

1. INTRODUCTION

Aspect général du sujet

Il est fréquent que les catastrophes et les situations d'urgence aient des répercussions disproportionnées sur le système de santé d'un pays¹ et sur la santé générale des femmes, des hommes, des filles et des garçons. Des catastrophes peuvent avoir pour effet de paralyser les établissements de santé (par la destruction d'infrastructures ou la coupure d'approvisionnements essentiels, comme l'électricité et l'eau, qui en empêchent le fonctionnement), les rendant incapables de fournir des soins médicaux vitaux. Aux lendemains d'une catastrophe, il est fréquent que les programmes récurrents de santé publique (les campagnes de vaccination par exemple) soient interrompus, faisant ainsi reculer les avancées globales effectuées dans le domaine de la santé publique. Souvent, les agents de santé ne peuvent pas s'acquitter de leurs fonctions car ils sont eux-mêmes victimes de la catastrophe ou incapables de se rendre sur leur lieu de travail. Il arrive que les ressources financières réservées à la santé soient détournées pour faire face à d'autres priorités. La prise de conscience de ces réalités alors que le pays se met en phase de relèvement post-catastrophe contribue au maintien des niveaux de santé d'avant la catastrophe et peut être l'occasion d'instaurer des mesures pour améliorer

En situation de crise, il est essentiel de disposer d'une stratégie d'intervention du secteur de la santé afin que l'action menée par les différents acteurs, notamment les acteurs extérieurs, complète les mesures prises par les autorités sanitaires nationales et locales et les autres acteurs locaux, et serve d'appui à ces dernières. La stratégie fournit un cadre pour planifier l'action sanitaire dans toutes les zones touchées, y compris en ce qui concerne l'allocation des ressources.

¹ L'Organisation mondiale de la Santé définit les systèmes de santé comme étant : (i) toutes les activités dont le but essentiel est de promouvoir, restaurer et/ou entretenir la santé ; (ii) les personnes, institutions et ressources organisées ensemble conformément aux politiques établies, en vue d'améliorer la santé de la population qu'elles desservent, tout en répondant aux attentes légitimes de la population et en la protégeant contre le coût de la maladie par le biais de diverses activités dont le but principal est d'améliorer la santé.

Après une catastrophe à évolution rapide, le renforcement ou le rétablissement des systèmes de santé locaux et des capacités peut commencer dès le premier jour par la conception et la mise en œuvre de tous les programmes et toutes les activités sanitaires d'urgence. La phase de relèvement après une catastrophe permet de « reconstruire en mieux » – de veiller à ce que le système de santé soit adapté et durable, de mettre en place des systèmes de préparation ainsi que des moyens face à une crise future et d'instituer des mesures de réduction de la vulnérabilité. Après une crise prolongée, ou vers la fin d'une telle crise, le relèvement est complexe et long. Les partenaires internes et externes doivent collaborer pour permettre à nouveau à l'État d'assurer des services de santé et d'autres services essentiels, tout en rétablissant l'activité économique. La planification du relèvement du système de santé doit commencer tôt. Il est essentiel de formuler des politiques rationnelles, des stratégies adéquates et des plans flexibles afin d'élaborer un cadre d'action dans un environnement très fragmenté. La stratégie doit présenter les zones prioritaires, les objectifs, les activités stratégiques, ainsi qu'un exposé des motifs. Cet exposé doit présenter, de manière concise, les raisons pour lesquelles certaines priorités ont été fixées et certaines stratégies choisies. L'exposé des motifs devra être bref dans la stratégie préliminaire et plus détaillé aux étapes suivantes. La stratégie doit :

- comporter une analyse concise de la situation et la liste hiérarchisée des principaux problèmes et de leurs causes, et expliquer pourquoi certaines zones prioritaires ont été choisies ;
- présenter les objectifs pour chaque grand domaine d'intervention (p. ex. lutte contre les maladies transmissibles, réadaptation post-traumatique, surveillance, gestion de l'approvisionnement pharmaceutique) et les stratégies proposées pour atteindre les objectifs, en montrant comment objectifs et stratégies découlent des résultats de l'évaluation des besoins et de l'analyse de la situation ; et
- signaler les contraintes opérationnelles et les questions intersectorielles transversales considérées comme particulièrement importantes pour la santé compte tenu de la situation qui prévaut, expliquer comment ces contraintes et questions ont été prises en compte et montrer comment les principes généraux de programmation en situation d'urgence ont été appliqués.

2. MATERIELS ET METHODE

Aspect particulier du problème

Parmi les nombreux dangers pour la santé publique dans le monde figurent entre autres les catastrophes naturelles, comme les tremblements de terre ou les périodes de sécheresse ; les conflits ; les risques biologiques, tels que les flambées de maladies infectieuses, l'eau ou les aliments contaminés ; les risques technologiques, par exemple la contamination chimique, nucléaire ou industrielle ; et les conséquences sanitaires de plus en plus importantes du changement climatique. La gestion des risques sanitaires associés aux urgences et aux catastrophes implique d'évaluer systématiquement les risques sanitaires liés à tous ces dangers, de les réduire, de s'y préparer, d'y faire face et de planifier le relèvement.

Dans la plupart des cas, le relèvement d'un secteur de la santé en crise requiert :

1. d'étendre la prestation des services de manière à couvrir les zones et les populations négligées ; dans certains cas, le processus suppose de fusionner des services de santé jusque-là cloisonnés.
2. d'améliorer la technicité des soins proposés ; les usagers doivent pouvoir accéder aux actes chirurgicaux de base, aux services de laboratoire et autres aides au diagnostic, ainsi qu'à l'hospitalisation.
3. d'adopter de nouveaux modèles de prestation des services si les modèles appliqués sont jugés obsolètes à la lumière des nouveaux besoins résultant de l'évolution de l'environnement.
4. d'augmenter le rendement des facteurs absorbés par le processus de prestation, de manière à dégager des ressources qui pourront profiter aux actions mentionnées ci-dessus.

Ainsi, refonder un secteur en crise suppose d'en améliorer l'équité, l'efficacité, l'adéquation et l'efficience

But du travail

Dans cette section, nous nous proposons de décrire comment aborder dans la pratique le relèvement d'un secteur de la santé en crise, et proposons des itérations pas-à-pas pour évaluer et chiffrer les avantages et les inconvénients des principales options possibles pour les décideurs. Nous présentons les étapes pratiques à suivre pour formuler des scénarios de reconstruction réalistes, ainsi que pour définir les obstacles que l'on risque de rencontrer et les erreurs usuelles à éviter.

Le but de notre travail est de comprendre comment l'insécurité combinée au la pandémie du COVID 19 pourrait affecter le secteur de santé et plus spécifiquement les utilisateurs des services de santé dans le contexte du Burkina Faso

La Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples, en son article 16, stipule que « toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre ». Elle précise que les États parties s'engagent à prendre les mesures nécessaires en vue de protéger la santé de leurs populations et de leur assurer l'assistance médicale en cas de maladie.

La constitution du Burkina Faso, en ses articles 20, 21, 22 et 26 reconnaît également le droit fondamental à un accès à la santé des populations.

La politique du président du Faso, à travers le PNDES, fait de la santé une des priorités majeures du gouvernement

3. RESULTATS ET DISCUSSION

Dans leur étude de la réforme du secteur de la santé, McPake et Mills (2000) affirment que la propension à ne rien reprendre des méthodes antérieures, ou alors à les répliquer aveuglément, reflète deux idées fausses symétriques : « *la conviction que l'on ne peut rien apprendre des autres contextes* », qui s'oppose à « *la volonté de rechercher le meilleur modèle possible* ».

Ces auteurs proposent de sortir de cette dichotomie stérile en utilisant un cadre conceptuel qui reconnaît trois catégories de conclusions valides : a) les conclusions qui peuvent être généralisées à la plupart des situations ou à toutes ; b) les conclusions spécifiques à un contexte donné et c) les conclusions valides pour un sous-ensemble de situations, considérées comme suffisamment similaires. Si l'on clarifie la nature des conclusions, on peut éviter aux décideurs de transférer une conclusion de type b) à une autre crise, ou de transférer une conclusion de type c) à une crise de nature différente

Au Burkina Faso, du fait de l'insécurité, de larges pans de la population sont privés d'accès aux services élémentaires. En effet, l'insécurité présente dans plusieurs régions du pays a mené à la fermeture d'une partie importante des infrastructures de santé, privant 1 171 907 millions de personnes d'accès aux soins. Dans ce contexte, les mesures adoptées par le gouvernement pour lutter contre la COVID-19 ont aggravé l'accès des populations aux services de santé ainsi que la disponibilité, la qualité et l'utilisation de ces services. La difficulté d'approvisionnement en matériel de santé, le manque de personnel et l'arrêt des campagnes de vaccination sont autant de défis supplémentaires. Certaines zones géographiques se trouvent totalement dépourvues d'assistance médicale aussi bien gouvernementale qu'humanitaire. Les populations déplacées sont les plus touchées par ces problèmes de disponibilité des services.

Fonctionnalité des formations sanitaires et Disponibilité des services de santé

Le système de santé reste fortement impacté par la situation sécuritaire au Burkina Faso. Des attaques perpétrées contre le système de santé, intimidations et enlèvement des agents de santé, vols de médicaments, ont été rapportés durant le mois de juillet 2020. A la date du 14 juillet 2020, selon le rapport reçu du Ministère de la santé, 99 formations sanitaires, soit 9% des formations sanitaires de cinq des six régions affectées par l'insécurité sont fermées, privant plus de 1,3 million des personnes d'accès aux soins suite à ce dysfonctionnement et 201 autres formations sanitaires, soit 19% fonctionnent à minima. A cela s'ajoute les 174 formations sanitaires qui ont accueilli les PDI dans leurs aires de santé respectives. Cette situation affecte l'offre des soins de santé à tous les niveaux, c'est à dire pas de vaccination en stratégie avancée ni de permanence de nuit et des référencement presque impossibles pour les personnes en besoins des soins de santé secondaires. Le système de santé reste fortement ébranlé par la dégradation de l'offre de soins dans les zones à sécurité précaire et dans les localités abritant les personnes déplacées internes

L'insécurité a engendré des conséquences néfastes sur l'accessibilité aux structures sanitaires et l'offre de soins et de services de santé ainsi que sur la qualité de la prise en charge. En outre l'augmentation soudaine d'une demande de soins et de services d'urgences, la spécificité des morbidités causées par des traumatismes violents ou par des armes de guerre et l'insuffisance des plateaux techniques classiques des services de prise en charge préhospitalière et hospitalière appellent à une adaptation des interventions. L'insuffisance en personnel de santé, en médicaments et en équipements biomédicaux, le vol et destruction des ambulances dans les zones d'insécurité et l'accès limité des partenaires humanitaires à certaines formations sanitaires sont parmi les principaux problèmes auxquels le système de santé est confronté dans les zones d'insécurité

Le relèvement n'est certes pas une démarche linéaire, néanmoins cette note d'orientation est axée autour de trois phases :

L'immédiat : à savoir les efforts de relèvement initiaux alors que le secteur passe de la phase d'intervention à la phase de relèvement.

Le court terme : à savoir la planification du relèvement et la mise en oeuvre initiale.

Review University Without Borders for the Open Society (RUFSO)

ISSN: 2313-285X Volume :22, Issue : 11 , March 2021

Content available at <http://www.rufso.org/publications>

Le moyen terme : à savoir les efforts de reconstruction.

Les trois tableaux visés aux pages suivantes résument les domaines d'activité au sein de chaque phase de relèvement du secteur de la santé et en présentent les principaux jalons, y compris les éventuelles contributions aux efforts de relèvement d'institutions multilatérales et d'autres

Les jalons envisagés correspondent à trois fonctions :

Diriger : les responsables de la santé ont le contrôle, ou le prennent, pour faire bouger les choses.

Soutenir : les responsables de la santé travaillent avec d'autres chefs de file du relèvement pour les aider dans leurs travaux de relèvement.

Accompagner : les responsables de la santé partagent des ressources et des outils (qu'il s'agisse de personnes, de systèmes, de plateformes, de données et de biens matériels) qui aideront d'autres à diriger les éléments du relèvement dont ils ont la charge.

Il n'existe pas de modèle tout prêt équilibré et universel de relèvement. La plupart des décisions prises dans cette optique sont éminemment politiques, et donc intrinsèquement sujettes à controverse. Les décideurs soumis à des pressions insistantes ont donc tendance à ignorer les avis techniques. Les négociations entre les multiples parties prenantes jouent un rôle pivot dans le succès du relèvement. Des négociations éclairées ont plus de chances d'aboutir à des résultats tangibles que celles qui reposent sur des bases floues. Une estimation raisonnable des effets probables des différentes méthodes peut aider les responsables à prendre des décisions éclairées, à resserrer l'éventail des options envisageables et à choisir des stratégies réalistes. Faute d'un examen sérieux de toutes les options possibles, on court un risque non négligeable de choisir des approches inappropriées, irréalistes, non viables ou inéquitable

Les parties prenantes doivent alors avoir pour principal souci de veiller à ne pas commettre d'erreur catastrophique

L'étape initiale d'exploration et de compilation des informations disponibles peut prendre quelques mois, pendant lesquels il convient de contacter et d'associer les sources d'information et les parties prenantes. On obtient ainsi des indications précieuses sur les perceptions et les préférences. Les grandes lignes du relèvement peuvent se dessiner à ce stade.

La deuxième étape, qui est consacrée aux études considérées comme essentielles pour pouvoir asseoir les discussions sur des bases solides, peut demander plus de temps, par exemple entre 6 et 12 mois. La responsabilité de la réalisation de ces études peut être répartie entre les parties

prenantes, ce qui partage le travail et améliore la participation. À ce stade, il faut résister à la tentation d'étudier la plupart des aspects en détail

Lors de la troisième étape, il convient de rassembler de nouvelles données dans un ensemble de projections possibles, qui seront soumises aux décideurs. Lorsque l'on étudie des aspects imprévus ou que l'on s'entend sur des arbitrages, le débat ouvert que cela occasionne peut conduire à réviser les projections. Une fois que l'on parvient à un certain degré de consensus et d'adhésion, il est possible de finaliser les stratégies et de les avaliser officiellement

Stratégies Développées

Au titre du gouvernement

Renforcer les systèmes de santé de façon globale avec une priorité aux soins de santé primaire pour que le paquet minimum d'activités puisse être délivré à travers une offre intégrée de soins.

- Monter en capacité et réorganiser les ressources humaines pour assurer la présence de personnel de santé qualifiés dans les zones les plus isolées.
- Construire et rénover les infrastructures avec la mise à disposition des équipements nécessaires.
- Promouvoir l'approche One Health.
- Faciliter l'accès aux vaccins et aux médicaments.
- Promouvoir le droit à la santé sexuelle et reproductive (démographie, genre et santé).
- Appuyer la recherche pour produire les évidences et influencer les politiques publiques de santé.
- Prioriser la nutrition dans le cadre des interventions en santé.
- Mobiliser les financements et accompagner les états afin d'atteindre les engagements de la déclaration d'Abuja (la santé doit représenter 15% des dépenses de l'Etat).
- Développer l'utilisation des nouvelles technologies.
- S'appuyer sur les services de soins de l'armée en cas de crise.

Review University Without Borders for the Open Society (RUFSO)

ISSN: 2313-285X Volume :22, Issue : 11 , March 2021

Content available at <http://www.rufso.org/publications>

- Prendre en compte les dynamiques locales pour proposer une réponse adaptée aux populations. Il peut par exemple s'agir de privilégier les approches mobiles afin d'accompagner les populations pendant la période de transhumance.
- Mettre en place une approche globale constituée de programmes intégrés : eau potable, santé, éducation, désenclavement des axes principaux...
- Soutenir les états dans le cadre de la mise en œuvre de leur politique publique. Les interventions des ONG doivent notamment être positionnées en complément des mesures étatiques et non en concurrence.
- Assurer le déploiement des équipes médicales d'intervention rapides pour mener des évaluations et une réponse appropriée aux populations en mouvement ;
- Renforcer les interventions à base communautaire, l'offre des soins de santé au travers les équipes mobiles et l'appui institutionnel aux formations sanitaires ;
- Renforcer les mécanismes de pré positionnement des stocks de médicaments et matériels médico-technique dans les zones les plus en besoins et dont l'accès est difficile et fluctuant ;
- Poursuivre le renforcement des capacités de coordination des partenaires et des plaidoyers pour une couverture des besoins critiques ;
- Appuyer l'élaboration du paquet minimum des soins de santé en situation d'urgence qui devrait couvrir les recouvrements des soins de santé pour les populations sévèrement affectées.

Gestion de la Coordination du Cluster et groupes de travail

Dans l'aperçu des besoins humanitaires et le plan de la réponse humanitaire 2020, le Cluster santé et nutrition ont priorisé des interventions à base communautaire comme une des quatre stratégies importantes qui aident à rendre disponibles les soins de santé. Les autres stratégies sont, la mise en place des cliniques mobiles, des postes médicaux avancés et l'appui à la fonctionnalité des formations sanitaires là où cela est possible. Les objectifs sectoriels du Cluster Santé visent à rendre disponible les soins de santé à tous les niveaux y compris les interventions à base communautaires pour les soins de santé primaires, nutritionnels et la santé sexuelle et reproductive. C'est dans le but d'harmoniser et d'aligner les différentes approches, stratégies et interventions sur le terrain en conformité avec les documents du pays qu'est apparue la nécessité de créer un groupe de travail sur la santé communautaire. Ce groupe se

Review University Without Borders for the Open Society (RUFSO)

ISSN: 2313-285X Volume :22, Issue : 11 , March 2021

Content available at <http://www.rufso.org/publications>

veut un cadre d'échanges ouverts sur toutes les questions en rapport avec la santé communautaire et la façon de l'adapter aux différentes situations d'urgence rencontrées sur le terrain.

Bibliographie

- Akkou, L. &. (2019). *La contribution de la sécurité sociale au financement du système de santé en Algérie: Un droit de regard* . Doctoral dissertation, Université Mouloud Mammeri.
- asileu, C. (2019). *Modélisation structurelle des réseaux sociaux: application à un système d'aide à la décision en cas de crise sanitaire*. New York: (Doctoral dissertation, Université Claude Bernard-Lyon I).
- avignani, E. &. (2020). *Analyse du secteur de la santé dans les urgences complexes*.
- Baril-Gingras, G. B. (2007). *Conditions et processus menant à des changements à la suite d'interventions en santé et en sécurité du travail: l'exemple d'activités de formation*. Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé, (9-1).
- Basileu, C. (2017). *Modélisation structurelle des réseaux sociaux: application à un système d'aide à la décision en cas de crise sanitaire*. (Doctoral dissertation, Université Claude Bernard-Lyon I).
- Benamouzig, D. &. (2018). *Administrer un monde incertain: les nouvelles bureaucraties techniques. Le cas des agences sanitaires en France*. Sociologie du travail, 47(3), 301-322.
- Boulet, A. &.-Z. (2017). *Les stratégies d'apprentissage à l'université*.
- Brami, L. D. (2018). *Réformes de l'hôpital, crise à l'hôpital: une étude des liens entre réformes hospitalières et absentéisme des personnels soignants*. Politiques et management public, 29(3), 541-561.
- Chimienti, M. C.-M. (2018). *Migration et santé'': priorités d'une stratégie d'intervention* . Université de Neuchâtel.
- Delavaud, J. M. (2018). *Application de la méthode de projet pour l'élaboration d'une Unité transversale d'éducation du patient–UTEP*. Education Thérapeutique du Patient-Therapeutic Patient Education, 8(1), 10301.
- Fleury, M. B. (2020). *Technologies de l'information et ergonomie appliquées à l'administration des médicaments*.

Review University Without Borders for the Open Society (RUFSSO)

ISSN: 2313-285X Volume :22, Issue : 11 , March 2021

Content available at <http://www.rufso.org/publications>

- Habib, J. (2010). *La dynamique de création de connaissances dans les processus d'innovation: Analyse comparée de quatre études de cas dans le secteur de la santé électronique*. *Systemes d'information management*, 15(4), 93-140.
- Kerouedan, D. (2009). *De plus en plus de malades et de moins en moins de soignants: la crise des ressources humaines du secteur de la santé en Afrique*. *Journal africain du cancer/African Journal of Cancer*, 1(2), 115-122.
- Krissi, C. (2020). *Contrefaçon des médicaments et stratégies technologiques pour sécuriser la chaîne d'approvisionnement pharmaceutique*. Doctoral dissertation, École Polytechnique de Montréal.
- Magny, J. C. (2007). *Vers une vision intégrée de l'éducation physique et de l'éducation à la santé en milieu scolaire ou, les étapes d'élaboration d'un modèle d'intervention personnalisé visant à assurer auprès des élèves du milieu scolaire, l'adoption d'un mode de vie sain e*.
- Massé, R. &-A. (2009). *Éthique et santé publique: enjeux, valeurs et normativité*. Presses Université Laval.
- mondiale de la Santé, A. (2005). *Interventions sanitaires en cas de crise et de catastrophe, l'accent portant plus spécialement sur le séisme et le tsunami du 26 décembre 2004*. Organisation mondiale de la Santé.
- mondiale de la Santé, A. (2019). *Coordination à l'interieur du Système des Nations Unies: assistance médico-sanitaire au Liban, rapport du Directeur général*. Organisation mondiale de la Santé.
- OMS. (1978). *Coordination à l'interieur du Système des Nations Unies: assistance médico-sanitaire au Liban, rapport du Directeur général*. Organisation mondiale de la Santé.
- Organization., W. H. (2008). *Programme d'action Comblent les lacunes en santé mentale (mhGAP): élargir l'accès aux soins pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives*.
- Prieur, C. (2020). *La réforme du système de santé américain. Pratiques et Organisation des Soins*,.

Review University Without Borders for the Open Society (RUFSSO)

ISSN: 2313-285X Volume :22, Issue : 11 , March 2021

Content available at <http://www.rufso.org/publications>

Rodwin, V. G. (2018). *L'assurance santé aux États-Unis: la réforme Obama*. Les Tribunes de la santé.

- AUTRES SOURCES

Notes de cours Activités de recherche et alternance en Entreprise 1, DPHU, 2^{ème} année

https://www.who.int/hac/global_health_cluster/guide/chapitre5.pdf?ua=1

<https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Burkina%20Faso%20-%20iMMAP-DFS%20COVID-19%20-%20Analyse%20de%20la%20situation%2C%20juin%20-%20septembre%202020.pdf>

<https://ideas4development.org/uploads/2018/05/CR-Conf%C3%A9rence-Sant%C3%A9-S%C3%A9curit%C3%A9-Sahel-26062018.pdf>

https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/bulletin_sectoriel_juillet.pdf