

Résilience des systèmes de santé pendant et après les crises - qu'est-ce que cela signifie et comment peut-elle être renforcée ?

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

juin 2017

Le concept de « résilience » est un ajout récent à la politique et à la recherche concernant les systèmes de santé. Au cours des cinq dernières années, le concept est devenu omniprésent et a même figuré dans le thème du quatrième Symposium mondial sur la recherche en systèmes de santé : « Systèmes de santé résilients et réactifs pour un monde en mutation »¹. C'est pourtant un terme ambigu et son sens est contesté au sein de la discipline². Le présent document de synthèse résume les différents aspects de la résilience des systèmes de santé, de leurs mesures et des stratégies pour renforcer la résilience pendant et après les crises.

Que signifie résilience dans le contexte des systèmes de santé ? Est-elle toujours positive ?

La résilience est utilisée depuis longtemps dans les analyses psychosociales de la santé mentale d'individus^{3,4}. Il est récemment devenu courant d'analyser les systèmes de santé en termes de résilience, une attention particulière étant portée sur l'importance de la préparation et de la réaction aux crises sanitaires afin de protéger la santé (voir Figure 1)^{5,6,7}. Utilisée de cette manière, la résilience reflète la capacité des systèmes de santé à réagir à des chocs externes intenses⁸. Ceci est similaire au concept de « renforcement des systèmes de santé »⁹, bien que ce dernier mette davantage l'accent sur l'amélioration des performances du système que sur la résilience¹⁰.

La récente augmentation de l'utilisation du langage de la résilience des systèmes de santé a coïncidé avec l'épidémie d'Ebola de 2014-2016 en Afrique de l'Ouest et une grande partie de la littérature sur la résilience est polarisée sur cette épidémie^{5,11,12}. D'autres exemples prennent en compte la crise économique de 2007-2008 en Irlande¹³, l'insurrection dans le nord du Nigeria¹⁴, le terrorisme au Burkina Faso¹⁵, et les effets de l'afflux de réfugiés syriens au Liban¹⁶.

Une interprétation connexe propose la résilience comme mécanisme au travers duquel les systèmes de santé « absorbent » les changements de l'environnement social et politique tout en préservant leur identité et leur fonction^{13,17}. Il s'agit d'une interprétation plus large qui pourrait servir à appuyer la planification des problèmes de santé à

Messages clés

- Le concept de résilience a été très utilisé ces dernières années pour indiquer une caractéristique positive d'un individu, d'une organisation et d'un système ; on devrait cependant l'appréhender de façon plus nuancée ; elle porte avant tout sur la capacité de faire face au changement, une qualité précieuse mais qui n'est pas synonyme de systèmes robustes.
- De même, les recherches sur la résilience du personnel de santé se sont particulièrement attachées à la capacité de continuer à fonctionner dans des environnements difficiles, sans révéler d'autres aspects importants tels que la qualité des soins dispensés, les coûts engendrés pour permettre au personnel de continuer de travailler dans des environnements de travail et des milieux communautaires sous-optimaux.
- La résilience est généralement associée aux réactions face à des chocs intenses, mais elle est tout aussi importante, sinon plus, lors de la gestion de problèmes chroniques, ce qui renvoie à la littérature sur d'autres attributs importants des systèmes de santé, comme l'adaptabilité, les systèmes d'apprentissage et la réactivité.
- Les outils de mesure de la résilience progressent ; ils comprennent les effets des crises sur la santé, l'utilisation des services de santé et les comportements d'adaptation à risque.
- On peut d'ores et déjà en tirer les premières leçons quant à la manière de renforcer la résilience, notamment :
 - i. Constituer des stocks, non seulement « matériels », tels que les médicaments, mais également « immatériels sous forme de confiance et de compétences
 - ii. Développer les capacités au niveau local
 - iii. Développer des systèmes parallèles pour faire face à des blocages spécifiques.

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**.

Résilience des systèmes de santé pendant et après les crises - qu'est-ce que cela signifie et comment peut-elle être renforcée ?

long terme, par exemple la résilience des systèmes de santé face au changement climatique¹⁸. En effet, l'utilisation du concept de résilience dans ce sens a une histoire bien plus longue en climatologie¹⁹.

Il est important que les systèmes de santé aient une plus grande résilience, mais il ne faut pas que celle-ci soit poursuivie de façon isolée. Les systèmes de santé peuvent être résilients, tout en fournissant des services limités ou de qualité médiocre, de sorte qu'il reste nécessaire d'améliorer les résultats¹⁰. En outre, le terme risque d'être utilisé de manière trop étroite pour pouvoir s'appliquer à la préparation à de graves menaces extérieures. Les systèmes de santé font l'objet d'une myriade de changements sociaux et politiques, tant nationaux qu'internationaux ; à ce jour, de nombreux changements importants n'ont pas été identifiés comme défis susceptibles d'être atténués par l'amélioration de la résilience des systèmes de santé. Ceux-ci incluent les populations vieillissantes et les changements dans leurs régimes alimentaires et leurs activités physiques. L'attention croissante portée à la résilience des systèmes de santé doit tenir compte des changements multiples et variés qui se produisent dans les systèmes de santé à l'échelle mondiale, et pas seulement vis-à-vis de chocs à court terme².

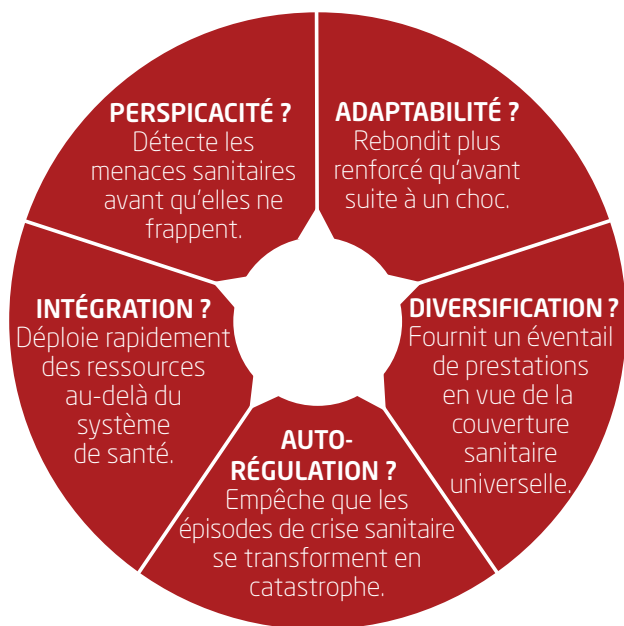


Figure 1. Les caractéristiques fondamentales de la résilience des systèmes de santé (d'après Kruk, adaptation Rockefeller, 2015 <http://bit.ly/2pTw49z>)

Quelles sont les caractéristiques clés de la résilience et comment peut-on la mesurer ?

Les systèmes de santé résilients ont été caractérisés dans un des cadres conceptuels proposés comme présentant cinq caractéristiques principales : la connaissance des ressources disponibles et des défis émergents ; la polyvalence pour prendre des mesures face à un large éventail de défis ; la capacité de contenir les crises sanitaires et d'éviter les répercussions préjudiciables sur d'autres parties du système de santé ; la capacité de proposer une intervention multisectorielle intégrant un éventail d'acteurs et d'institutions ainsi que des processus flexibles permettant de s'adapter en temps de crise⁵. Une autre approche de la résilience met l'accent sur trois caractéristiques : l'absorption, l'adaptation et la transformation^{8,13}. Celles-ci concernent la protection des prestations de services lors de crises, la capacité d'un gouvernement à gérer le système de santé en utilisant moins de ressources et sa capacité à introduire des réformes réalistes répondant à l'évolution de l'environnement.

La plupart des recherches sur la résilience des systèmes de santé effectuées à ce jour se sont penchées sur les caractéristiques mentionnées ci-dessus tout en cherchant à comprendre comment les communautés, les agents de santé et les organisations réagissent face aux crises^{11,14,15}. Cependant, peu de recherches pour mesurer la résilience des systèmes de santé ont été entreprises. L'absence de mesures appropriées a été l'une des principales conclusions du Symposium mondial sur la recherche en systèmes de santé de 2016²⁰.

Les indicateurs susceptibles d'être utilisés pour mesurer la résilience des systèmes de santé peuvent être tirés de la typologie figurant dans les « Lignes directrices en matière d'analyse des systèmes de résilience » (*Guidelines for Resilience Systems Analysis de l'OCDE*)²¹. Les indicateurs permettant de mesurer la résilience des systèmes de santé sont : l'état de santé, l'adoption de soins de santé et l'incidence de comportements d'adaptation qui portent préjudice à la santé et au bien-être, tels que le travail des enfants ou un apport alimentaire réduit. Cette perspective suggère par exemple que les systèmes de santé de la Sierra Leone et de la Guinée manquaient de résilience avant la crise Ebola car ils n'avaient pas réussi à maintenir de bons résultats en matière de santé et de fourniture de soins de santé¹². De telles analyses dépendent des données disponibles et doivent porter une attention particulière à l'évaluation de l'équité des résultats en matière de santé pour divers groupes sociaux et zones géographiques, ainsi que de la position de départ des systèmes de santé.

La mesure prospective de la résilience s'avère encore plus difficile, mais pourrait prendre la forme d'un ensemble de politiques ou de ressources mises en place pour protéger la santé. Cela signifierait aller au-delà des ressources du système de santé pour y incorporer les facteurs sociaux et communautaires pertinents. Il pourrait être plus facile de comprendre la résilience des systèmes de santé en tant qu'absorption des changements à court et à long terme.

Comment la résilience peut-elle être améliorée ?

Les mécanismes de financement de la santé

Les communautés constituent une ressource essentielle pour faire face aux crises^{22,23}, comme on a pu le constater au Nigéria où les particuliers font appel à leurs communautés pour obtenir un soutien financier ou autre en temps de crise¹⁴. Le déclenchement de crises perturbe cependant les structures familiales et les réseaux sociaux, et réduit les ressources à leur disposition. Le financement des services de santé pendant et après des crises prolongées doit être protégé, faute de quoi les frais officiels à la charge des utilisateurs se généralisent et compromettent l'équité d'accès^{13,24}. En Ouganda et au Cambodge, certains ont eu recours à la vente d'aliments et à l'emprunt pour couvrir leurs frais de santé^{25,26}. Pour ce qui est de la source des soins de santé, un basculement des prestataires privés formels vers les prestataires publics et privés informels a été observé, en particulier chez les plus pauvres²⁷.

Des mécanismes de financement équitables de la santé peuvent offrir une protection vis-à-vis des frais de santé pendant et après les crises²⁸. Des exemptions ciblées de frais à la charge des utilisateurs en Afghanistan ont permis de réduire les coûts pour les plus pauvres, mais des « fuites » importantes en faveur de groupes moins pauvres ont également été rapportées²⁹. En Sierra Leone, il a été constaté que les exemptions de frais à la charge des utilisateurs ont réduit la proportion d'utilisateurs payant les frais de santé et augmenté le recours à certains services de soins de santé³⁰, tandis que l'utilisation de fonds d'équité et de bons de santé (vouchers) a augmenté au Cambodge²⁷. Les exemptions portant sur les frais à la charge des utilisateurs et sur les vouchers nécessitent néanmoins des investissements simultanés dans l'offre de soins de santé (c'est-à-dire en faveur des prestataires) pour faire face à une demande accrue, tandis que les fonds d'équité en matière de santé exigent des systèmes de santé performants ou des structures de paiement par des tiers²⁴.

Les politiques relatives au personnel de santé

Les agents de santé jouent un rôle crucial dans la gestion des crises émergentes et le maintien des services de santé lors de situations de crise prolongées^{14,31}. Or, ils sont pourtant confrontés à des menaces à leur sécurité personnelle et à tout un éventail de défis professionnels³². Les travailleurs font face aux crises en modifiant leurs comportements, en puisant dans des systèmes de valeurs sociales et des réseaux de soutien et en ayant recours à d'autres façons de gagner de l'argent, y compris la double pratique. Par exemple, lors de l'épidémie d'Ebola, les travailleurs sierra-léonais ont reçus les encouragements de la part de membres de leur famille et de celle de leurs responsables et ils ont aussi créé une plate-forme de médias sociaux leur permettant de se soutenir mutuellement³³.

De plus, le recrutement, la rétention, la formation et la productivité du personnel de santé sont affectés si des agents qualifiés sont tués ou migrent vers des zones plus sûres^{34,35}. Des programmes appropriés d'incitations financières et non-financières peuvent être utilisés pour préserver la motivation des travailleurs lors de crises. Les pratiques de gestion sont également importantes. Il a été rapporté qu'au Timor oriental, un leadership solide, une bonne communication et une coordination efficace ont contribué à maintenir le moral du personnel³⁶.

Les organismes donateurs et gouvernementaux

La résilience des systèmes de santé peut être encouragée par le soutien de donateurs visant un renforcement généralisé des systèmes de santé¹². Cela comprend le soutien à la gouvernance en matière de santé, aux chaînes d'approvisionnement, aux infrastructures, aux agents et aux systèmes d'informations. Les donateurs qui répondent aux crises sanitaires doivent assurer que les zones mal desservies, et pas seulement celles qui disposent d'infrastructures existantes, reçoivent un soutien adéquat²⁷. Les analyses de réseaux sociaux peuvent être utilisées pour cartographier les acteurs et les relations afin d'étayer les prises de décision³⁷ ; dans un même temps, le concept émergent de l'« apprentissage » basé sur les données dans les systèmes de santé peut aider à intégrer les données sur les prestations de services à la prise de décision³⁸.

Il est important que les donateurs travaillent en étroite collaboration entre eux ainsi qu'avec les secteurs public et privé au niveau local et national afin de faciliter une intervention coordonnée. Les gouvernements peuvent s'avérer une source de leadership importante en période de changement, comme indiqué en Ouganda, où le secteur de la santé publique avait continué de jouer un rôle prépondérant avant, pendant et après la crise²⁷. Les partenaires au développement doivent soutenir les capacités et le rôle de leadership des ministères de la Santé, qui sont parfois marginalisés ou mis à l'écart pendant les crises³⁵, mais qui sont indispensables à la coordination des interventions multisectorielles³⁹.

Les fenêtres d'opportunité

Les conséquences d'une crise peuvent être l'occasion de reconstruire un système de santé équitable et résilient⁴⁰. La boîte à outils de l'Organisation mondiale de la santé visant à assurer la résilience des services de santé propose une matrice pour la réintroduction de services⁴¹, tandis que l'expérience des crises précédentes peut être utilisée pour mettre en place des mécanismes de résilience visant les événements à venir. Par exemple, il semblerait que le système de santé de Ouagadougou au Burkina Faso ait mieux résisté aux attaques terroristes grâce à l'expérience acquise lors des périodes de troubles civils survenues les deux années précédentes¹⁵. Les systèmes de santé doivent décentraliser certaines capacités et permettre l'adaptation afin de faire face aux perturbations, comme il l'a été démontré dans le nord du Nigéria, où la réduction de la fréquence des achats de produits pharmaceutiques aurait permis de minimiser les ruptures de stock¹⁴.

Les possibilités de reconstruire un système de santé équitable au lendemain de crises peuvent cependant prendre un certain temps à se développer et sont souvent ratées, car elles dépendent d'un leadership solide, d'un financement adéquat et de capacités suffisantes pour mettre en œuvre les réformes⁴². La réussite de l'endigement du virus Ebola en Ouganda en 2011 a, par exemple, été liée à des facteurs contextuels locaux, nationaux et internationaux, notamment la confiance entre les utilisateurs de services et un prestataire de soins clé non gouvernemental (confessionnel), un environnement favorable pour les agents de santé et une intervention plus rapide et coordonnée des donateurs⁴³.

References

1. See <http://healthsystemsresearch.org/hsr2016/>
2. Haldane, V. et al., 2017. Health systems resilience: meaningful construct or catchphrase? *The Lancet*, 389(10078) <http://bit.ly/2r8RPU4>
3. Davydov, D.M. et al., 2010. Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review*, 30(5) <http://bit.ly/2r1Xteq>
4. Vindevoel, S. et al., 2015. Toward a culturally sensitive conceptualization of resilience. *Transcultural Psychiatry*, 52(3) <http://bit.ly/2qdisbd>
5. Kruk, M.E. et al., 2015. What is a resilient health system? Lessons from Ebola. *The Lancet*, 385(9980) <http://bit.ly/2qbfohr>
6. WHA, 2011. Sixty-Fourth World Health Assembly: Resolutions and Decisions, pp. 21-24 <http://bit.ly/2psXA2A>
7. Health Systems Global, 2015. Resilient and responsive health systems the focus of the Fourth Global Symposium on Health Systems Research <http://bit.ly/2rcAoWg>
8. Blanchet, K. et al., 2017. Governance and Capacity to Manage Resilience of Health Systems: Towards a New Conceptual Framework. *International Journal of Health Planning and Management*, 6(x) <http://bit.ly/2pH9bLn>
9. World Health Organization, 2008. *The World Health Report 2008 - primary health care (now more than ever)*, Geneva: World Health Organization <http://bit.ly/2r9d2rG>
10. Witter, S. & Pavignani, E., 2016. Review of Global Fund Investments in Resilient and Sustainable Systems for Health in Challenging Operating Environments, Geneva
11. Siekmans, K. et al., 2017. Community-based health care is an essential component of a resilient health system: evidence from Ebola outbreak in Liberia. *BMC Public Health*, 17(1) <http://bit.ly/2qqfMak>
12. Kiemy, M.-P. et al., 2014. Health-system resilience: reflections on the Ebola crisis in western Africa. *Bulletin of the World Health Organization*, 92(12) <http://bit.ly/2rnfj8d>
13. Thomas, S. et al., 2013. A framework for assessing health system resilience in an economic crisis: Ireland as a test case. *BMC Health Services Research*, 13(1) <http://bit.ly/2pHTPuX>
14. Ager, A.K. et al., 2015. Health service resilience in Yobe state, Nigeria in the context of the Boko Haram insurgency: a systems dynamics analysis using group model building. *Conflict and Health*, 9(1) <http://bit.ly/2rIB7T>
15. Ridde, V., Lechat, L. & Meda, I.B., 2016. Terrorist attack of 15 January 2016 in Ouagadougou: how resilient was Burkina Faso's health system? *BMJ Global Health*, 1(1) <http://bit.ly/2pHik6X>
16. Ammar et al., 2016. Health system resilience: Lebanon and the Syrian refugee crisis. *Journal of Global Health*, 6(2) <http://bit.ly/2qozJ3c>
17. Ager, A. et al. 2013. Resilience: from conceptualization to effective intervention. Policy brief for IRC Strategic Planning meeting held on 6 May 2013 <http://bit.ly/2sBDkF>
18. Costello, A. et al., 2009. Managing the health effects of climate change. *The Lancet*, 373(9676) <http://bit.ly/2rnbz7j>
19. Intergovernmental Panel on Climate Change, 2001. Working Group II: Impacts, Adaptation and Vulnerability. Geneva: Intergovernmental Panel on Climate Change <http://bit.ly/2rcrOqH>
20. Health Systems Global, 2016. Vancouver Statement for the Fourth Global Symposium on Health Systems Research. Vancouver: Fourth Global Symposium on Health Systems Research <http://bit.ly/2rn70Jg>
21. OECD, 2014. Guidelines for Resilience Systems Analysis: How to analyse risk and build a roadmap to resilience. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development <http://bit.ly/2pHrMac>
22. Ozawa, S., Paine, L. & Qiu, M., 2016. Exploring pathways for building trust in vaccination and strengthening health system resilience. *BMC Health Services Research*, 16(S7) <http://bit.ly/2rchuyS>
23. Wulff, K., Donato, D. & Lurie, N., 2015. What Is Health Resilience and How Can We Build It? *Annual Review of Public Health*, 36(1) <http://bit.ly/2rns08s>
24. Witter, S. et al., 2011. The national free delivery policy in Nepal: Early evidence of its effects on health facilities. *Health Policy and Planning*, 26(SUPPL. 2) <http://bit.ly/2rn0kP>
25. SSaii, S., Theobald, S., Namakula, J., Witter, S., 2016. Building post-conflict health systems: A gender analysis from Northern Uganda in Ed Jasmine Gideon "Handbook on gender and health" UK: Edward Elgar
26. 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 <http://bit.ly/2qqgTGZ>
27. ReBUILD Consortium, 2016. Health financing policy in conflict affected settings: lessons from ReBUILD research. Liverpool: ReBUILD Consortium <http://bit.ly/2rkQv01>
28. IASC Global Health Cluster, 2010. Removing user fees for primary health care services during humanitarian crises. Geneva: Inter-Agency Standing Committee
29. Steinhardt, L.C. & Peters, D.H., 2010. Targeting accuracy and impact of a community-identified waiver card scheme for primary care user fees in Afghanistan. *International Journal for Equity in Health*, 9(1) <http://bit.ly/2rcJhiD>
30. Witter, S. et al., 2016. The Sierra Leone Free Health Care Initiative (FHCi): process and effectiveness review. Oxford: Oxford Policy Management <http://bit.ly/2qObZXv>
31. Namakula, J. & Witter, S., 2014. Living through conflict and post-conflict: experiences of health workers in northern Uganda and lessons for people-centred health systems. *Health Policy and Planning*, 29(suppl 2) <http://bit.ly/2pERjAI>
32. 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
33. Wurie, H., Witter, S. and Raven, J., 2016. 'Fighting a battle': Ebola, health workers and the health system in Sierra Leone. Liverpool: ReBUILD Consortium <http://bit.ly/2gwSjI9>
34. Roome, E., Raven, J. & Martineau, T., 2014. Human resource management in post-conflict health systems: review of research and knowledge gaps. *Conflict and Health*, 8(1) <http://bit.ly/2qmiZd1>
35. Witter, S., et al. The gendered health workforce: mixed methods analysis from four post-conflict contexts. Submitted to special edition of *Health Policy and Planning* on gender and ethics
36. Martins, J. S., Zwi, A. B., Thompson, L. M., 2013. Challenges in Mobilising, Retaining and Supporting Health Workers during a Period of Political Upheaval: A case study from Timor-Leste's experience in 2006. Sydney: Human Resources for Health Knowledge Hub <http://bit.ly/2qNP12y>
37. Ssengooba, 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, UK <http://bit.ly/2fpF85U>
38. English, M. et al., 2016. Building Learning Health Systems to Accelerate Research and Improve Outcomes of Clinical Care in Low- and Middle-Income Countries. *PLOS Medicine*, 13(4) <http://bit.ly/2rnohTq>
39. Raven, J. et al., 2014. Fragile and conflict affected states: report from the Consultation on Collaboration for Applied Health Research and Delivery. *Conflict and Health*, 8(1) <http://bit.ly/2qoPdEp>
40. Percival, V. et al., 2014. Health systems and gender in post-conflict contexts: building back better? *Conflict and Health*, 8(1) <http://bit.ly/2pH5SE9>
41. World Health Organization, 2015. Recovery Toolkit: supporting countries to achieve health service resilience. Geneva: World Health Organization <http://bit.ly/1VSM0XA>
42. 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>
43. McPake, B. et al., 2015. Ebola in the context of conflict affected states and health systems: case studies of Northern Uganda and Sierra Leone. *Conflict and Health*, 9(1) <http://bit.ly/2pRbua1>



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.

