

La durabilité des systèmes de santé dans les situations de crise : enseignements pour une mise en pratique

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

juin 2017

La durabilité est une préoccupation clé du développement et un facteur non-négligeable pour les systèmes de santé¹. Le concept a toutefois une pertinence discutable dans les situations de crise, où la priorité absolue des systèmes de santé est la protection à court terme des prestations de soins et de la santé elle-même. Ce document de synthèse examine les dimensions clés de la durabilité et de leur pertinence dans les contextes de crise, puis présente les enseignements qui en sont tirés afin d'encourager la durabilité dans ces contextes.

Les différentes dimensions de la durabilité dans les systèmes de santé

La durabilité dans les systèmes de santé comprend trois grandes dimensions : les intrants, la structure et l'environnement. Les indicateurs pour les trois dimensions ne sont pas encore suffisamment développés ; les discussions les concernant sont souvent étroitement centrées sur la première, et en particulier sur la réalisation d'un financement durable². Cela inclut l'engagement du gouvernement à consacrer des fonds aux dépenses de santé et à l'élargissement des mécanismes de mutualisation des risques qui protègent les personnes lors de difficultés financières. Cependant, le financement n'est qu'un des nombreux intrants importants en termes de durabilité du système de santé. Les ressources humaines sont également importantes et les **cibles à atteindre par les systèmes de santé vis-à-vis de l'objectif de développement durable n° 3 (ODD3)** en incluent une sur le recrutement, la formation et la rétention du personnel.

La deuxième dimension de la durabilité s'attache à la structure des systèmes de santé. La conception d'un tel système et la répartition des ressources peuvent déterminer l'efficacité avec laquelle celui-ci utilise les intrants pour répondre aux besoins de santé à court et à long terme. Par exemple, une plus grande importance accordée aux programmes de soins de santé primaires et à la santé publique peut alléger la charge que représentent les futures maladies et les ressources qui y sont associées^{3,4}. De même, l'inclusion de capacités

Messages clés

- La durabilité est un concept multidimensionnel. Bien que la durabilité des intrants, tels que la durabilité du financement et des ressources humaines, puisse être difficile à envisager pendant et peu après les crises, il est important de se concentrer sur d'autres dimensions, telles que les changements structurels qui favoriseront la durabilité des systèmes de santé à long terme.
- Les indicateurs de durabilité sont généralement peu développés ; dans les situations de crise, d'importants éléments sont à surveiller, notamment les ressources actuelles et futures, tout comme le sont les facteurs institutionnels et environnementaux, comme le renforcement des capacités qui permettent s'assurer le leadership ; ce renforcement doit aussi s'appliquer aux compétences techniques, au développement organisationnel d'organes clés tels que le ministère de la Santé, à l'établissement de relations de confiance au sein du système et au sein des communautés, ainsi qu'au développement de la cohésion sociale qui permet une mutualisation des risques.
- Cela implique des investissements à long terme de la part des partenaires au développement, sans disposer d'indicateurs de succès « tangibles » (la plupart de ces indicateurs importants étant intangibles).
- Le financement du système de santé et du secteur de la santé peut augmenter après la crise ; toutefois, il est certain qu'une régression linéaire de la dépendance financière n'est pas automatique. Si cela s'accompagne d'une augmentation d'autres dimensions de la durabilité, comme indiqué ci-dessus, ce pourrait être un signe de réussite car la capacité d'absorption nationale augmente à plus long terme. Des réductions de la dépendance financière à plus long terme peuvent alors être envisagées.

inutilisées au sein des systèmes de santé peut atténuer les effets d'une crise et promouvoir la durabilité (**voir le document connexe sur la résilience des systèmes de santé**).

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**.

La durabilité des systèmes de santé dans les situations de crise : enseignements pour une mise en pratique

La troisième dimension est l'environnement social et politique au sens large⁵. Les facteurs sociaux sont des déterminants clés des besoins de santé⁶, et donc des ressources nécessaires pour répondre aux besoins fortement liés à la durabilité du système. Par ailleurs, un soutien social et politique appuyant des systèmes de santé efficaces et inclusifs peut générer des pressions pour apporter des améliorations dans les deux premières dimensions, par exemple l'engagement du gouvernement à affecter des moyens à la santé et à mettre en place des systèmes équitables de financement. Il est nécessaire de mettre au point des mécanismes permettant de suivre les facteurs institutionnels et environnementaux qui sont importants pour la durabilité dans les situations de crise.

Quelle est la pertinence de ces dimensions à différents stades du spectre de la crise/de l'après-crise ?

Le concept de durabilité a souvent peu d'incidences au cours d'une crise, où l'attention est généralement centrée sur la minimisation des perturbations immédiates du système de santé⁷. Or, la nature de la réponse à une crise peut définir la structure du système de santé pour les décennies à venir. Par exemple, les mécanismes de financement de la santé et les politiques en matière de personnel soutenus pendant les crises contribuent à créer un lien de dépendance qui persiste au-delà des crises^{8,9}.

Les derniers stades d'une crise de longue durée et la période de reprise de l'après-crise sont plus propices aux discussions sur la durabilité des systèmes de santé dans le cadre d'une planification plus large de la couverture sanitaire universelle et de la résilience aux crises futures (**voir les documents de synthèse sur la couverture maladie universelle et la résilience**). Vu la considérable attention nationale et internationale portée sur systèmes de santé et vu la disponibilité de l'assistance technique et financière des organisations de développement, certains commentateurs évoquent une « fenêtre d'opportunité » pour la réforme des systèmes de santé^{7,10}. Cependant, il est difficile de prévoir quand s'ouvrira cette fenêtre ; cela peut prendre plusieurs années car dépendant de nombreux facteurs, notamment de l'environnement politique national (**voir le document de synthèse sur l'économie politique des systèmes de santé en situations de crise**)¹¹.

Que révèlent les données probantes quant aux niveaux de la dépendance ou de la durabilité du système de santé en période de crise et de l'après-crise ?

Les systèmes de santé qui font montre des caractéristiques de la résilience sont peut-être capables de protéger la santé et les soins de santé lors de crises aiguës sans compromettre la durabilité sur le long terme¹². Au Zimbabwe, la résilience (sous forme d'une flexibilité dans l'application des politiques visant le personnel au niveau des districts) a contribué à réduire la migration des agents de santé vers

d'autres secteurs et pays¹³. Toutefois, dans de nombreux contextes, en particulier dans ceux affectés par une crise de longue durée, les systèmes de santé peuvent s'avérer de plus en plus difficiles à maintenir au fil du temps. Les perturbations dans le financement et le recrutement déclenchent des événements qui entraînent une charge de responsabilités de plus en plus lourde pour les communautés et les agents de santé et qui n'est pas tenable¹⁴. Les utilisateurs de soins de santé au Cambodge et en Ouganda ont décrit leur descente vers la pauvreté à cause des frais de santé^{15,16}, tandis que des travailleurs au Zimbabwe expliquaient avoir emprunté de l'argent pour pouvoir faire face à la baisse de leurs salaires et que ceux de la Sierra Leone rationnaient leur nourriture lorsque confrontés à des hausses des coûts de la vie¹⁷. Le soutien d'acteurs externes pendant et après les crises accroît les intrants du système de santé, mais n'encouragent pas forcément la durabilité si la conception et l'environnement restent faibles. Lorsqu'il est bien coordonné et bien planifié, le financement international peut protéger les usagers des dépenses de santé⁹, et soutenir le recrutement, la rétention et la formation d'agents de santé⁹. Cependant, un soutien externe est exposé à l'imprévisibilité. Il est galvanisé par des événements tels qu'un accord politique, la cessation d'un conflit ou l'introduction de réformes politiques, mais peut décroître pendant de plus longues périodes dans les environnements fragiles. La nature de la crise au Zimbabwe a eu pour effet que les intervenants externes n'avaient pas de rôle prépondérant dans le système de santé jusqu'à ce qu'un accord de partage du pouvoir politique ne soit conclu plusieurs années après le début de la crise⁹. L'afflux massif de fonds internationaux dans certains contextes soulève des préoccupations quant à leur absorption par les autorités nationales qui pourraient ne disposer que de capacités limitées dans la gestion des exigences des organisations de développement^{18,19}.

Les pressions exercées pour obtenir des résultats à court terme pourraient amener les intervenants humanitaires et de développement à soutenir de coûteux arrangements et programmes de lutte contre les maladies qui outrepassent les systèmes de santé gouvernementaux. Ceux-ci pourraient en fin de compte servir de base à des réformes plus larges du système de santé, comme le montre l'utilisation des systèmes du programme VIH pour renforcer le système de santé de manière plus générale au Rwanda^{20,21}, mais peuvent aussi nuire à la durabilité des systèmes de santé en « verrouillant » des modèles de prestations de soins de santé coûteux ou inefficaces. L'absence de participation et de gestion au niveau local au cours de cette période peut avoir pour conséquence des responsables de la santé peu incités à assumer la responsabilité de la mise en œuvre future de politiques gérées en externe

Les enseignements pour les acteurs externes

Hierarchiser les interventions sanitaires

La préoccupation immédiate lors de toutes les crises est de protéger la santé et la prestation de soins de santé. Dans de nombreux contextes, des missions et autres organisations non gouvernementales ainsi que le secteur privé à but lucratif jouent un rôle clé dans la prestation de soins lors de et après les crises (**voir le document connexe sur les différents types de prestataires en période de crise**). Il est indispensable que les acteurs locaux,

nationaux et internationaux adoptent une approche cohérente pour mobiliser les différents secteurs et fournir des services de santé équitables. Il est également tout aussi important à ce stade de documenter, et si possible d'éviter, les distorsions émergentes se produisant dans le système de santé qui sont susceptibles d'influer sur sa durabilité¹⁴.

Dans les conflits et les crises prolongées, l'élaboration d'un cadre pour orienter les politiques de reconstruction du système de santé constitue probablement une étape cruciale pour les dernières phases d'une crise et pour l'après crise. Au Kosovo, **par exemple**, l'Organisation mondiale de la santé a mené l'élaboration d'un cadre stratégique couvrant les politiques de financement des systèmes de santé, des infrastructures et des produits pharmaceutiques²². Les politiques doivent être réalistes et fondées sur une évaluation des capacités existantes en matière de santé et d'administration et des niveaux de financements pouvant être maintenus à long terme. Les acteurs externes peuvent aider à mener la réforme du système de santé au cours de cette période²³ ; l'environnement politique national est néanmoins important pour la réforme des politiques, une réforme trop rapide risquant d'être sapée par une piètre mise en oeuvre¹¹. Au Sud Soudan, l'assistance technique pour la planification des ressources humaines au cours de la période qui a immédiatement suivi la crise n'a pas pu influencer sur la politique en raison du manque de capacités et d'appropriation nationales²⁴.

Les attentes

La réalisation de systèmes de financement durables et équitables pour le secteur de la santé nécessite des stratégies réalistes à long terme. Dans les pays sortant de crises de longue durée, une augmentation du soutien externe pourrait être nécessaire à fur et mesure du développement de la prestation de services⁹. Les gouvernements du Cambodge et du Rwanda ont fait des progrès impressionnants dans l'expansion de la couverture des soins de santé au lendemain du conflit, mais ils sont tous deux fortement tributaires de fonds internationaux^{8,20}.



Des agents de santé de première ligne à Ikotos au Sud Soudan.
© 2012 Samuel Boland, avec l'autorisation de Photoshare

Il est important que les gouvernements reprennent la responsabilité de la prestation des soins de santé²⁵ ; ce processus prend du temps et nécessite un investissement important dans les capacités de gestion des institutions gouvernementales aux niveaux national et sous-national^{26,27}. La durée nécessaire peut varier considérablement, comme de deux ans au Timor oriental²⁸ à près de 20 ans au Cambodge par exemple⁹. La responsabilité du gouvernement en matière de recherche et de développement sur les politiques relatives aux systèmes de santé nécessite des investissements similaires (**voir le document connexe sur les capacités de recherche du système de santé**)²⁴.

La cohérence des politiques

Une planification efficace des effectifs est essentielle pour assurer la durabilité des systèmes de santé après une crise et constitue souvent l'un des éléments clés du processus de relèvement. La planification des effectifs est toutefois déstabilisée par les flux de professionnels qualifiés entre secteurs et vers d'autres pays²⁹. La coopération pour le développement, qui a pour objectif d'accroître les effectifs dans le système de santé public, en particulier dans les zones rurales, peut pâtir de politiques qui attirent du personnel qualifié vers d'autres sous-secteurs, comme la migration de professionnels de la santé vers les municipalités au Zimbabwe³⁰, ou qui encouragent les professionnels de la santé à migrer vers les pays où les revenus sont plus élevés³¹.

De gros investissements dans les infrastructures peuvent signaler des progrès visibles dans le système de santé et peuvent être utiles au renforcement de la légitimité de l'État dans les situations d'après-crise (**voir le document connexe sur le renforcement de l'État**). Cependant, sans une planification minutieuse des nouvelles installations, le gouvernement risque d'être confronté à des coûts récurrents importants, augmentant ainsi sa dépendance aux financements internationaux²⁵. Dans certains contextes, des organisations internationales ont déployé des efforts concertés pour éviter d'étendre la prestation de soins au-delà de ce que le gouvernement peut se permettre afin d'assurer la durabilité à long terme. Par exemple, le plan de relance au Kosovo a favorisé l'utilisation de fonds humanitaires pour la réparation d'infrastructures endommagées et délabrées plutôt que pour la construction de nouvelles installations²².



References

1. OECD, 2015. Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives. Paris: OECD <http://bit.ly/1LPH8Zm>
2. WHO, 2007. Everybody's business -- strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action, Geneva. <http://bit.ly/2rnDLXD>
3. Schmidt, H. et al., 2015. Public Health, Universal Health Coverage, and Sustainable Development Goals: Can They Coexist? *Lancet*, 386(9996) <http://bit.ly/2rbozQ3>
4. WHO, 2008. The World Health Report 2008 - primary health care (now more than ever), Geneva: WHO. <http://bit.ly/1Z9d2rG>
5. Witter, S. & Bolton, L., 2015. Towards sustainability of RBF in the health sector – learning from experience in high and middle income countries, Oxford. <http://bit.ly/2pUngAh>
6. Marmot, M. & Bell, R., 2012. Fair society, healthy lives. *Public Health*, 126, pp.S4–S10. <http://bit.ly/2pl9Xb9>
7. Bornemisza, O., 2002. Health policy formulation in complex political emergencies and post-conflict countries: a literature review, London: LSHTM <http://bit.ly/2pU1pZU>
8. 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), pp.2370–2377 <http://bit.ly/2rkzF77>
9. Witter, S. et al., 2016. Evolution of policies on human resources for health: opportunities and constraints in four post-conflict and post-crisis settings. *Conflict and Health*, 10(1) <http://bit.ly/2qqLvbb>
10. Pavignani, E., 2005. Health Service Delivery in Post-Conflict States. In High Level Forum on the Health Millennium Development Goals: Selected Papers 2003–2005. Geneva: WHO. <http://bit.ly/1KzYecB>
11. Bertone, M. et al., 2014. A window of opportunity for reform in post-conflict settings? The case of Human Resources for Health policies in Sierra Leone, 2002–2012. *Conflict and Health*, 8(1) <http://bit.ly/2pQ1C1a>
12. Kruk, M.E. et al., 2015. What is a resilient health system? Lessons from Ebola. *The Lancet*, 385(9980) <http://bit.ly/2qbfohr>
13. Chirwa, Y., et al., 2016. Deployment of Human Resources for Health in Zimbabwe: Synthesis Report. Liverpool: ReBUILD Consortium <http://bit.ly/2r9ljnA>
14. Pavignani, E. & Colombo, A., 2009. Analysing Disrupted Health Sectors: A Modular Manual, Geneva: World Health Organization <http://bit.ly/2qqhTuy>
15. Ros, B., Fustukian, S. & McPake, B., 2015. Health care seeking behaviour and impact of health financing policy on household financial protection in post conflict Cambodia: A life history approach. Edinburgh: ReBUILD Consortium <http://bit.ly/2qqgTGZ>
16. Ssali, S., 2016. Maintaining an effective health workforce during and after conflict: Evidence from ReBUILD's research in northern Uganda, Kampala. <http://bit.ly/2qmqAgD>
17. Witter, S. et al., 2017. How do health workers experience and cope with shocks? Learning from four fragile and conflict-affected states on resilience in the health workforce. *Health Policy and Planning*, forthcoming.
18. WHO, 2015. Technical meeting to support Ebola affected countries on the recovery and resilience plans with a focus on GAVI, the Global Fund and other partners' funding, Geneva: WHO <http://bit.ly/2pRNV1C>
19. Ssenogooba, F. et al., 2016. Application of Social Network Analysis in the Assessment of Organizational Infrastructure for Service Delivery: A Case Study from post-conflict Northern Uganda, Liverpool, ReBUILD Consortium. <http://bit.ly/2fpF85U>
20. Schneider, P. & Hanson, K., 2006. The impact of micro health insurance on Rwandan health centre costs. *Health Policy and Planning*, 22(1). <http://bit.ly/2qytycn>
21. Jay, J. et al., 2016. Building from the HIV Response toward Universal Health Coverage. *PLOS Medicine*, 13(8), p.e1002083. <http://bit.ly/2aZTtsk>
22. Shuey, D.A. et al., 2003. Planning for health sector reform in post-conflict situations: Kosovo 1999–2000. *Health Policy*, 63(3) <http://bit.ly/2pRBxRG>
23. Meessen, B. et al., 2011. Removing user fees in the health sector: a review of policy processes in six sub-Saharan African countries. *Health Policy and Planning*, 26(Suppl. 2) <http://bit.ly/2qozQvc>
24. Beesley, M. et al., 2011. From drought to deluge: how information overload saturated absorption capacity in a disrupted health sector. *Health Policy and Planning*, 26(6) <http://bit.ly/2roK7Gb>
25. Waters, H. et al., 2007. Rehabilitating Health Systems in Post-Conflict Situations, Helsinki <http://bit.ly/2pU7eGN>
26. 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/2qLLYv>
27. Witter, S., 2016. Can donors really build institutions? Reflections on recent health sector experiences in Sierra Leone. In World Bank Fragility Forum. Washington D. C.: World Bank <http://bit.ly/2g8chG7>
28. Alonso, A., Brugha, R., 2006. Rehabilitating the health system after conflict in East Timor: a shift from NGO to government leadership. *Health Policy and Planning*, 21(3) <http://bit.ly/2rCwOp7>
29. 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>
30. 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>
31. Tankwanchi, A.B.S. et al., 2014. Has the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel been effective? *The Lancet Global Health*, 2(7) <http://bit.ly/2pRXldy>



Un centre de santé en Sierra Leone Crédit photo : Maria Bertone.



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.

