

Mise en place de systèmes de santé inclusifs en situations de crise

Document de synthèse préparé par **Sophie Witter, Benjamin Hunter et Sally Theobald**

juin 2017

Il est largement reconnu que les systèmes de santé doivent avoir pour objectif la garantie d'un accès équitable à la santé et aux soins de santé pour tous¹. Ce concept est crucial pour assurer que « personne ne soit laissé de côté » dans la réalisation des objectifs de développement durable. La conception et la pratique de nombreux systèmes de santé sont cependant source de discriminations fondées sur des caractéristiques sociales telles que le genre, l'(in)validité, l'âge, l'ethnie et la classe. Une telle discrimination exacerbe la pauvreté et entraîne une vulnérabilité accrue et des retards dans l'accès aux soins à l'origine d'effets négatifs sur la santé. Le présent document de synthèse met en évidence les moyens par lesquels les systèmes de santé renforcent la marginalisation de certains groupes sociaux, puis résume les effets des crises sur l'inclusion et décrit les interventions susceptibles de protéger et de renforcer l'équité des personnes marginalisées.

Schémas d'inclusion et d'exclusion

Un système de santé équitable est un système dans lequel l'accès aux soins de santé est basé sur le besoin¹. Or, les systèmes de santé sont des institutions sociales dans lesquelles l'accès et les expériences sont déterminés par un ensemble complexe de facteurs et de relations sociales². Les schémas d'exclusion sociale - dans lesquels les droits et les prestations sont systématiquement dissimulés à certains groupes particuliers - se manifestent par la façon dont nombre d'individus sont classés comme inéligibles à des soins de qualité, s'il en est³. Cela fait souvent partie d'un contexte plus large dans lequel ces mêmes personnes sont exclues d'autres formes de protection sociale telles que l'éducation publique et les programmes alimentaires.

Les obstacles courants qui entravent l'accès aux soins de santé incluent le manque de documentation formelle, les coûts et les coûts d'opportunité liés à l'accès aux soins, y compris l'incapacité de payer des honoraires officiels ou non, et une alphabétisation ou une maîtrise limitée des langues prédominantes. Ces exigences sont particulièrement problématiques pour les groupes marginalisés qui ne disposent pas des ressources financières et sociales nécessaires pour

Messages clés

- Atteindre les objectifs de la couverture sanitaire universelle et de « ne laisser personne de côté » exigent des ressources et une attention accrues ainsi que des approches inclusives dans les contextes de situations de crises dans le but de promouvoir l'équité.
- Pour ce faire, il est essentiel d'élaborer et de suivre des politiques et des plans qui répondent aux besoins et aux réalités de la santé des femmes, des hommes, des garçons, des filles et des personnes d'autres orientations sexuelles marginalisés (et souvent traumatisés).
- Cela exige un financement équitable, ainsi que des approches, des méthodes et des stratégies de suivi et d'évaluation des systèmes de santé pour garantir à ces groupes l'accès à des services de santé de qualité qui tiennent compte de leurs besoins.
- Il est également essentiel de veiller à ce que le personnel de santé reçoive un soutien approprié pour qu'il puisse dispenser les prestations services de santé de base. Les agents de santé communautaires qui constituent souvent la face la plus visible des systèmes de santé dans les zones rurales sont incontestablement particulièrement importants, or l'on sait peu de choses sur la meilleure façon de soutenir et d'appuyer ces corps de métier cruciaux dans les situations de conflit.
- Parmi les autres lacunes affectant les données figurent les meilleures pratiques en matière d'action intersectorielle visant à promouvoir l'équité et l'inclusion en temps de crise.
- Les crises sont souvent cause de transitions ; le secteur de la santé, y compris les agents de santé, s'ils sont correctement coordonnés, pourvus des ressources nécessaires et bien soutenus, peuvent s'avérer de puissants acteurs dans la promotion de systèmes de santé inclusifs et équitables.

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 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**.

naviguer au sein des processus de demande des documents, payer les frais de soins de santé et, dans certains cas, apprendre le langage des prestations de soins de santé. Des obstacles similaires affectent l'emploi dans les systèmes de santé où certains groupes sociaux sont confrontés à la discrimination et à l'exclusion systématiques de certains types de travail⁴.

Le genre est un déterminant majeur des intrants et des résultats concernant les systèmes de santé⁵. Les femmes, les hommes, les transgenres et personnes d'autres orientations sexuelles représentent un éventail d'identités auxquelles ils accordent de l'importance, et ont des approches variées en matière de recours aux soins de santé et face aux impacts de la maladie. La dynamique intra-ménage renforce ces différences car certains membres, souvent des hommes et des femmes plus âgées, dictent l'accès aux soins de santé aux autres membres de la famille⁶. Les analyses intersectionnelles ont de plus en plus de succès et ont révélé comment le genre interagit avec d'autres facteurs sociaux et démographiques pour façonner l'accès aux services^{6,7}. Dans de nombreux contextes, tels que dans le nord de l'Ouganda post-conflit, les femmes âgées des communautés pauvres et marginalisées font face au plus grand nombre d'obstacles relatifs aux soins de santé et autres formes de protection sociale⁸.

Un système de santé équitable quelque soit le genre devrait :
Fournir des services de santé qui répondent aux besoins les plus urgents des hommes et des femmes tout au long de leur vie, de manière appropriée
Assurer aux hommes et aux femmes la possibilité d'accéder à ces services leur vie durant et de pouvoir les utiliser sans obstacles sociaux, géographiques et financiers
Produire des informations de santé pertinentes, ventilées par sexe, pour l'élaboration des politiques
Assurer des résultats de santé équitables chez les femmes et les hommes et pour tous les groupes d'âge
Fournir des chances égales aux professionnels de la santé, les femmes comme les hommes, qui travaillent dans le système de santé

Figure 1 : À quoi ressemblerait un système de santé soucieux de l'égalité des genres ? (Adapté de Percival et al., 2014. <http://bit.ly/2pH5SE9>)

Comment les crises affectent-elles l'équité dans les systèmes de santé ?

Les crises amenuisent la protection vis-à-vis des coûts financiers liés à l'accès aux soins de santé (**voir les documents connexes de cette série sur la résilience des systèmes de santé et sur la couverture sanitaire universelle dans les situations de crise**)⁹. Les recettes publiques peuvent chuter et les systèmes de financement de la santé être perturbés, contribuant ce faisant à l'émergence de systèmes formels et informels affectant les frais à la charge des utilisateurs. Cela exacerbe l'exclusion des personnes en fonction de leur capacité de payer et se manifeste de manière particulièrement vive dans les groupes marginalisés. Par exemple, lors de la période post-crise en Ouganda et du retrait des organisations internationales non gouvernementales (et de la gratuité des services de soins de santé), les communautés se sont avérées de plus en plus tributaires de services payants fournis par un large éventail de prestataires à but lucratif ou non. Les ménages dirigés par une femme, plus pauvres

et donc moins en mesure de régler les frais à leur charge, ont été particulièrement touchés⁹.

Les groupes marginalisés sont également particulièrement vulnérables aux effets négatifs engendrés par les modifications des rôles sociaux, les pratiques liées à la santé et le poids que représente la maladie en temps de crise. Dans ces contextes, la perturbation des structures sociales modifie les attentes sexospécifiques vis-à-vis de la masculinité et de la féminité, tandis que l'application limitée de la loi et l'effondrement de l'ordre social entraînent la violence sexuelle, souvent perpétrée à l'encontre de tous les sexes¹⁰. Il en résulte des changements substantiels dans la charge de morbidité liée à la santé mentale et sexuelle des communautés marginalisées, parallèlement à l'émergence et à la réémergence de maladies transmissibles et de traumatismes. Les systèmes de santé doivent prendre davantage en compte l'évolution des besoins, souvent exacerbés, des femmes, des hommes, des filles, des garçons et des personnes de toute orientation sexuelle.

L'équité au sein du personnel de santé a également son importance dans la rétention d'un personnel de santé suffisamment nombreux et motivé, ce qui est particulièrement difficile en situation de crise vu les risques personnels et les défis professionnels auxquels sont confrontés les agents de santé (**voir le document connexe sur la résilience dans les systèmes de santé**). En Afghanistan, les étudiantes sages-femmes évitaient les postes de formation dans certaines zones car elles avaient été prévenues qu'elles y seraient spécifiquement (en tant que travailleuses) la cible d'assassinat¹¹, tandis que les femmes agents de santé communautaires auraient, selon certaines sources, quitté leurs postes en raison de craintes similaires quant à leur sécurité¹². Les violences sexuelles perpétrées contre les agents de santé communautaires (principalement les femmes) se sont imposées comme sujet clé dans un webinaire concernant le genre et les agents de santé communautaires ; ces violences semblaient particulièrement problématiques dans les contextes de crise, comme par exemple en milieu rural en République démocratique du Congo¹³. La planification et le recrutement de personnel dans les situations de crise sont pourtant généralement « aveugles » aux groupes marginalisés et ne reconnaissent pas, ni ne réagissent aux pressions distinctes auxquelles font face les différents groupes¹⁴.

Leçons pour promouvoir l'inclusion des groupes et des genres marginalisés

Les besoins de santé

Au cours des 15 dernières années, la fourniture de services de soins de santé en temps de crise a été guidée par la formation de 'Paquets minimum' d'activités considérées être les plus importantes pour la protection de la santé¹⁵. De tels programmes n'accordent cependant explicitement que peu de priorité aux besoins des groupes marginalisés. Par exemple, les besoins spécifiques des personnes transsexuelles et autres groupes marginalisés en matière de santé ne figurent pas dans le texte de ces paquets minimum, tandis que la santé des femmes a tendance à être réduite à des problèmes de procréation : santé maternelle et reproductive et services relatifs aux violences sexuelles¹⁶. Ainsi, des paquets minimum d'activités

sanitaires dans les situations de crise peuvent en réalité renforcer des relations sociales qui nuisent à l'équité dans le système de santé.

L'amélioration des collectes de données en situations de crise aiderait à cerner les impacts des paquets minimum de soins de santé sur les différents groupes marginalisés. Il est nécessaire d'obtenir un consensus sur les meilleurs indicateurs à utiliser à cette fin, ainsi qu'un soutien accru aux données quantitatives et qualitatives ventilées pendant et après les crises¹⁷. De telles données permettraient de mieux cibler les ressources des systèmes de santé et montreraient comment l'accès à ces systèmes et l'évolution de ces derniers lors de situations de crise sont déterminés par les relations sociales et comment le système de santé peut être modifié pour encourager l'inclusion. La recherche participative a également beaucoup à offrir dans les situations de crise, car elle offre la possibilité de comprendre comment les normes sociales affectent la vulnérabilité aux problèmes de santé et les possibilités d'accès aux soins. Au Sud-Soudan, a été incluse dans les approches participatives la formation d'animateurs communautaires sur le « dialogue communautaire » entre hommes et femmes jeunes et âgés, comparant les normes et les pratiques sociales et sexospécifiques passées et présentes, par la mise en commun des connaissances en matière de santé maternelle et des discussions sur les changements nécessaires à l'amélioration de la santé maternelle¹⁸.

Processus de représentation et d'élaboration des politiques

Les crises peuvent être propices aux réformes de politiques équitables (**voir le document connexe sur la couverture sanitaire universelle**). Cela inclut la possibilité de supprimer les frais à la charge des utilisateurs, et de (re)former le personnel de santé et d'en élargir les effectifs, mais également d'intégrer des analyses sociales qui garantiront que les services de santé profitent aux groupes marginalisés¹⁶. Par exemple, des analyses détaillées des politiques tant existantes que prévues et une attention particulière aux indicateurs favorisant l'équité peuvent être utilisées pour garantir l'équité de leurs effets.



Une femme dans une clinique au Cambodge. L'amélioration de l'accessibilité physique et la sensibilisation accrue du personnel hospitalier au handicap ont amélioré l'inclusion des personnes handicapées. Photo avec l'autorisation du CARITAS Takeo Eye Hospital (<http://bit.ly/2sl4GUT>)

L'élaboration de politiques à tous les niveaux de l'administration doit prendre en compte la voix des groupes marginalisés. Cela signifie accroître la représentation de ces groupes au sein des ministères nationaux, ainsi qu'au sein des organes de décision, au niveau local et à celui des districts, qui gagnent en influence lors des réformes de décentralisation¹⁶. Les systèmes de santé dépendent des femmes prestataires de soins de santé au sein des ménages, des centres de santé et des hôpitaux. Elles dirigent pourtant rarement les systèmes auxquels elles contribuent tant¹⁹. Parallèlement aux efforts visant à accroître la représentation, les ministères peuvent mettre en place des points focaux et des formations visant à coordonner les efforts de sensibilisation aux besoins des différents groupes sociaux. Au Timor oriental et au Cambodge, par exemple, le personnel du ministère de la Santé a reçu une formation en analyse sexospécifique et un point focal pour l'égalité des genres (PFG) a été créé au ministère de la Santé^{14,17}.

Le personnel de santé

Les politiques relatives au personnel doivent encourager les groupes marginalisés à accéder, à rester et à progresser dans les différentes sphères du système de santé²⁰; il existe cependant peu d'éléments probants étayant des politiques appropriées²¹. Une option serait d'aider les groupes marginalisés à suivre des formations et à occuper des postes au sein du système de santé où ils sont sous-représentés et à les impliquer dans la planification et l'évaluation des politiques¹⁴. Les systèmes de santé ne sont que le reflet de la situation de ceux-ci et des inégalités sociales rencontrées tout au long de la prestation et de l'administration de services de soins de santé¹⁶. Le secteur de la santé peut également contribuer au changement social et s'en porter le défenseur, un partenariat avec d'autres secteurs (comme l'éducation, le bien-être social) dans le cadre d'une campagne intersectorielle pouvant fortement promouvoir l'inclusion.



References

1. World Health Organization, 2007. Everybody's business -- strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action, Geneva <http://bit.ly/2mDLXD>
2. Freedman, L.P. et al., 2005. Transforming health systems to improve the lives of women and children. *Lancet*, 365(9463) <http://bit.ly/2qsuMVC>
3. Marmot, M. & Bell, R., 2012. Fair society, healthy lives. *Public Health*, 126 <http://bit.ly/2pRg7St>
4. 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
5. Morgan, R. George, A. Ssali, S. Hawkins, K. Molyneux, S. Theobald, S., 2016. How to do (or not to do)... gender analysis in health systems research. *Health Policy and Planning* 31 (8) <http://bit.ly/2qoS6F5>
6. Tolhurst, R. et al., 2012. Intersectionality And Gender Mainstreaming In International Health: Using A Feminist Participatory Action Research Process To Analyse Voices And Debates From The Global South And North, *Social Science and Medicine*, 74(11) <http://bit.ly/2pTDiKJ>
7. Springer, K.W., Mager Stellman, J. & Jordan-Young, R.M., 2012. Beyond a catalogue of differences: A theoretical frame and good practice guidelines for researching sex/gender in human health. *Social Science & Medicine*, 74(11) <http://bit.ly/2pRH7AU>
8. Ssali, 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
9. 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/2rkzFi7>
10. Building Back Better, 2014. How can humanitarian responses to health adequately take gender into account? Ottawa: Building Back Better <http://bit.ly/2qoBf53>
11. Wood, M.E. et al., 2013. Factors influencing the retention of midwives in the public sector in Afghanistan: A qualitative assessment of midwives in eight provinces. *Midwifery*, 29(10) <http://bit.ly/2qt9ruD>
12. Newbrander, W. et al., 2014. Barriers to appropriate care for mothers and infants during the perinatal period in rural Afghanistan: A qualitative assessment. *Global Public Health*, 9(sup1) <http://bit.ly/2pRKqrU>
13. George, A. et al., 2016. Webinar: Community health workers - The gender agenda #HSGgender. *Health Systems Global*. <http://bit.ly/2pq0gxN>
14. 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
15. Pavignani, E. & Colombo, A., 2009. *Analysing Disrupted Health Sectors: A Modular Manual*, Geneva: World Health Organization <http://bit.ly/2qghTuy>
16. Percival, V. et al., 2014. Health systems and gender in post-conflict contexts: building back better? *Conflict and Health*, 8(1) <http://bit.ly/2pH5E9>
17. Building Back Better, 2014. How can health system reform after conflict support gender equity? Ottawa: Building Back Better <http://bit.ly/2qoBFlv>
18. Morgan, R., Theobald, S., Hawkins, K., Waldman, L., Eelsey, H., 2016. Incorporating gender analysis into health systems implementation research In Eds. Lucas, H. and Zwarenstein, M. 'A practical guide to implementation research on health systems' Baltimore: Future Health Systems
19. Dhatt, R. et al., 2017. The Role of Women's Leadership and Gender Equity in Leadership and Health System Strengthening, forthcoming in *Global Health, Epidemiology and Genomics*
20. 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/2pERjAl>
21. 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>



Un agent de santé dans un établissement médical géré par le gouvernement à Aden au Yémen. © 2009 Micah Albert, avec l'autorisation de Photoshare



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.

