

Comment différents types de prestataires affectent-ils l'accès à des soins de santé efficaces et abordables pendant et après les crises ?

Document de synthèse préparé par **Sophie Witter** et **Benjamin Hunter**

juin 2017

Les systèmes de santé comprennent un éventail de types de prestataires de soins de santé dont les motivations et les prestations sont très différentes. Bon nombre d'entre eux prospèrent lors de l'absence chronique de l'État dans leurs activités de prestations de soins, comme c'est souvent le cas dans les pays touchés par une crise, bien que cela se fasse au détriment de prestations efficaces et équitables¹. Ce document de synthèse résume les caractéristiques clés des différents types de prestataires et des services qu'ils proposent, et discute de leur implication dans les crises sanitaires et les interventions pouvant améliorer l'accès à des soins de santé efficaces et abordables pendant et après les crises.

L'éventail des prestataires

Le rôle des différents types de prestataires dans les systèmes de santé varie considérablement d'un environnement à un autre et dépend fortement de facteurs contextuels. Les facteurs historiques, politiques et sociaux ont tous leur importance. Le Tableau 1 met en évidence quelques uns des grands schémas relevés au sein des milieux fragiles et touchés par la crise.

Réponses pendant et après les crises

Les crises compromettent le bon fonctionnement des systèmes de santé en perturbant la génération de recettes pour l'État, la destruction d'infrastructures de soins de santé, la mort et la migration d'agents de santé (**voir le document connexe sur la couverture sanitaire universelle en situations de crise**). Les armées nationales et internationales disposant de ressources suffisantes, ainsi que certaines forces de police, peuvent bénéficier de leurs propres établissements de santé sur lesquels elles peuvent compter lors de crises⁹, bien que, dans certains cas, cela implique une base lucrative et présente donc un avantage limité pour les groupes les plus pauvres².

Dans de nombreux contextes, les perturbations du système de santé public perpétuent et exacerbent la dépendance à l'égard de prestataires informels¹. En Sierra Leone, par exemple, les gens dépendent rarement exclusivement du système de santé public¹⁰, tandis qu'au Cambodge, les praticiens autochtones et

Messages clés

- Une grande diversité de prestataires de soins de santé se fait souvent jour dans les contextes de crise, un véritable défi pour la réglementation et la protection financière, mais aussi un signe de la résilience des systèmes de santé pluralistes.
- Les gouvernements sont souvent confrontés à de graves contraintes en matière de capacités concernant le financement et la gestion de ces prestataires ; ils doivent donc adopter une approche réactive afin d'utiliser les points forts de chaque sous-secteur et atténuer leurs faiblesses. Par exemple:
 - Allouer davantage de ressources aux prestataires de première ligne dans le système public et y associer une supervision renforcée
 - Négocier l'accès de groupes spécifiques à l'utilisation des établissements de santé gérés par des forces militaires nationales ou internationales ou par d'autres ministères
 - Superviser les ONG internationales pour assurer le transfert des capacités aux partenaires locaux grâce à un plan de transition structuré incluant des gestionnaires à tous les niveaux du système de santé
 - Garantir des conditions de concurrence équitables aux prestataires d'ONG ou autres missions en termes d'intrants tels que la dotation de personnel, mais aussi en termes de normes nationales et de résultats vis-à-vis des objectifs nationaux (et également pour les établissements privés à but lucratif, lorsque cela est possible)
 - Recourir aux agents de santé communautaires pour connecter les prestataires informels aux systèmes de formation et de supervision
- Les rôles changeront avec le temps et il n'existe pas de répartition des rôles 'idéale'. Tout cela est très contextuel. Il est cependant important de maintenir un dialogue solide avec les différents groupes de prestataires et de surveiller les distorsions dans le système de santé qui sont susceptibles de compromettre un accès équitable à des soins de qualité appropriés et abordables pour la population.

L'ensemble des documents de synthèse de cette série est accessible sur : <http://bit.ly/2rUPRH9>

Cette série de documents d'information a été élaborée par le **ReBUILD Research Programme Consortium** afin d'éclairer un certain nombre de questions essentielles concernant les systèmes de santé dans un contexte de crise ; il s'appuie à la fois sur le travail de ReBUILD et sur de nombreuses autres sources. Les problèmes ont été identifiés lors d'une **étude relative à l'établissement d'un programme de recherche** réalisée par le **Groupe de travail de Health Systems Global sur la thématique des systèmes de santé dans les états fragiles en proie à des conflits**.

Comment différents types de prestataires affectent-ils l'accès à des soins de santé efficaces et abordables pendant et après les crises ?

Tableau 1. Schémas relatifs aux différents types de prestataires dans des environnements fragiles et en situation de crise.

Adapté de Favignana & Colombo (2009)². Sources additionnelles : ^{3,4,5,6,7,8}

Type de prestataires	Niveau du système de santé	Lieu	Points forts relatifs	Points faibles potentiels
Public - ministère de la santé	Tous niveaux	Toutes les zones, mais les infrastructures peuvent être concentrées dans les zones urbaines	Soutien du gouvernement ; accessibles à tous	Le sous-financement est souvent associé à des frais informels et à une qualité médiocre ; suscitent la méfiance des communautés marginalisées
Publics - force militaire nationale ou internationale ; police et autres ministères	Soins primaires et secondaires	Sur ou près de bases militaires	Capacité excédentaire ; ont tendance à être bien financés	Focalisation sur les soins traumatologiques et les soins d'urgence ; frais formels et informels ; usage normalement réservé au personnel militaire ou sectoriel spécifié
ONG internationales	Soins primaires et secondaires ; promotion de la santé	Toutes les zones, mais dans certains contextes, peuvent être concentrées dans des camps de personnes déplacées/de réfugiés	Réponse rapide ; apportent l'expérience d'un travail similaire dans d'autres contextes ; bien financées	Manque de responsabilités ; outrepassent les capacités locales ; présence à court terme ; manque de connaissances contextuelles/culturelles
ONG basées sur une mission et autres	Soins primaires et secondaires ; promotion de la santé	Souvent plus concentrées dans les zones rurales	Fiables ; historique de prestations de services aux communautés	Peuvent avoir des frais plus élevés ; pas toujours aussi bien dotées en personnel que les établissements gouvernementaux
Privés à but lucratif	Soins primaires et secondaires ; approvisionnement pharmaceutique	À prédominance urbaine	Capacité excédentaire ; qualité et flexibilité peuvent être perçues comme meilleures (vis-à-vis des horaires et des salaires)	Frais officiels élevés ; peuvent ne pas être bien réglementés ; Moins investis dans les zones de conflit (averses au risque)
Prestataires informels	Soins primaires de base et approvisionnement pharmaceutique	Communautaires	Positions de confiance au sein des communautés ; portée étendue	Incertain/temporaire ; mauvaise qualité ; proposent des services limités

les accoucheuses traditionnelles ont joué un rôle important dans la fourniture de soins avant, pendant et immédiatement après le conflit, bien que l'on se soit ensuite progressivement tourné vers les prestataires de soins de santé officiels¹¹.

Les prestataires basés dans les communautés, tels que les agents de santé communautaires financés par des fonds publics et les accoucheuses traditionnelles, peuvent jouer un rôle important dans le maintien des services de santé primaires. Ils occupent des postes dans ou à proximité des communautés, ce qui réduit la distance de déplacement (un fait particulièrement important lors de l'imposition de restrictions), leur permet de maintenir leurs prestations de soins et de diffuser des informations sur toutes les modifications apportées aux modalités de prestations². En Ouganda, d'étroites relations sociales entre agents de santé et communautés ont servi de base pour maintenir la motivation pendant le conflit¹². Au Libéria, la présence d'agents de santé communautaires qualifiés a permis de continuer le traitement de la pneumonie et de la diarrhée chez l'enfant pendant l'épidémie d'Ebola de 2014-2016¹³.

Les prestataires de soins exerçant dans les missions, les ONG et les prestataires à but lucratif sont couramment sollicités dans de nombreux contextes et peuvent recevoir un soutien pour maintenir les couvertures de soins primaires et secondaires lors de crises prolongées. En Ouganda, les services proposés par un hôpital de mission auraient joué un rôle crucial dans la maîtrise d'une épidémie d'Ebola¹⁴. De même, les ONG internationales jouent souvent un rôle important dans la prestation de soins de santé - généralement par le biais d'experts internationaux sur de courtes durées - bien que leurs interventions puissent susciter des attentes vis-à-vis des

systèmes de santé publics. Par exemple, les services prodigués par les ONG internationales dans les camps de réfugiés en Sierra Leone ont suscité des demandes pour l'établissement de services de santé publique similaires dans l'après- conflit⁵. Les services peuvent être progressivement intégrés au système de santé public, comme cela a été le cas au Zimbabwe, en Ouganda et en Papouasie-Nouvelle-Guinée³ ; cependant, le retour immédiat des soins de santé publics après une crise est souvent marqué par une augmentation des coûts des soins chez les prestataires officiels et, par conséquent, d'un recours accru aux prestataires informels¹⁵.

Il existe toutefois un compromis important lorsque les systèmes de santé publique sont outrepassés lors de réponses à une crise, car de telles approches, bien qu'efficaces dans la protection des prestations de services à court terme, risquent de porter préjudice à la légitimité de l'État sur le long terme³. Ce fut notamment le cas en Afghanistan où de nombreux contrats passés avec des prestataires non publics avaient été mal gérés au niveau des districts et compromettaient le renforcement des capacités du secteur public (**voir le document connexe sur le renforcement de l'État et de la santé dans les contextes post-crise**)¹⁶.

Les gouvernements n'ont peut-être pas les capacités ou hésitent à faire appel à des prestataires non publics, et les ONG internationales ont tendance à être en butte à l'hostilité si leurs activités sont perçues comme motivées par des considérations politiques¹⁷. Dans des contextes tels que l'Afghanistan et l'Ouganda, les ONG et les prestataires privés à but lucratif ont été soumis à des réglementations bien au-delà de celles attendues pour les prestataires publics², tandis que les ONG internationales se sont vu refuser l'autorisation d'accéder

à de nombreuses régions en Syrie¹⁸. De même, les prestataires non publics peuvent hésiter à conclure des contrats avec le gouvernement par méfiance réciproque, par manque de confiance dans les capacités du gouvernement à payer en temps voulu ou si les contrats sont jugés peu attractifs^{19,20}.

Interventions de soutien

Soins au niveau de la communauté

Tout un éventail de prestataires publics et non publics travaillent au sein des communautés et peuvent être sollicités lors de l'élaboration de réponses aux crises¹⁰. Les agents de santé communautaires peuvent suivre des formations pour fournir des services importants et peuvent transmettre ces formations en cascade à des prestataires informels. Au Myanmar, par exemple, les agents de santé communautaires forment des accoucheuses traditionnelles à des activités de sensibilisation à la violence sexuelle et à l'orientation des victimes vers un agent de santé communautaire auprès duquel elles peuvent recevoir des soins²¹. Un fonctionnement accru du système de santé en cas de crise est particulièrement important si les agents de santé communautaires sont censés faire des diagnostics, fournir des traitements et recommander des établissements de santé. Au Libéria, les prestataires ont déclaré ne pas recommander de soins importants s'ils savaient que la structure de référence n'était pas opérationnelle¹³.

Les services de santé mobiles fournis par le gouvernement ou les ONG peuvent aider à fournir des soins aux populations peu stables caractéristiques lors de crises et en particulier de conflits. En République démocratique du Congo, les services mobiles ont été utilisés efficacement pour atteindre les victimes de violences sexuelles et leur prodiguer les soins appropriés²². Cependant, les types de soins prodigués par les services mobiles sont limités et sont source de coûts directs et indirects importants².

Contrats et réglementation

L'introduction et l'expansion de contrats de prestations de services pour des prestataires non publics peuvent répondre à court terme au maintien d'une couverture de services de santé pendant et après les crises de longue durée. Parmi les exemples de réussite figure le Cambodge, où le recours à des services de santé spécifiques a été accru grâce aux prestations fournies par des prestataires issus d'organismes publics, privés à but lucratif et d'ONG utilisant des fonds d'équité pour la santé et des systèmes de bons^{23,24}. Cependant, des arrangements plus modestes et plus informels entre le gouvernement et les prestataires non publics, tels que ceux utilisés dans le nord du Nigéria³, peuvent s'avérer plus appropriés lorsqu'il existe peu de moyens pour la gestion des contrats.

La durabilité au long terme est en question car sujette à d'importantes charges administratives liées à la conception et au suivi des contrats et aux processus d'appel d'offres concurrentiels^{2,25}, et ceux-ci ont été les facteurs dans les changements affectant l'usage de contrats avec les ONG et les prestataires à but lucratif au Cambodge après 2009²⁶. En outre, la réglementation concernant la qualité des soins dans les secteurs non publics est souvent difficile à établir pour les gouvernements en raison du manque de capacités et de la légitimité contestée de l'État. Elle devient de plus en plus difficile à établir avec le temps, à mesure que les différents secteurs s'organisent et deviennent plus puissants². Faute de moyens pour efficacement

établir une réglementation, les gouvernements peuvent utiliser des ressources publiques pour soutenir les prestataires qui répondent à certaines normes, par exemple la fourniture d'équipements et la formation d'accoucheuses traditionnelles au Nigéria ; ils peuvent aussi promouvoir des accords de franchise sociale³.

Politiques relatives au personnel de santé

Il est important de maintenir des politiques de dotation en personnel cohérentes pendant et après les crises. Il y a un risque que les crises prolongées exacerbent les variations dans la rémunération et autres conditions générales entre les différents types de prestataires, ce qui exacerbera les déséquilibres dans la répartition des prestataires dans les différents secteurs et zones géographiques²⁷. Par exemple, après le conflit dans le nord de l'Ouganda, le personnel des missions a été transféré dans des locaux gouvernementaux, en partie à cause de modifications affectant les conditions générales les concernant²⁸.

La délégation de tâches peut permettre la sollicitation d'agents de santé communautaires pour effectuer certaines procédures précédemment limitées à d'autres corps d'agents de santé²⁹. Cependant, des politiques et des formations officielles sont nécessaires pour mettre efficacement en œuvre la délégation de tâches. En l'absence de telles politiques au Libéria et en Ouganda, des délégations de tâches officieuses et ponctuelles ont vu le jour et suscité des inquiétudes quant à la qualité des soins prodigués^{30,31}. En outre, la délégation de tâches risque d'accroître la charge de travail des agents de santé communautaires et de saper leur moral déjà fragile. L'introduction de politiques visant à intégrer les prestataires de soins de santé informels dans un système de santé formel peut permettre davantage de possibilités de délégations de tâches ou, du moins, de faire connaître les endroits où se faire soigner, mais là encore un soutien approprié est nécessaire.

Relèvement à long terme

Les réponses aux crises ne doivent pas uniquement inclure les systèmes gouvernementaux lorsque c'est possible, mais doivent également viser le renforcement des capacités des gouvernements à gérer et à procurer des services de santé. Au Timor oriental, l'accent a été mis sur la fourniture et la gestion des soins de santé par le biais d'ONG pendant la crise et la période immédiatement après la crise; en même temps, une stratégie de transition a établi un processus et un calendrier pour développer les capacités du gouvernement pour leur permettre de reprendre en main la fourniture et la gestion des services³². Fait important, ce processus de renforcement des capacités a priorisé les gestionnaires de niveau intermédiaire, qui sont souvent négligés lors des processus de reconstruction⁸.

Il y a un choix à faire entre la remise en état à court terme et le renforcement des systèmes de santé à long terme, ce qui s'avère difficile politiquement et techniquement. La planification à long terme est essentielle en période de crise et devrait inclure une évaluation des distorsions dans le système de santé² et l'adoption de modèles de prestation de services qu'il est possible de faire évoluer sur le long terme. La planification de la remise en état peut se faire de manière descendante ou ascendante, mais devrait inclure différents types de prestataires et comporter des évaluations du futur financement de la santé, de la taille et de la composition des différents types de prestataires et des lacunes à combler pour assurer une couverture durable et équitable des services de santé de base.

References

- Hill, P.S. et al., 2014. The "empty void" is a crowded space. *Conflict and Health*, 8(1) <http://bit.ly/2qqsEk> Pavignani, E. & Colombo, A., 2009. *Analysing Disrupted Health Sectors: A Modular Manual*, Geneva: WHO <http://bit.ly/2qqhTuy>
- Batley, R. & McLaughlin, C., 2010. Engagement with Non-State Service Providers in Fragile States. *Development Policy Review*, 28(2) <http://bit.ly/2qmtFzC>
- Bornemisza, O. et al., 2010. Promoting health equity in conflict-affected fragile states. *Social Science & Medicine*, 70(1) <http://bit.ly/1jSJFZQ>
- Eldon, J. et al., 2008. *Health Systems Reconstruction and State-building*. London: HLSPI Institute <http://bit.ly/2qqi0eN>
- Pavignani, E., 2005. Health Service Delivery in Post-Conflict States. In *High Level Forum on the Health MDGs: Selected Papers 2003-2005*. WHO, Geneva <http://bit.ly/1KzYecB>
- Ssali, S., 2016. Maintaining an effective health workforce during and after conflict <http://bit.ly/2qmqzAgD>
- Witter, S. et al., 2015. State-building and human resources for health in fragile and conflict-affected states: exploring the linkages. *Human Resources for Health*, 13(1) <http://bit.ly/2qLLYyv>
- Gordon, S., 2013. Health, Conflict, Stability and Statebuilding: A House Built on Sand? *Journal of Intervention and Statebuilding*, 7(1) <http://bit.ly/2raWMIU>
- Denny, L., Mallett, R., 2014. *Mapping Sierra Leone's plural health system and how people navigate it*. London: ODI <http://bit.ly/1oGZPUt>
- Ros, B. et al., 2015. Health care seeking behaviour and impact of health financing policy on household financial protection in post conflict Cambodia. Liverpool: ReBUILD Consortium. <http://bit.ly/2qqqTGZ>
- Namakula, J. & Witter, S., 2014. Living through conflict and post-conflict: experiences of health workers in northern Uganda. *Health Policy and Planning*, 29(suppl 2) <http://bit.ly/2pERjAl>
- Siekman, K. et al., 2017. Community-based health care is an essential component of a resilient health system. *BMC Public Health*, 17(1) <http://bit.ly/2qqfMak>
- McPake, B. et al., 2015. Ebola in the context of conflict affected states and health systems. *Conflict and Health*, 9(1) <http://bit.ly/2pRbua1>
- ReBUILD, 2016. *Health financing policy in conflict affected settings: lessons from ReBUILD research*. Liverpool, ReBUILD Consortium <http://bit.ly/2rkQv01>
- Sabril, B. et al., 2007. Towards sustainable delivery of health services in Afghanistan: options for the future. *Bulletin of the WHO*, 85(9) <http://bit.ly/2pPDYlp>
- Ndaruhutse et al., 2011. *State-Building, Peace-Building and Service Delivery in Fragile and Conflict-Affected States: Literature Review*. London: UK DFID <http://bit.ly/2ri0aF1>
- Whittall, J., 2014. The 'new humanitarian aid landscape': Case study: MSF interaction with non-traditional and emerging aid actors in Syria 2013-14. Geneva: MSF International <http://bit.ly/2pPHA6Y>
- Carlson, C., 2007. *Health service delivery in fragile states for US\$5 per person per year: Myth or reality?* London: Merlin/LSHTM <http://bit.ly/2pEPled>
- McLaughlin, C., 2008. *Annotated bibliography on contracting NGOs to deliver services*. Birmingham: University of Birmingham <http://bit.ly/2qLLgdN>
- Tanabe, M. et al., 2013. Piloting community-based medical care for survivors of sexual assault in conflict-affected Karen State of eastern Burma. *Conflict and Health*, 7(1) <http://bit.ly/2rlbTDB>
- Kohli, A. et al., 2012. A Congolese community-based health program for survivors of sexual violence. *Conflict and Health*, 6(1) <http://bit.ly/2rk0DEN>
- Witter, S., 2012. Health financing in fragile and post-conflict states: What do we know and what are the gaps? *Social Science & Medicine*, 75(12) <http://bit.ly/2rkzF7>
- Ensor, T. et al., 2017. Impact of health financing policies in Cambodia: A 20 year experience. *Social Science & Medicine*, 177 <http://bit.ly/2qmvYv0>
- Ssengooba, F., McPake, B., Palmer, N., 2012. Why performance-based contracting failed in Uganda. *Social Science & Medicine*, 75(2) <http://bit.ly/2qNMVj4>
- Vong, S. et al., 2015. Understanding contracting in Cambodia: findings from interviews with key informants and health service managers and providers. Liverpool: ReBUILD Consortium. <http://bit.ly/2rl3Ne1>
- Chirwa, Y. et al., 2015. Understanding health worker incentives in post-crisis settings: lessons from health worker in-depth interviews and life histories in Zimbabwe, Liverpool: ReBUILD Consortium <http://bit.ly/2eTxz5T>
- Namakula, J. et al., 2016. Health worker experiences of and movement between public and private not-for-profit sectors. *Human Resources for Health*, 14 <http://bit.ly/2qmcMIS>
- Roome, E. et al., 2014. Human resource management in post-conflict health systems: review of research and knowledge gaps. *Conflict and Health*, 8(1) <http://bit.ly/2qmiZd1>
- Varpilah, S.T. et al., 2011. Rebuilding human resources for health: a case study from Liberia. *Human Resources for Health*, 9(1) <http://bit.ly/2pF59Dg>
- Dambisya, Y.M. & Matinhure, S., 2012. Policy and programmatic implications of task shifting in Uganda: a case study. *BMC Health Services Research*, 12(1) <http://bit.ly/2rbbiHr>
- Rohland, K., Cliffe, S., 2002. *The East Timor Reconstruction Program: Successes, Problems and Tradeoffs*. Washington DC: World Bank Group <http://bit.ly/2rkKrVJ>



Des villageois attendent d'être vus par des prestataires de soins de santé djiboutiens et américains dans le cadre d'un Programme d'action civique médical à Chebelley en Djibouti.

Photo US Air Force, Christopher Ruano.



Le consortium ReBUILD est un partenariat international de recherche travaillant sur le renforcement des systèmes de santé dans les situations de conflit ou de crise.

Pour en savoir plus sur les recherches et les résultats de ReBUILD, rendez-vous sur le site Web à l'adresse www.rebuildconsortium.com et suivez-nous sur [@ReBUILDRPC](https://twitter.com/ReBUILDRPC).

Pour plus d'informations, veuillez contacter:
Sophie Witter – switter@qmu.ac.uk or rebuildconsortium@lstm.ac.uk

ReBUILD Consortium
Liverpool School of Tropical Medicine
Pembroke Place
Liverpool, L3 5QA
T: +44(0)151 705 3100
E: rebuildconsortium@lstm.ac.uk

Ces documents de synthèse résultent d'un projet financé par le gouvernement britannique via UK Aid. Les points de vue qui y sont exprimés ne reflètent toutefois pas nécessairement les politiques officielles du gouvernement britannique.

