

Rétention du personnel de santé dans les contextes aux ressources modiques: défis et réponses

Fatu Yumkella, IntraHealth International

Le problème de la faible rétention

Le nombre d'agents de santé employés est un indicateur de la capacité d'un pays à répondre aux besoins de soins de santé de sa population, surtout ceux les plus pauvres et les plus vulnérables. Les pays aux ressources limitées engagés à atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement font face à une réalité où les pénuries et la distribution inégale du personnel soignant limitent nettement leur capacité à endiguer la pandémie du VIH/SIDA et la réapparition de la tuberculose et du paludisme. Ces pénuries de personnel sont dues à trois facteurs: 1) diminution du nombre d'étudiants dans les établissements d'enseignement des sciences de la santé, 2) retards ou gels du recrutement de professionnels qualifiés, et 3) rotation élevée parmi ceux qui ont déjà trouvé un emploi.

Les responsables et les organismes de soins de santé prêtent une attention croissante au problème de la faible rétention, reconnaissant que ces pertes sont onéreuses, qu'elles se répercutent négativement sur la continuité des soins et poussent à la rétention des employés restants sous le coup du stress et de l'épuisement suite au surcroît de travail qui leur est imposé. Ce résumé technique, s'inspirant d'un vaste examen de la littérature, se penche sur les défis et les réponses en ce qui concerne la rétention du personnel soignant, notamment les causes de la rotation, les mesures pour y remédier et les données récentes sur les diverses approches face à la rétention. Le résumé envisage essentiellement ce problème dans le contexte de l'Afrique subsaharienne.

Taux de rotation et postes vacants

Le taux de rotation et de vacance est un indicateur utilisé couramment pour saisir le recrutement et la rétention. Le taux de vacance est la mesure dans laquelle une organisation compte des positions non pourvues (Buchan et Calman, 2004) et la cause peut être liée à des facteurs tant internes qu'externes. En général, les données sur la circulation des agents de santé dans les pays en développement sont incomplètes et inexactes et ne permettent pas une mesure précise des taux de rotation ou de vacance. Et pourtant, les données qui sont disponibles indiquent qu'un grand nombre de pays de l'Afrique subsaharienne connaissent des taux de vacance élevés. Une croissance de tels taux sur la durée reflète toujours une rotation élevée.

Causes de la rotation

Il est important, pour les responsables et les organismes de santé de comprendre les caractéristiques des agents susceptibles de se déplacer dans le système, les modes de ce mouvement—dans le pays ou vers d'autres pays—et les raisons pour lesquelles les agents décident de partir, car ce n'est qu'ainsi qu'ils

seront équipés pour enrayer une rotation incontrôlée. La tendance à la hausse dans la migration vers d'autres pays est préoccupante car ces pertes amenuisent la force de travail d'un pays et affaiblissent la capacité du système de santé qui se trouve davantage démunie pour faire face aux problèmes prioritaires. Une compensation financière insuffisante et des conditions de travail guère satisfaisantes sont parmi les principaux facteurs poussant les agents d'un secteur à l'autre et au-delà des frontières (Buchan et Calman, 2004, Schrecker et Labonte, 2004, Vujicic et al, 2004).

Compensation financière insuffisante: Souvent, les agents de santé sont prêts à quitter leur poste s'ils sont mieux payés ailleurs. La tendance est la suivante: les agents cherchent un travail mieux rémunéré, non seulement dans les pays développés, mais également dans les pays moins pauvres de leur région. Des médecins du Ghana et de la Zambie qui sont partis vers les Etats-Unis peuvent espérer gagner jusqu'à 20 fois plus (Vujicic et al, 2004), alors que des médecins moins expérimentés de ces pays peuvent gagner cinq fois plus en allant travailler au Lesotho, au Botswana ou en Afrique du Sud (Schrecker et Labonte, 2004). La migration vers d'autres pays en quête d'un meilleur salaire explique probablement en grande partie la situation de la Zambie où seuls 50 des plus de 600 diplômés des sciences médicales, formés entre 1997 et 2000 travaillaient encore dans le secteur public du pays en 2000 (Schrecker et Labonte, 2004). Le salaire vient au premier rang de tous les autres facteurs lorsqu'on demande aux professionnels de santé ce qui les encouragerait à rester dans leur pays natal. La majorité d'entre eux au Cameroun (68%), au Ghana (81%), en Afrique du Sud (78%) et en Ouganda (84%) ont indiqué que de meilleures échelles salariales seraient effectivement une bonne raison de rester (Vujicic et al, 2004).

Des conditions de travail guère satisfaisantes: Par ailleurs, un grand nombre d'études ont montré que la compensation financière à elle seule n'explique pas les décisions de partir (Buchan et Calman 2004, Vujicic et al, 2004). Par exemple, les professionnels de la santé en Afrique du Sud sont bien plus susceptibles de traverser la frontière que les professionnels ougandais, bien que le salaire soit plus faible en Ouganda (Lehmann et Sanders, 2004). La rotation est souvent influencée par le mécontentement face à une ou plusieurs caractéristiques de l'environnement de travail, par exemple:

- Détérioration des conditions de vie et de travail (Lehmann et Sanders, 2004, Vujicic et al, 2004)
- Faibles structures de gestion de la performance, du leadership et de la supervision (Huddart et Picazo, 2003)

Postes vacants

- **Afrique du Sud: Un tiers de tous les postes de santé publique ne sont pas pourvus (Lehmann et Sanders, 2004).**
- **Malawi: Taux de vacance de 36% pour les médecins dans le service public (Schrecker et Labonte, 2004).**
- **Ghana: Le taux de vacance pour les infirmiers a doublé, passant de 28% à 57%, de 1998 à 2002 (Buchan et Dovlo, 2004).**

"Jamais je n'aurais cru être une de ces infirmières qui partent. J'ai critiqué un grand nombre de mes collègues quand elles sont parties. Puis, j'ai bien dû constater que, pour nous autres qui étions restées, le travail devenait de plus en plus lourd. Dans mon hôpital, nous avons une infirmière pour 18 lits; nous avons environ 500 patients dans les consultations externes par jour et seulement 14 à 15 infirmières dans ce service. Comment donner de bons soins dans de telles conditions? Et en plus, les infirmières sont constamment harcelées et critiquées."—Infirmière d'Afrique du Sud qui est partie pour les Etats-Unis, 2000 (Naidoo, 2000)

"Le manque d'équipement et le manque de médicaments est frustrant et déprimant. Vous ne pouvez pas faire un bon travail. Je suis en quête d'idéal mais dans des conditions pareilles, il est difficile d'atteindre mon but."—Médecin africain de 28 ans travaillant dans le secteur public, 2003 (Mathauer et Imhoff, 2003)

- Inadéquation de l'équipement et des fournitures (Mathauer et Imhoff, 2003)
- Manque de reconnaissance pour un travail bien fait (Naidoo, 2000)
- Stress suite à un surcroît de travail (Mathauer et Imhoff, 2003, Naidoo, 2000)
- Questions liées au genre, notamment harcèlement sexuel et discrimination à l'égard des femmes (Standing, 2000, Standing et Baume, 2000)
- Perspectives de développement professionnel et de promotion limitées (Buchan et Dovlo, 2004)
- Inquiétudes en rapport aux facteurs de risques, à la protection et aux soins contre le VIH/SIDA (Schrecker et Labonte, 2004, Standing, 2000, CRHCS, 2004)

Comment peut-on endiguer la rotation?

Les responsables et les organisations de soins de santé ont essayé diverses approches pour retenir des employés estimés en faisant appel à des incitations financières et à d'autres dispositifs, notamment en traitant les questions relatives au genre et les préoccupations de sécurité.

Incitations financières: Il existe des exemples, même s'ils sont relativement peu nombreux, sur l'utilisation des incitations financières pour traiter la situation des bas salaires dans les pays où les ressources sont limitées. Le Ministère de la Santé en Afrique du Sud a introduit, en 2003, une allocation spéciale pour "manque de compétences dans les zones rurales" cherchant ainsi à freiner l'exode d'agents de santé qui choisissent de travailler dans d'autres pays (Lehmann et Sanders, 2004). En 2000, le Ghana a adopté le plan des Allocations pour Heures supplémentaires afin d'endiguer la vague de médecins partant vers d'autres pays (Dovlo et Martineau, 2004). La proposition réussie de la Zambie, présentée au Fonds mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme (série 4), a permis au gouvernement de subventionner les salaires d'environ 50% des 972 médecins et responsables cliniques et 4 292 infirmières, comme mesure de motivation pour le personnel soignant de sorte à atteindre les objectifs d'expansion du traitement antirétroviral (TAR).

Incitations non financières: Sachant combien il est difficile de fournir des incitations financières, les gouvernements, dans certains pays aux ressources limitées, ont étudié d'autres approches pour offrir des avantages en nature aux professionnels de la santé. Le Malawi est parmi les quelques pays de l'Afrique subsaharienne qui offrent des facilités de logement (Huddart et Picazo, 2005). Le Ghana met des voitures à la disposition de médecins membres de l'association médicale (Buchan et Dovlo, 2004). Une initiative d'amélioration professionnelle en Tanzanie a cherché à relier les bonnes pratiques de bonne gestion, la satisfaction et la rétention du personnel et deux districts ont reçu un soutien dans le cadre du Projet de Santé essentielle de la Tanzanie (TEHIP) qui leur a permis d'installer des radios dans des établissements choisis pour améliorer la communication et diminuer le temps de déplacement (De Savigny et al, 2004). Le Swaziland et le Malawi ont répondu aux plaintes selon lesquelles les médecins avaient davantage de possibilités d'avancement en modifiant les plans de carrière de l'ensemble du personnel (Dovlo et Martineau, 2004). L'Association médicale du Ghana met en œuvre des propositions pour une formation médicale

plus courte permettant de fournir des possibilités de promotion et d'encourager ainsi la rétention (Dovlo, 2004). La Namibie a adopté un cadre complet de politiques et de lois en vue de lutter contre la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH/SIDA sur les lieux du travail (FHI, 2005).

De nouvelles approches de rétention

La littérature examinée dans ce résumé contient un bon nombre d'approches proposées pour améliorer la rétention et des exemples d'approches utilisées à cette fin. Toutefois, peu d'entre elles ont été évaluées et les données sur les variables influençant la rétention demeurent anecdotiques. Une étude faite dans de multiples pays par la GTZ indique que les formations de remise à niveau ont encouragé la rétention en Zambie, alors qu'en Ethiopie, une formule combinant une éducation continue, des possibilités de logement et l'adoption de structures professionnelles claires a, semble-t-il, permis d'améliorer la satisfaction et la rétention du personnel (Mathauer et Imhoff, 2003). D'après les premiers résultats, un plus grand nombre de professionnels de la santé modifieront probablement leur plan de carrière et resteront à leur poste grâce au plan "manque de compétences dans les zones rurales" de l'Afrique du Sud (Lehmann et Sanders, 2004). Des chercheurs ont conclu que l'Allocation des Heures supplémentaires au Ghana a ralenti la migration des médecins vers d'autres pays et a poussé davantage de médecins du secteur privé vers le secteur public (Dovlo et Martineau, 2004). En Ouganda, on pense que les organisations privées à but non lucratif perdent des prestataires au profit du secteur public vu les salaires plus élevés dans ce secteur (Capacity Project, 2005). Une étude ciblant les agents de santé au niveau inférieur du système dans l'état de Gongola, au Nigeria, fait ressortir clairement le lien entre la compensation financière, la motivation et la rétention. En effet, les agents de santé communautaires de sexe masculin avec un salaire relativement plus élevé restaient en moyenne 3,25 ans comparé à deux ans pour les agents de sexe masculin avec un salaire plus faible (Bhattacharyya et al, 2001).

Conclusions

Si la littérature présente des exemples étayés par des faits sur l'ampleur et les causes de la rotation, on manque pourtant d'information factuelle sur des approches éprouvées permettant d'améliorer la rétention. Néanmoins, les indices nous montrent que les responsables et les organisations de soins de santé devraient s'attacher à trois domaines—la compensation financière, l'amélioration du contexte de travail et les stratégies pour gérer la migration—lorsqu'ils décident de l'approche ou de la combinaison d'approches qui aura le plus grand impact sur le maintien d'un personnel qualifié.

Compensation financière: La littérature nous montre que les solutions à la rétention dans les pays aux ressources modiques doivent viser le problème des faibles salaires pour atteindre les buts de santé. Le sceptique nous dira, "Comme si on ne l'avait pas déjà essayé" ou "Et comment rester alors viable dans le long terme?" La Zambie nous montre une nouvelle tendance chez les bailleurs de fonds qui commencent à financer partiellement les salaires en plus des activités techniques et de formation. En ce qui concerne la question de la viabilité, l'OMS a proposé qu'une proportion de tout le financement des bailleurs de fonds soit octroyée au personnel soignant sans aucune stipulation quant à la manière dont les fonds

seront dépensés (OMS, 2004). Les pays auraient donc le choix pour dépenser une partie de ces crédits pour les majorations salariales.

Amélioration du contexte de travail: Les solutions à la rétention doivent également chercher à améliorer et à valoriser le contexte de travail car le mécontentement professionnel est un des facteurs poussant le personnel à quitter son travail. La littérature nous montre que les agents de santé sont bien plus susceptibles de rester avec des organisations qui leur donnent une plus grande satisfaction professionnelle. En voici des exemples:

- Incitations non financières (logement, possibilité de formation)
- Possibilités d'avancement et de promotion
- Environnement de travail constructif, notamment grâce à une supervision constructive
- Stratégies pour traiter les questions liées au genre et les problèmes de préoccupations liés à l'infection du VIH/SIDA.

Manquant de ressources, un grand nombre de responsables et d'organisations de soins de santé devront choisir d'abord des domaines susceptibles d'apporter des résultats rapides et durables. Dans les pays développés, on insiste davantage sur les approches de rétention visant à valoriser et à soutenir les employés. Par exemple, le personnel interrogé dans 240 organisations des Etats-Unis indique que "la confiance et le soutien du superviseur" est le facteur déterminant qui les pousse soit à rester soit à partir (Levin et Thornton, 2003). La politique organisationnelle de Sunderland, au Royaume-Uni, prévoyant des congés spéciaux, des pauses carrière et des horaires aménagés semble avoir permis de réduire l'absentéisme et d'augmenter le nombre d'infirmières qui décident de continuer à travailler après avoir fondé une famille (Standing et Baume, 2000).

Comment endiguer la vague d'exode vers d'autres pays: Les gouvernements seraient avisés de combiner des politiques de rétention aux politiques qui atténueront l'effet de la rotation, surtout de l'exode vers d'autres pays. De telles politiques portent sur divers aspects: 1) composition d'un personnel de sorte à réduire la dépendance face aux agents plus susceptibles de partir, 2) service communautaire obligatoire et bien géré et plan lié aux incitations, 3) arrangements contractuels novateurs dont "les détachements" qui se convertiront en gain financier pour les employés estimés et 4) approches créatives visant à améliorer la productivité du personnel actuel s'avérant nettement moins chères que d'avoir constamment à recruter, à préparer et à répartir les nouveaux prestataires (Buchan et Dovlo, 2004, Dovlo et Martineau, 2004, Dovlo, 2004).

Les pays en développement qui prévoient d'introduire ou de renforcer des approches de rétention du personnel peuvent utiliser les informations en:

- Réunissant des données auprès des agents existants ainsi que de ceux qui sont partis vers d'autres secteurs pour déterminer quels sont les facteurs qui poussent les agents à prendre la décision de partir
- Concevant des approches de rétention en fonction des données collectées
- Suivant les approches de rétention qui réussissent le mieux par l'intermédiaire systèmes de monitoring et d'évaluation efficaces

Approches de rétention et approches face à la migration—Exemples de cas en Afrique subsaharienne

Approches de rétention

Incitations financières

- **Zambie:** Augmentation de salaire pour les médecins, les techniciens de laboratoire et les infirmiers pour renforcer l'expansion des ARV (Fonds mondial, 2005)
- **Ethiopie:** Augmentation des indemnités journalières (Fonds mondial, 2005)
- **Namibie:** 30% d'heures supplémentaires pour les infirmières et prime généreuse en fin de service (Martineau, 2002)
- **Ghana:** Allocation pour heures supplémentaires pour les médecins (Dovlo et Martineau, 2004)
- **Afrique du Sud:** Allocations spéciales pour combler le manque de compétences en zones rurales (Lehmann, 2004).

Incitations non financières

- **Zambie:** Recyclage (Mathauer et Imhoff, 2003)
- **Ethiopie:** Combinaison d'éducation continue, de logement et structures claires de carrières (Mathauer et Imhoff, 2003)
- **Tanzanie:** Amélioration des communications et des modes de transports entre établissements (DeSavigny, 2004)
- **Botswana, Namibie:** Ensemble d'avantages pour les infirmières, notamment logement, prêts pour voiture et allocation médicale (Martineau, 2002)
- **Ghana:** Programme de prêts pour voiture et logement pour les professionnels en milieu rural (Dovlo et Martineau, 2004).

Possibilités d'avancement

- **Ghana:** Programme de formation post-universitaire de deux ans (Dovlo et Nyontor, 1999)
- **Ghana, Namibie:** Critères plus souples de promotion (Huddart, 2003)
- **Swaziland, Malawi:** Amélioration des possibilités d'avancement pour tout le personnel soignant (Dovlo et Martineau, 2004).

Sécurité sur les lieux du travail, soins liés au VIH/SIDA

- **Namibie:** Renforcement des capacités des ONG locales et institutions fournissant des soins sur les lieux de travail liés au VIH/SIDA pour les secteurs privé, public, état et collectivités locales (FHI, 2005)
- **Tanzanie:** Programme d'accession limitée à la propriété introduit par Kahama Mining Corporation pour diminuer le comportement à risques résultant de la séparation avec la famille (OMS, 2003).

Approches pour gérer la migration

Nouvelles compositions du personnel

- **Tanzanie:** Assistants à tous les niveaux formés pour réaliser la contraception chirurgicale volontaire effectuée uniquement par les médecins auparavant (Dovlo, 2004)
- **Kenya:** Assistants à tous les niveaux, y compris dans les dispensaires (Dovlo, 2004)
- **Afrique du Sud:** Equipe chargée de formuler des directives pour le programme des Assistants Médecins (Lehmann et Sanders, 2004)
- **Afrique du Sud:** Suggestion pour augmenter la proportion d'étudiants noirs en médecine moins susceptibles d'émigrer (Dovlo et Martineau, 2004).

Services communautaires et/ou service obligatoire

- **Ghana:** Proposition pour réintroduire des services obligatoires de trois à cinq ans pour les médecins (Dovlo, 2003)
- **Afrique du Sud:** Un an de service communautaire obligatoire pour les médecins et les dentistes après l'achèvement de la formation (Reid, 2003).

Arrangements contractuels novateurs

- **Afrique du Sud:** Dans le cadre d'un accord entre l'Afrique du Sud et le Royaume-Uni, les professionnels de l'Afrique du Sud travaillent dans le service national de la santé du Royaume-Uni et le personnel du Royaume-Uni est affecté dans les zones rurales de l'Afrique du Sud (Braine, 2005)
- **Zambie:** A étudié la séparation entre la commission de la santé et la fonction publique pour que le personnel puisse être recruté dans le cadre de contrats renouvelables, permettant des salaires plus élevés (Huddart, 2003)
- **Ghana:** Permet aux pharmaciens du secteur public de travailler pour le secteur privé à but lucratif (Dovlo et Martineau, 2004).

Si vous cherchez des informations sur les RHS et ses différents outils ou que vous voulez partager vos connaissances et nous donner vos contributions, rendez-vous au Centre de Ressources RHS. Pour les personnes qui travaillent aux niveaux national ou mondial, le Centre de Ressources RHS fournit des informations visant à:

- Améliorer la planification stratégique et la prise de décisions
- Enrichir vos comptes rendus et vos présentations
- Soutenir l'action en faveur des RHS
- Améliorer le développement professionnel
- Gagner du temps.



The Capacity Project
 IntraHealth International, Inc.
 6340 Quadrangle Drive
 Suite 200
 Chapel Hill, NC 27517
 Tel. (919) 313-9100
 Fax (919) 313-9108
 info@capacityproject.org
 www.capacityproject.org

Les opinions exprimées dans cette publication ne reflètent pas nécessairement celles de l'Agence des États-Unis pour le Développement international ou du Gouvernement des États-Unis.

Sources

1. Bhattacharyya K, Winch P, LeBan K, Tien M. Community health worker incentives and disincentives: how they affect motivation, retention and sustainability. Arlington, VA: Basics II 2001.
2. Braine T. Efforts underway to stem brain drain of doctors and nurses. *Bulletin of the World Health Organization* 2005;83(2):84-7. Available: <http://www.who.int/bulletin/volumes/83/2/en/index.html>
3. Buchan J, Calman L. The global shortage of registered nurses: an overview of issues and actions. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses (ICN), 2004. <http://www.icn.ch/global/shortage.pdf>
4. Buchan J, Dovlo D. International recruitment of health workers to the UK: a report for DFID. London: DFID Health Systems Resource Centre, 2004.
5. Capacity Project Uganda Strategy Development Team Briefing, 2005.
6. CRHCS. Challenges facing the Malawian health workforce in the era of HIV/AIDS. Arusha, Tanzania: CRHCS (Commonwealth Regional Health Community Secretariat for East, Central and Southern Africa), 2004. Available: <http://www.crhcs.or.tz/>
7. CRHCS. Challenges facing the Kenyan health workforce in the era of HIV/AIDS. Arusha, Tanzania: CRHCS (Commonwealth Regional Health Community Secretariat for East, Central and Southern Africa), 2004. Available: <http://www.crhcs.or.tz/>
8. De Savigny D, Kasale H, Mbuya C, Reid G. Fixing health systems: the issue, the research, the lessons. Ottawa, Canada: IDRC, 2004.
9. Dovlo D. Health sector reform and deployment, training and motivation of human resources towards equity in health care: issues and concerns in Ghana. *Human Resources Development Journal* 1998(2)1. Available: http://www.moph.go.th/ops/hrdj/Hrdj_no3/manila6.doc
10. Dovlo D, Martineau T. A review of the migration of Africa's health professionals. JLI Working Paper 4-4. Joint Learning Initiative, Global Health Trust, 2004. Available: <http://www.globalhealthtrust.org/doc/abstracts/WG4/DovloMartineauFINAL.pdf>
11. Dovlo D. The brain drain and retention of health professionals in Africa. A case study prepared for the Regional Training Conference: Improving Tertiary Education in Sub Saharan Africa: Things That Work; 22-25 Sep 2003; Accra, Ghana.
12. Dovlo D. Using mid-level cadres as substitutes for international mobile health professionals in Africa: a desk review. *Human Resources for Health* 2004;2:7. Available: <http://www.human-resources-health.com/content/2/1/7>
13. Dovlo D, Nyontor F. Migration of graduates of the University of Ghana Medical School: a preliminary rapid appraisal. *Human Resources for Health Development Journal* 1999;3(1). Available: http://www.who.int/hrh/en/HRDJ_3_1_03.pdf
14. FHI (Family Health International). Namibia HIV/AIDS Workplace Program: targeting the workplace through capacity building for local NGOs (website). Accessed 29 Jul 2005 at: http://www.fhi.org/en/HIV/AIDS/country/Namibia/res_namibiaworkplaceprograms.htm
15. Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, Round 5 Proposal guidelines
16. Huddart J, Picazo O. The health sector human resource crisis in Africa: an issues paper. Washington, DC: SARA Project, AED; USAID, 2003.
17. Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector. Workplace violence in the health sector. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2003.
18. Lehmann U, Sanders D. Human Resources for Health in South Africa. Background and overview paper for JLI National Consultation; 3-4 Sep 2004; Cape Town, South Africa.
19. Levin B, Thornton D. Four factors that predict turnover. Sterling, VA: HumanR, 2003.
20. Mathauer I, Imhoff I. Staff motivation in Africa: the impact of non-financial incentives and quality management tools: a way to retain staff. Eschborn, Germany: GTZ, 2003. Available: <http://www2.gtz.de/migration-and-development/download/documentation2-en.pdf>
21. Martineau T, Decker K, Budred P. Briefing note on international migration of health professionals: leveling the playing field for developing countries. Liverpool, UK: Health Sector Reform Research Work Programme, Liverpool School of Tropical Medicine (LSTM), 2002.
22. Ministry of Health, Malawi. Malawi National Health Plan 1999-2004: health sector human resource plan. Malawi, 1999.
23. Naidoo N. South Africa is losing hundreds of nurses each year. *Natal Witness*. 24 May 2000.
24. Reid S. Community Service for Health Professionals. In: Ijumba P, Ntuli A, Barron P, eds. *South Africa Health Review* 2002. Durban, South Africa: Health Systems Trust (HST), 2003.
25. Schrecker T, Labonte R. Taming the brain drain: a challenge for public health systems in southern Africa. *International Journal of Occupational and Environmental Health* 2004;10:409-415.
26. Standing H. Gender—a missing dimension in human resource policy and planning for health reforms. *Human Resources For Health Development* 2000(4)1:27-42.
27. Standing H, Baume E. Equity, equal opportunities, gender and organization performance. Workshop on Global Health Workforce Strategy; 9-12 Dec 2000; Annecy, France.
28. Vujcic M, Zurn P, Diallo K, Adams O, Dal Poz MR. The role of wages in the migration of health care professionals from developing countries. *Human Resources For Health* 2004;2(1):3. Available: <http://www.human-resources-health.com/content/2/1/3>
29. World Health Organization. Human resource for health: toolkit for planning training and management. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2005.
30. World Health Organization. International migration health and human rights. Health and Human Rights Publication Series, Issue No 4. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2003. Available: http://www.who.int/hhr/activities/en/intl_migration_hhr.pdf
31. World Health Organization. Human resources in health: report by the Secretariat for the Executive Board 114th session. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2004.

Les partenariats du Capacity Project



INTRAEHEALTH
INTERNATIONAL



JHPIEGO An Affiliate of
Johns Hopkins University
A GLOBAL LEADER IN IMPROVING HEALTH CARE FOR WOMEN AND FAMILIES



A catalyst for global health



IMA ADVANCING HEALTH & HEALING
THE WORLD OVER
WORLDHEALTH



LATH
LIVERPOOL ASSOCIATES
IN TROPICAL HEALTH



MSH MANAGEMENT SCIENCES for HEALTH
a nonprofit organization strengthening health programs worldwide

