

Rétention des prestataires au sein des ressources humaines pour la santé : Amorcer et suivre le changement

Fatu Yumkella, IntraHealth International

Contexte

Dans la crise que traversent les ressources humaines pour la santé (RHS), la fidélisation du personnel constitue toujours un aussi grand défi. On observe, d'ailleurs, un soutien croissant et généralisé aux initiatives ayant pour but d'attirer et de retenir les travailleurs qualifiés, en particulier dans les zones rurales. Pourtant, les facteurs influant sur les décisions des agents sanitaires de quitter les campagnes appauvries au profit des zones urbaines plus riches et mieux équipées et de migrer de pays à faibles revenus vers d'autres nations proposant des salaires plus compétitifs demeurent complexes (Stilwell, 2008). D'autre part, les données dont nous disposons montrent invariablement que le personnel de santé est près à partir en raison du salaire dérisoire qu'il perçoit, du manque de perspectives en termes de pratique et d'éducation s'offrant à lui, des piètres conditions de travail et de vie qu'il doit endurer et de l'insuffisance des équipements sociaux avec laquelle il doit composer (Yumkella, 2005 ; Lehmann et al, 2008 ; Dieleman et Harnmeijer, 2006).

Pour aider les praticiens en RHS à relever le défi posé par la rétention du personnel, le Capacity Project a sélectionné des informations issues de diverses publications dans le but de rédiger un document de référence (Yumkella, 2005) ainsi qu'un résumé technique (Yumkella, 2006). L'objectif de la présente publication sera de mettre à jour les contributions ayant été effectuées de 2005 à 2008 en matière de fidélisation des employés et d'en faire le bilan.

Comprendre les facteurs de rétention : Expériences menées dans plusieurs pays

En comprenant les raisons qui poussent un travailleur à accepter un poste et à y rester, en particulier dans les zones les plus reculées, les responsables en RHS sont à même de prendre des décisions plus éclairées et fondées sur des données lorsqu'ils conçoivent des stratégies de fidélisation. Cependant, les décideurs politiques les plus hauts placés doivent avoir connaissance d'informations plus tangibles, par le biais d'évaluations, afin de prendre des dispositions qui permettront de mieux doter les systèmes de santé en effectifs et de redonner le moral aux employés. Dans cette section, nous nous intéresserons aux principales découvertes effectuées suite aux évaluations conduites dans trois pays.

Grogne grandissante des agents sanitaires ougandais

En 2006, le Ministère de la Santé et ses partenaires ont mené une étude sur la satisfaction professionnelle au sein d'un établissement représentatif du reste du pays. Celle-ci a révélé un certain malaise. En effet, seule la moitié des professionnels interrogés appartenant au secteur public et au secteur privé à but non lucratif (PBNL) (Commissions médicales catholiques et protestantes d'Ouganda), s'est

déclarée satisfaite de son travail. Des niveaux de mécontentement plus élevés ont été enregistrés plus fréquemment dans le secteur PBNL que dans le secteur public, alors que l'insatisfaction était la plus palpable parmi les médecins œuvrant dans le PBNL et chez les moins de 30 ans. Il est pourtant surprenant de constater que, bien que le moral soit au plus bas, la stabilité et la longévité au travail demeurent élevées. Plus de 80% des professionnels qualifiés interrogés en étaient toujours à leur première affectation et près de la moitié d'entre eux affirmait son intention d'y être maintenue indéfiniment, alors que plus de la moitié des médecins (57%) exprimait une forte volonté de partir au bout de deux ans. Par ailleurs, les professionnels qualifiés jugeaient leur compensation salariale insuffisante et injuste et affichaient un certain dépit à l'idée de travailler dans des environnements dépourvus d'équipement et de médicaments, en demeurant confrontés à une charge de travail ingérable, tout en ne disposant que d'un nombre limité de stratégies visant à réduire les risques sanitaires encourus (Ministère ougandais de la Santé et Capacity Project, 2007). Dans la mesure où la relation entre l'intention de partir et un départ effectif n'est pas clairement établie, il est difficile, à partir de cette étude, de tirer des conclusions sur les facteurs de rétention et leur lien avec la rotation des effectifs. Malgré tout, le gouvernement ougandais ne peut ignorer les répercussions à plus grande échelle de la grogne grandissante dans le secteur de la santé. En effet, le mécontentement des travailleurs pourrait avoir un impact négatif sur le climat de travail si le malaise venait à gagner les personnes prêtes à se démettre en dépit d'un contexte aussi délicat. D'un extrême à l'autre, les professionnels dévoués ne supportant plus leurs conditions de travail exécrables pourraient être tentés de changer d'horizon.

Conditions d'emploi en Tanzanie

Un passage en revue de différentes publications ayant trait aux facteurs de rétention du personnel de santé en Tanzanie (Yumkella et Swai, 2007) a montré qu'il existait un nombre important de postes vacants en milieu rural et que beaucoup d'emplois destinés aux cliniciens, aux assistants médicaux et aux infirmiers restaient à pourvoir. Pourtant, moins de la moitié des étudiants en dernière année de médecine (48,7%) avait l'intention de postuler à un emploi en zone rurale ou d'en accepter un, bien que la plupart d'entre eux ait grandi dans ces régions. L'étude de ces documents a également révélé que des conditions de travail défavorables constituent un facteur incitant les prestataires à ne pas accepter de tels postes (attraction) et conduisant ceux l'ayant déjà fait à considérer un éventuel départ (rétention). Comme en Ouganda, les agents sanitaires tanzaniens ont fait part de leur mécontentement au regard des bas salaires, des responsabilités écrasantes qui leur incombent dans un environnement de travail délicat,

Les décideurs politiques doivent avoir connaissance d'informations plus tangibles, par le biais d'évaluations, afin de prendre des dispositions qui permettront de mieux doter les systèmes de santé en effectifs et de redonner le moral aux employés.

Les dérivés des primes de rendement

Ghana : Il arrive que des projets aux intentions louables aient des répercussions négatives. En 1998, au terme de négociations visant à prévenir les grèves dans le secteur de la santé, le Ghana a introduit le dispositif ADHA (une allocation pour les heures supplémentaires). Le but était d'offrir une compensation financière aux médecins, en particulier les internes des hôpitaux travaillant un plus grand nombre d'heures. Ce dispositif s'est rapidement étendu au reste des agents sanitaires. En l'espace de quelques années, cette initiative a permis d'augmenter le salaire net de 75% à 150 %, en fonction de la catégorie des prestataires et de leur lieu d'affectation. Alors que les données initiales semblaient démontrer que l'ADHA endiguait l'exode des médecins, cette tendance ne s'est pas maintenue. Cependant, l'application de l'ADHA s'est bel et bien traduite par une augmentation du nombre de transferts de travailleurs affectés dans les zones rurales vers les régions urbaines dans lesquelles ces allocations s'obtenaient plus facilement. De même, plutôt que de contenir les actions revendicatives ou d'apaiser les syndicats, ce dispositif a généré de nouveaux mouvements de grève dans le secteur de la santé publique. Un tel phénomène s'explique par le fait que le versement de l'ADHA était perçu comme une augmentation ou un droit et non comme le paiement d'heures supplémentaires effectives et approuvées. Pour finir, l'imposition de plafonds par le gouvernement et les retards dans le versement des paiements ont provoqué l'ire des associations syndicales et ont été à l'origine d'actions revendicatives dans le secteur de la santé (Ruwoldt et al, 2007).

Burkina Faso : Il est important de prendre en compte le point de vue des travailleurs dès lors qu'on détermine la nature et les différents barèmes d'une prime leur étant destinée. Dans cette optique, le gouvernement burkinabé a mis sur pied un système de subvention subdivisé en plusieurs catégories (poste, logement, heures supplémentaires, travail de nuit et risque encouru) allant de 46 à 245 dollars USD en fonction des catégories de prestataires et des conditions de travail. Toutefois,

suite

des perspectives de formation limitées et du mode de supervision inadéquat dispensé par leurs supérieurs hiérarchiques directs.

Sécurité de l'emploi au Libéria

La crise des RHS que connaît le Libéria est l'exemple même d'une situation post-confliktuelle dans laquelle le personnel souffre de déséquilibres numériques et géographiques combinés à un manque de compétences. Amputé d'un grand nombre de prestataires suite à la guerre, le système de santé a également vu beaucoup d'agents sanitaires en quête de sécurité migrer vers des lieux plus sûrs. De même, nombreux sont les prestataires restés au Libéria à s'être déplacés vers des zones plus sûres, causant ainsi une concentration disproportionnée de la population dans les zones urbaines. Les professionnels les plus qualifiés trouvant des débouchés à l'étranger ont quitté le pays, provoquant ainsi une pénurie de personnel qualifié (Ministère de la Santé libérien, 2006). Les rares à être restés au service des populations rurales ont dû s'attaquer à davantage de cas, ce qui les a souvent conduits à l'épuisement. Qui plus est, les prestataires ayant participé à une rapide étude d'évaluation en 2006 étaient préoccupés par la forte proportion de travailleurs (plus de 80% d'après les personnes interrogées) dispensant des soins sans pour autant être comptabilisés dans les effectifs du gouvernement. Les employés des organisations non gouvernementales (ONG) ont, de leur côté, fait part de leur inquiétude quant au chômage qui les guette ; une appréhension justifiée par un éventuel départ de celles-ci dès lors que la situation passerait d'une phase de secours et d'aide humanitaire à un stade de réhabilitation. Pour les responsables libériens en RHS, un des principaux défis consiste donc à motiver et à retenir les employés dans un environnement de plus en plus incertain (Yumkella, 2007).

Rétention des prestataires : Des pratiques riches en enseignements

Diverses stratégies sont employées par un grand nombre de pays en voie de développement afin de dynamiser les effectifs et d'endiguer les flux migratoires. Bien que de nombreuses pratiques s'avèrent prometteuses et qu'elles puissent être appliquées à d'autres pays, les données issues de programmes aboutis sont rarement répertoriées ou partagées. La section suivante analyse différents projets visant à mieux retenir le personnel de santé.

Amélioration du climat professionnel au Kenya

En collaboration avec le Ministère de la Santé, le Capacity Project a sélectionné et mené des interventions simples et rentables ayant pour but d'améliorer le climat professionnel, sur une période d'un an, dans dix établissements sanitaires en milieu rural. L'objectif premier était d'avoir un impact positif sur la motivation et la satisfaction au travail et d'aider les sites à retenir leurs éléments de valeur. Dans cette optique, diverses actions ont été entreprises comme, par exemple, la tenue de réunions d'équipes plus fréquentes afin de mettre en commun les informations et de résoudre les différents problèmes, la mise en place de journées réservées au travail de proximité, la rénovation à moindre coût des établissements hospitaliers, l'acquisition de nouveaux équipements, la garantie d'un travail par roulement plus équitable, la gestion des inventaires de manière à éviter les ruptures de stock, l'aménagement de salons destinés au personnel et gratuitement approvisionnés en diverses boissons, l'entretien des véhicules auparavant jugés hors service, le traitement des déchets dangereux, ainsi

qu'une meilleure signalisation au sein des établissements, l'organisation d'un flux de patients plus cohérent, un meilleur entretien des arrière-cours, des blocs sanitaires et des établissements en général. La présence de centres de documentation dans chaque site permet aussi de favoriser une culture d'apprentissage continu. Une étude de suivi a, par ailleurs, indiqué que le moral des travailleurs était en hausse. Près de l'ensemble du personnel (90%) dans les dix sites s'est, en effet, montré très satisfait de son environnement de travail, par rapport à 60% durant l'étude pilote. Par ailleurs, les prestataires, dans leur grande majorité, ont affirmé n'avoir aucunement l'intention de quitter leur établissement ou d'être transférés (Adano, Namanda et al, 2008).

Gestion des ressources humaines (GRH) au Ghana

Durant le forum mondial de la GRH en 2008, un directeur sanitaire de district travaillant dans une zone reculée au Ghana a montré de manière irréfutable que la simple application de stratégies GRH pouvait grandement changer la donne pour les agents sanitaires. La meilleure façon de procéder est d'adopter un style managérial soucieux du bien-être du personnel. Par l'intermédiaire d'une base de données, les responsables des districts surveillent le moment où chaque membre d'équipe peut prétendre à une promotion, une formation continue, des congés, et ils peuvent ainsi entreprendre les démarches adéquates au moment opportun. Ce type d'actions crée un environnement dans lequel les employés sentent que leurs supérieurs s'intéressent à leurs besoins. Le directeur du district, Anthony Ofusu, a par ailleurs souligné que « faire preuve d'humanité et montrer au personnel que son sort est au cœur de vos préoccupations sont des éléments décisifs en termes de satisfaction et de rétention du personnel » (Ofusu, 2008). Une autre pratique efficace consiste à être clair, dès le début, sur la durée d'affectation d'un prestataire à un établissement donné et de stipuler formellement dans le contrat ou l'accord préalable à quel moment un transfert peut avoir lieu.

Les besoins sanitaires des prestataires au Swaziland

Le Swaziland est parti du principe qu'une plus grande satisfaction et une meilleure rétention des effectifs sanitaires passaient par le témoignage d'une considération accrue envers les prestataires. En 2004, l'Association nationale des infirmières a ouvert un centre de santé polyvalent destiné aux agents et à leur famille. Ce centre dispense un large éventail de services allant de la santé génésique et infantile, aux thérapies contre le VIH/SIDA, en passant par la gestion du stress. D'après les données disponibles, rien qu'en 2004, la région dans laquelle s'est déroulée l'intervention avait perdu 169 infirmières, soit pour cause de décès ou de migration. Depuis 2004, ce taux n'a cessé de chuter pour finalement atteindre 40 infirmières en 2007 (Dlamini, 2008). Les différents responsables font d'ailleurs référence à l'arrivée du centre comme « l'aube d'un nouveau jour. » (Voir également Galvin et de Vries, 2008).

Des mesures d'incitations financières et axées sur la performance en Zambie

Projet de rétention des travailleurs en milieu rural. En 2003, le Conseil sanitaire central de Zambie a lancé un projet pilote de rétention dans le secteur de la santé publique. Cette initiative (ayant bénéficié de l'appui financier des Pays-Bas) avait pour but de recruter et de conserver des médecins dans les zones rurales par le biais d'une incitation financière (prime de sujétion), le paiement des frais d'inscription scolaire et l'octroi de prêts pour des achats conséquents (voitures ou

maisons). Des fonds ont également été mis à disposition pour la rénovation des logements sociaux. Au terme du contrat triennal, les médecins sont autorisés à suivre une formation de troisième cycle. En 2005, une étude à mi-parcours a révélé que le programme avait réussi à attirer des médecins dans les zones rurales, enregistrant l'arrivée de 53 praticiens supplémentaires au sein du projet. Bien que quatre d'entre eux soient partis en cours de route, le fait d'en attirer autant en l'espace de deux ans constitue, pour la Zambie, un événement marquant. Plus important encore, certains districts ont pu bénéficier, pour la première fois, des services d'un médecin (Koot et Martineau, 2005).

Projet d'incitation axé sur la performance. En 2004, le Conseil central de la santé a mis en place une étude pilote sur des incitations basées sur la performance, dans deux districts de la province de Lusaka, grâce au soutien de l'USAID. Cette étude a permis de tester deux modèles, à savoir des incitations financières provenant de 10% des frais payés par les utilisateurs assorties de modifications dans le mode de répartition et des récompenses non financières remises sous la forme de trophées. Ces prix ont été décernés à des équipes plutôt qu'à des individus pour que celles-ci décident de la manière de les partager. A Luangwa, un petit district ayant fait l'expérience des incitations non financières, l'étude pilote a été bien accueillie. Le personnel des établissements sanitaires s'est senti motivé et encouragé en se voyant octroyer de telles récompenses. Les responsables des districts ont par ailleurs confirmé que ce processus avait généré un soutien plus fréquent et de meilleure qualité de la part des superviseurs de districts. Au contraire, à Chongwe, un district étendu ayant recouru aux mesures d'incitations financières, les agents sanitaires ont témoigné une certaine frustration et se sont montrés soupçonneux à l'égard du processus. L'équipe de gestion sanitaire du district a, en effet, eu du mal à soutenir les centres de santé de manière constante, rendant ainsi difficile la mise en œuvre du système d'évaluation de la performance. Le manque de transparence apparent relatif au système de notation pour l'attribution des prix a entraîné une certaine méfiance à l'égard du dispositif. Au final, alors que le niveau de motivation du personnel s'est accru à Luangwa sur la période de l'étude, il n'a quasiment pas évolué à Chongwe (Furth, 2006).

Comment les communautés ougandaises peuvent favoriser la rétention du personnel

Le système sanitaire ougandais fait en sorte qu'un lien solide se tisse entre les établissements et la communauté par le biais des comités de gestion des unités sanitaires. Ceux-ci cherchent à promouvoir la transparence, le respect des engagements pris et l'acquisition, par les établissements, d'une prestation de services sanitaires de qualité. Dans le district de Mbale, de par leur activité, certains comités sont devenus de véritables *lobbies* et ont développé des pratiques louées par les responsables des districts qui jugent qu'elles sont parvenues à améliorer les niveaux de dotation en effectifs, la satisfaction des prestataires et leur fidélisation. Par exemple, les comités font pression auprès des collectivités locales pour le déploiement d'agents prioritaires vers les établissements (notamment des sages-femmes), l'embauche de personnel de soutien additionnel payé à partir du budget des autorités locales et l'augmentation des ressources affectées aux formations sanitaires (entretien avec le Dr. Francis Abwaimo, Responsable du district sanitaire, 2008).

Quelques réflexions sur les initiatives de rétention

Les projets de rétention se sont intensifiés depuis les recherches conduites en 2005 dans le cadre de notre premier résumé technique. A présent, pratiquement tous les pays africains entreprennent des démarches pour aborder le problème de la rotation des effectifs (Adano, McCaffery et al, 2008). En passant en revue les progrès récemment accomplis dans ce domaine, plusieurs éléments de réflexion valent la peine d'être soulignés :

- **Avant que les pays n'entament des démarches visant à retenir les travailleurs, ils ont besoin de données plus précises afin de déterminer clairement la magnitude du phénomène de rotation.** Si ces informations révèlent qu'un grand nombre de travailleurs quittent leur poste, il est recommandé avec insistance aux responsables du secteur de la santé de continuer à tester et à répertorier des projets de rétention novateurs. En fin de compte, une plus grande connaissance de ce phénomène permettra d'isoler les pratiques les plus prometteuses et de généraliser ces interventions. D'autre part, en regroupant les données probantes servant à guider la conception de projets de rétention, les responsables sanitaires disposent déjà d'une base de travail. Ils sont davantage encouragés à se servir de publications telles que ce résumé technique et d'étendre le dialogue sud-sud afin de tirer des enseignements sur les projets existants, mis en œuvre dans des contextes similaires, de tirer parti d'initiatives prometteuses et d'éviter les pratiques pouvant se révéler désavantageuses.
- **Des systèmes GRH plus solides doivent être en place pour déboucher sur une mise en œuvre réussie de diverses initiatives de rétention.** Comme l'indique l'étude ADHA réalisée au Ghana (voir l'encadré), la faiblesse des systèmes GRH a abouti au fait que les primes de rendement ont été considérées comme un droit, manquant ainsi d'atteindre les prestataires visés à l'origine et demeurant en vigueur alors que le niveau de performance fléchissait. A ce propos, le délégué du Ghana au Forum mondial des RHS de 2008 a insisté sur le fait que bon nombre d'initiatives de rétention seraient vouées à l'échec ou ralenties tant que les systèmes GRH servant à les mettre en œuvre se montreraient défectueux.
- **La pénurie de travailleurs et les déséquilibres au niveau des effectifs ne peuvent cependant pas toujours être attribués aux forts taux de rotation.** Parfois, l'absentéisme ou un système de recrutement inadéquat peuvent générer des déséquilibres en termes de dotation en effectifs et témoignent, d'une autre façon, de la faiblesse des systèmes GRH. Les responsables du secteur doivent garder en tête que pour remédier à cette pénurie, il est essentiel de renforcer les systèmes de recrutement pour que les postes alloués soient attribués, d'amener les agents sanitaires à accepter des postes dans les zones rurales et de réduire le taux d'absentéisme en incitant les employés à se rendre au travail et à être au service des clients durant les heures pour lesquelles ils perçoivent un salaire.
- **En fonction du contexte local, les pays devraient considérer un mélange adéquat de mesures incitatives applicables à long terme.** Il est également fondamental de déterminer clairement, en amont, si les mesures incitatives servent à améliorer la rétention ou à accroître la productivité des services et des travailleurs, dans la mesure où il existe des

Les dérives des primes de rendement (suite)

ces primes, qui ont pris la forme d'augmentations de salaire, ne sont pas parvenues à réduire les flux de transferts entre les zones rurales et urbaines ainsi qu'entre les secteurs public et privé à but lucratif et les ONG internationales. La durée moyenne de service d'un travailleur dans les formations sanitaires du secteur public en milieu rural s'est maintenue à trois ans. Après avoir considéré que cette augmentation de salaire n'était pas assez compétitive au vu des barèmes en vigueur dans le secteur privé, les travailleurs se sont plaints du fait que les allocations relatives aux risques encourus, au travail de nuit et au logement n'étaient pas assez conséquentes (Bocoum, 2008).

Malawi : Les mesures incitatives provenant de l'extérieur et générant des écarts salariaux d'un secteur à l'autre ou entre les différentes catégories de prestataires peuvent se révéler tout aussi infructueuses. *L'Association sanitaire chrétienne du Malawi (CHAM)¹, avec le soutien de Cordaid, a introduit un « complément salarial » pour inciter les médecins à accepter des postes et les convaincre de rester dans des hôpitaux de mission situés à l'écart des grands axes. Les données ont démontré que l'augmentation des salaires avait permis d'attirer et de retenir certains praticiens. Toutefois, celle-ci a amené des médecins du gouvernement à rejoindre le CHAM et l'instauration des compléments a nui aux dispositions suivant lesquelles le gouvernement devait couvrir les salaires d'autres membres du personnel du CHAM. Le fait de limiter l'avantage dont bénéficiaient les médecins a causé le mécontentement de certaines catégories de prestataires, en particulier des responsables cliniques, qui déclaraient avoir une charge de travail identique. Enfin, le dispositif n'était pas viable à long terme dans la mesure où le financement de Cordaid n'était prévu que pour une durée limitée. En dépit des avantages offerts par ce système, le CHAM a donc décidé de le suspendre, en reconnaissant son manque de viabilité et son rôle dans la mise à mal des relations avec le gouvernement (Aukerman, 2006).*

¹ The Christian Health Association of Malawi

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

Cette publication a été rendue possible grâce à l'appui du gouvernement américain via l'Agence américaine d'aide au développement international (USAID). Le Capacity Project est responsable du contenu de ce document. Celui-ci ne reflète pas nécessairement les opinions de l'USAID ou celles du gouvernement américain

différences à la fois subtiles et primordiales entre ces deux objectifs. (Le Capacity Project prépare d'ailleurs un rapport sur ces questions.)

- *La création d'une équipe et de systèmes performants à tous les niveaux de prestation de services sanitaires veillant à la planification et la gestion des RHS est une pratique peu utilisée mais pouvant s'avérer*

Références

Adano U, McCaffery J, Ruwoldt P, Stilwell B. La gestion des ressources humaines : Un maillon incontournable des RHS. Résumé technique n°14. Chapel Hill, NC: Capacity Project, 2008. Disponible sur: http://www.capacityproject.org/images/stories/files/techbrief_14_f.pdf

Adano U, Namanda C, Mbiyu J. Improving morale, motivation and employee satisfaction through low-cost work climate improvement initiatives: case study of ten rural public and FBO sector health facilities in Kenya. Paper presented at Global Forum on Human Resources for Health; 2-7 Mar 2008; Kampala, Uganda.

Aukerman D. Human resources for health workforce: a "promising practice study": promising retention practices of the Christian Health Association of Malawi. Capacity Project, 2006 (non publié).

Bocoum FY. Financial incentives and mobility of the health workforce in Burkina Faso. Paper presented at Global Forum on Human Resources for Health; 2-7 Mar 2008; Kampala, Uganda. Accessed 7 Jan 2009 at: <http://www.who.int/workforcealliance/forum/Financial%20incentives%20and%20Mobility%20of%20the%20health%20workforce%20anglais%20.pdf>

Dieleman M, Harnmeijer JW. Improving health worker performance: in search of promising practices. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2006. Accessed 7 Jan 2009 at: http://www.kit.nl/net/KIT_Publicaties_output/ShowFile.aspx?e=1174

Dlamini T. Migration and retention in Swaziland. Paper presented at Global Forum on Human Resources for Health; 2-7 Mar 2008; Kampala, Uganda. Accessed 9 Jan 2009 at: http://www.who.int/workforcealliance/forum/presentations/Thabsile_Dlamini_President_Nurse_Association_Swaziland.pdf

Furth R. Zambia pilot study of performance-based incentives. Operations Research Results. Bethesda, MD: Quality Assurance Project, 2006. Accessed 7 Jan 2009 at: <http://www.qaproject.org/news/PDFs/ZambiaPerformancePilotStudyInitiatives.pdf>

Galvin S, de Vries DH. Des soins de santé destinés aux prestataires séropositifs : Perceptions et besoins. Résumé technique n°13. Chapel Hill, NC: Capacity Project, 2008. Disponible sur : http://www.capacityproject.org/images/stories/files/techbrief_13_f.pdf

Koot J, Martineau T. Mid term review: Zambian Health Workers Retention Scheme (ZHWRS) 2003-2004, 2005. Accessed 7 Jan 2009 at: http://www.hrresourcecenter.org/hosted_docs/Zambian_Health_Workers_Retention_Scheme.pdf

Lehmann U, Dieleman M, Martineau T. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: a literature review of attraction and retention. BMC Health Services Research. 2008;8:19. Accessed 7 Jan 2009 at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pmcentrez&artid=2259330>

pertinente afin de remédier aux pénuries et aux déséquilibres, notamment aux forts taux de rotation des effectifs (Stilwell et al, 2008). En Zambie, l'étude pilote sur les mesures incitatives basées sur la performance a montré une corrélation directe entre la relative force ou faiblesse du leadership des deux districts considérés et la mise en œuvre réussie du programme (Furth, 2006).

Liberia Ministry of Health. Draft National Health Plan. 2006 (unpublished).

Manongi RN, Marchant TC, Bygbjerg IC. Improving motivation among primary health care workers in Tanzania: a health worker perspective. *Human Resources for Health*. 2006;4:6. Accessed 7 Jan 2009 at: <http://www.human-resources-health.com/content/pdf/1478-4491-4-6.pdf>

Ofusu A. Using human resources effectively at district level: experience of a district health manager, Northern Ghana. Paper presented at Global Forum on Human Resources for Health; 2-7 Mar 2008; Kampala, Uganda.

Ruwoldt P, Perry S, Yumkella F, Sagoe K. Assessment of the Additional Duty Hours Allowance (ADHA) scheme: final report. Chapel Hill, NC: Capacity Project and Ghana Ministry of Health, 2007. Available at: http://www.capacityproject.org/images/stories/files/assessment_adha_scheme.pdf

Stilwell B. Where have all the workers gone? Strategic management for addressing the health workforce crisis. Presentation at USAID State of the Art conference for USAID Africa health managers; Apr 2008; Johannesburg; South Africa.

Stilwell B, Collins C, Caffrey M, Martineau T. Human resources for health overview: we have to admit it's getting better.... Liverpool, United Kingdom: Liverpool Associates in Tropical Health, 2008. Accessed 7 Jan 2009 at: [http://www.lath.com/dbimgs/file/resources/HRH%20Technical%20Brief%204%20page%20version\(1\).pdf](http://www.lath.com/dbimgs/file/resources/HRH%20Technical%20Brief%204%20page%20version(1).pdf)

Uganda Ministry of Health and Capacity Project. Uganda health workforce study: satisfaction and intent to stay among current health workers. Executive summary. Chapel Hill, NC: Uganda Ministry of Health and Capacity Project, 2007. Available at: http://www.capacityproject.org/images/stories/files/exec_sum_retention_study_final.pdf

Yumkella F. Retention: health workforce issues and response actions in low-resource settings. Resource paper. Chapel Hill, NC: Capacity Project, 2005. Available at: http://www.capacityproject.org/images/stories/files/retention_paper_long050823.pdf

Yumkella F. Rétention des prestataires de santé dans les contextes aux ressources modiques : Défis et réponses. Résumé technique n°1. Chapel Hill, NC: Capacity Project, 2006. Disponible sur : http://www.capacityproject.org/images/stories/files/techbrief_1_f.pdf

Yumkella F. Perspectives regarding retention drivers in Liberia health sector: results from a rapid assessment. Capacity Project, 2007 (non publié).

Yumkella F, Swai A. Worker retention in the Tanzanian health sector. Capacity Project, 2007 (non publié).

Les partenariats du Capacity Project

