguillage vers les services spécialisés. L'éducation à la santé doit tenir compte de tout changement apporté au mélange ou à la distribution des compétences et savoir-faire. L'instauration de systèmes de transfert de tâches et d'aiguillage efficaces peut entraîner la nécessité de renforcer la main d'œuvre de manière à répondre aux besoins plus complexes de nouveaux patients. Le plan devra prévoir les modalités du recrutement, de la formation et de la rétention de cette nouvelle force de travail.
- ❖ **Formation au niveau pré-service.** La planification de la formation au niveau pré-service doit viser à produire, en conjonction avec d'autres mesures, des effectifs de travailleurs de la santé suffisants pour atteindre les objectifs du Millénaire du développement, concrétiser le principe d'accès universels et d'autres objectifs et engagements en matière de santé. La formation doit cibler les besoins de santé nationaux, notamment en matière de soins primaires. Les pays doivent être prêts à adopter des mesures innovantes susceptibles d'accélérer l'extension de la formation de niveau pré-service, si nécessaire.
- ❖ **Formation continue.** Le plan doit renforcer les mécanismes de formation continue, de telle manière que les travailleurs de la santé puissent être correctement informés et instruits. Il faut, à cet égard, prévoir des dispositions spéciales pour la formation des travailleurs de la santé ruraux, incluant si possible les technologies de l'information. La formation continue doit contribuer au développement professionnel permanent.

## Systèmes de supervision et d'aiguillage

- ❖ **Supervision coopérative.** Le plan doit comprendre des mesures garantissant aux travailleurs de la santé une supervision pleinement coopérative. Ceci exige la présence de superviseurs bien formés et bien préparés. Le plan doit prévoir les ressources nécessaires à une supervision régulière, directement sur site si possible. La supervision coopérative est une manière de garantir la qualité des services
- ❖ **Lien avec les services de santé de niveau supérieur.** Le plan doit veiller à l'existence d'un système parfaitement fonctionnel, transparent et fiable, permettant aux travailleurs de la santé de diagnostiquer les besoins de santé des patients et de déterminer comment et vers quels services renvoyer les patients ayant besoin de soins plus spécialisés ou des services d'un expert. Cet aspect dépend des modèles de fourniture de services et du mélange de compétences existants, ainsi que de facteurs comme les transports et communications, qui ne ressortissent pas du plan pour la main d'œuvre de la santé, mais plutôt de la stratégie générale du secteur de la santé.

## Réembauche de travailleurs de la santé

- ❖ **Personnes au chômage et à la retraite.** Le plan doit identifier des mesures permettant la réintégration de travailleurs de la santé ayant quitté la pratique. On pense notamment aux personnes au chômage, sous-employées et retraitées et, le cas échéant, aux professionnels de la santé ayant émigré

## Préserver la qualité

- ❖ **Qualité de l'éducation.** Le renforcement de la formation pré-service imposé dans de nombreux pays doit s'accompagner de mesures visant à garantir la qualité de cette formation.
- ❖ **Réglementation du secteur privé.** Le plan doit prévoir la réglementation des prestataires de santé du secteur privé, pour garantir la qualité de leurs services.

## Application rapide

- ❖ **Mesures concrètes.** Le plan doit indiquer quelles mesures d'application précises doivent être prises et dans quels délais. Si le plan lui-même ne contient pas ces détails, un plan d'action distinct doit être préparé.
- ❖ **Évaluation des coûts.** Le plan doit être chiffré. Il peut prévoir plusieurs niveaux de coûts, au cas où des ressources externes indispensables ne seraient plus disponibles. Si plusieurs scénarios sont présentés, au moins l'un d'entre eux doit modéliser les ressources nécessaires à l'application intégrale du plan et à la réalisation complète des objectifs du plan. Tous les aspects du plan doivent être chiffrés, sauf si le plan est accompagné d'un plan d'action séparé, lui-même chiffré.

## PROCESSUS DE DÉVELOPPEMENT ET D'APPLICATION DU PLAN DE MAIN D'ŒUVRE POUR LA SANTÉ

### Participation

- ❖ **Participation large.** Le plan doit être préparé d'une manière véritablement participative et transparente. Il faut engager à cet égard la collaboration de toutes les parties concernées : organisations non gouvernementales, travailleurs de la santé, associations de patients / de consommateurs de services de santé, ainsi que des représentants de groupes souvent marginalisés : femmes, jeunes, migrants, réfugiés et personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays, patients affectés de handicaps physiques et mentaux, personnes vivant avec le VIH/sida, personnes pauvres, travailleurs du sexe et minorités sexuelles, ruraux. Cette participation doit influencer la mise au point du plan.
- ❖ **Collaboration multisectorielle.** Le plan doit être mis au point grâce à une collaboration multisectorielle, incluant en particulier les ministères de la santé, de l'éducation, des finances et de la fonction publique.

- ❖ **Communication avec les travailleurs de la santé.** Outre leur participation à la mise au point du plan, les travailleurs de la santé doivent être complètement informés de la manière dont ce plan les influencera ainsi que leur travail.

### Base de données probantes et flexibilité

- ❖ **Meilleures données probantes disponibles.** La planification doit tenir compte des meilleures données probantes disponibles. Les données probantes doivent inclure des informations sur la force de travail existante – effectifs, schémas migratoires, charges de travail – ainsi que sur le fardeau des maladies, notamment les tendances prévisibles en la matière et l’impact des problèmes émergents tel que le changement climatique. Les effets du VIH/sida doivent aussi être pris en compte : effets sur le personnel soignant, les charges de travail, les besoins en soins chroniques et les activités des travailleurs de la santé, en particulier.
- ❖ **Récolte des données probantes.** Le processus de planification doit intégrer des activités visant à récolter davantage de statistiques dans les domaines encore mal documentés.
- ❖ **Flexibilité.** Il faut prévoir des mécanismes permettant de réviser le plan si nécessaire. Le plan devra, en particulier, être ajusté en fonction de l’apparition de nouvelles données probantes.

### Contrôle et évaluation

- ❖ **Contrôle et évaluation.** Le plan doit intégrer un processus permettant de contrôler la mise en œuvre effective du plan, de déterminer les obstacles éventuels à cet égard, d’estimer l’efficacité du plan ou de ses composantes individuelles (par exemple : efficacité de la stratégie de rétention ?) et de déterminer comment le plan devrait être révisé dans le sens d’une amélioration de son efficacité, en vue de la réalisation des objectifs et l’amélioration de ses objectifs de santé.
- ❖ **Systèmes d’information.** Le plan doit renforcer le système d’information de santé existant s’il ne permet pas, en l’état, d’assurer le contrôle et l’évaluation. L’action doit viser à faire de ce système un élément à part entière du système de santé, capable de récolter les statistiques nécessaires à la mise en œuvre du plan.
- ❖ **Implication des organisations non gouvernementales et des travailleurs de la santé.** Les organisations non gouvernementales et les travailleurs de la santé doivent être sérieusement impliqués dans le processus de contrôle et d’évaluation. Des financements doivent être dégagés pour assurer la participation réelle des parties concernées, aussi bien dans l’étape initiale de planification que dans le contrôle et l’évaluation subséquents. Des personnes impliquées dans d’autres secteurs liés à la main d’œuvre de la santé, comme par exemple l’éducation et l’agriculture, doivent aussi être amenées à contribuer au contrôle et à l’évaluation.
- ❖ **Disponibilité et accessibilité.** Le plan doit être rendu public et accessible à toutes les personnes intéressées. Il doit être diffusé dans les médias et traduit dans les langues minoritaires.
- ❖ **Indicateurs du droit à la santé.** Le plan doit inclure des indicateurs et critères de comparaison relatifs au droit à la santé, permettant de contrôler la promotion effective, par le plan, des éléments fon-

damentaux de ce droit : disponibilité, accessibilité, acceptabilité et qualité des services de santé curatifs aussi bien que préventifs.

## Lien avec la stratégie générale de réponse aux besoins de santé de la population

**Liens entre la stratégie générale pour le secteur de la santé et le plan pour la force de travail.** Le plan relatif à la force de travail doit être harmonisé avec la stratégie générale de santé (par exemple plans stratégiques nationaux pour le secteur de la santé). Les améliorations apportées par ailleurs au secteur de la santé doivent être prises en compte, pour garantir que les travailleurs de la santé auront accès à la formation, aux modalités de supervision coopérative, aux systèmes d'aiguillage et aux médicaments, fournitures, équipements et autres outils dont ils auront besoin pour assumer efficacement leurs responsabilités. Les changements intervenant dans d'autres domaines de la santé doivent être intégrés au plan. Exemple : l'impact de l'introduction de la gratuité des soins sur l'utilisation des services de santé. Les priorités, objectifs et modèles de fourniture des services définis par les stratégies sectorielles influenceront aussi le plan pour la force de travail. Exemple : l'intégration des services de santé maximisera la capacité des travailleurs de santé à répondre aux besoins de santé des populations.

## Financement

Le plan pour la force de travail et la stratégie sectorielle générale devront être intégralement financés. Voici des références, stratégies et mesures à cet égard :

- ❖ **Augmentation de la part domestique des financements.** Le plan national sectoriel pour la santé doit bénéficier, autant que possible, de financements domestiques, en particulier au moins 15% du budget national, comme s'y sont engagés plusieurs gouvernements africains. Souvent, un financement international sera nécessaire pour compléter les ressources domestiques. Cependant, l'augmentation du financement domestique est une condition nécessaire du financement intégral du plan pour la force de travail et de la stratégie sectorielle nationale. L'augmentation de la part domestique du financement ne doit pas résulter de l'application de stratégies inéquitables restreignant l'accès aux services de santé, comme par exemple l'imposition d'une taxe pour le recours aux services de santé de base. Des mécanismes financiers durables doivent permettre à toute personne, notamment pauvre, d'avoir recours à des services de santé de qualité.
- ❖ **Financement international.** Les États doivent coordonner les stratégies sectorielles et le financement domestique avec les financements octroyés par les partenaires au développement bilatéraux et multilatéraux (par exemple le Fonds mondial, GAVI). Les partenaires au développement doivent, de leur côté, s'engager à accorder des financements prévisibles, à long terme, ancrés dans les stratégies nationales de santé, adaptés aux ressources disponibles localement et suffisants pour assurer la réalisation effective des stratégies de la main d'œuvre et du secteur de la santé. Les partenaires au développement doivent en outre s'engager à couvrir les dépenses courantes.
- ❖ **Politiques macroéconomiques.** Le plan doit être mis au point en même temps qu'une réévaluation des politiques macroéconomiques existantes (plafonnements salariaux, objectifs de déficit, maîtrise de l'inflation) qui risquent de contraindre inutilement la marge de manœuvre financière des autorités, limitant ainsi les investissements et dépenses nécessaires de ressources domestiques et extérieures.

Les statistiques de croissance montrent que nombre de mesures sont compatibles avec la stabilité macroéconomique. Les révisions des politiques macroéconomiques nationales doivent mettre en évidence les mesures alternatives possibles et inclure une évaluation impartiale des risques et avantages de chaque option. Les États doivent retenir les mesures leur permettant de préserver la stabilité macroéconomique tout en procédant aux investissements nécessaires dans la santé, l'éducation et les autres secteurs requis pour réaliser les OMD et remplir les obligations nationales en matière de droits de l'homme. La société civile doit participer activement à ces débats.

Initiative de sensibilisation du Groupe de travail sur la main d'œuvre pour la santé (HWA1)

Site Internet: <http://www.healthworkforce.info>