

FORMULER DES STRATEGIES POUR LE RELEVEMENT D'UN SECTEUR DE LA SANTE EN CRISE

Papier pour la conférence académique internationale tenue par Meguem Edwige Ce 20/02/2021

INTRODUCTION

Les stratégies de relèvement d'un secteur de la santé en crise, est l'ensemble des disponibilités prises à la suite d'une crise sanitaire pour limiter ses dégâts dans la population tant sur le plan physique, affectif, psychosocial mentale. Dans le monde entier et en particulier au Cameroun nous vivons une situation de crise sanitaire qui a affecté la population sur tous les plans. Les dispositions doivent être prises pour prendre un nouveau départ et remédier autant que possible à la situation. Pour cela nous devons d'abord répertorier tous les dégâts occasionnés par la crise en question (Exemple : cas de la Covid-19) avant de mieux ressortir les stratégies de relèvement. La phase de relèvement est l'occasion de reconstruire en mieux en adoptant une démarche de prévention des risques de catastrophes dans les mesures de développement et la résilience, qui est au sens large (et en particulier pour ce qui concerne les sciences humaines) considérer, comme la capacité, pour un système donné, de surmonter les altérations provoquées par un ou des éléments perturbateurs, pour retrouver son état initial ou encore son fonctionnement normal (OMS,2018).

A l'échelle mondiale, les stratégies de relèvements sont devenues une pratique régulière et immédiate après les catastrophes. Toutefois, les expériences des dernières décennies ont montré que la satisfaction des besoins de relèvement doit aller au-delà de la simple conduite des évaluations post-catastrophe. Permettre aux communautés de se relever de cette crise sanitaire liée par exemple Covid-19 requiert à la fois une bonne préparation avant pendant et après la crise (Prieur, 2020)

Les stratégies de relèvements sont de façon générale les suivantes :

- Collecte d'information ;
- Leadership, gouvernance et coordination ;
- Communication ;
- Financement ;
- Ressource humaine ;
- Stratégie et planification ;
- Suivi et évaluation ;
- Infrastructure ;
- Prestation des services de la santé ;
- Médicaments, fournitures et technologie ;
- Mise en œuvre.

1. Collecte de l'information

1.1 Phase immédiate

Nous devons déterminer les besoins et les priorités matériels, humains et en ressources, la collecte d'informations est constituée des éléments suivants :

- Évaluer l'impact d'une catastrophe sur la santé humaine et sur le système de soins de santé ;
- Comprendre la qualité des soins de santé post-catastrophe ;
- Identifier les nouveaux groupes de population vulnérables et leur localisation précise ;
- Identifier les problèmes et les nouveaux cas.

Les informations à recueillir sont : les données de référence ressortant le sexe, l'âge la localité, une évaluation du groupe vulnérables tel que : personne âgées, Femmes enceintes, anticipées ; vérification de la qualité de l'eau et l'hygiène dans les lieux d'abri ; le bien être communautaire ; les écoles, les entreprises, logement, transport.

1.2 Phase à court et moyen terme

Nous devons effectuer des recherches en permanence afin de déterminer les besoins et les enjeux, d'en comprendre les implications, de mettre à l'épreuve les suppositions et priorités sous-jacentes, d'affecter les ressources et de surveiller les progrès réalisés. Utiliser ces informations pour guider les activités et les décisions de relèvement (Rodwin, V. G. 2018).

2. Leadership, gouvernance et coordination.

2.1 Passé immédiate.

Activer un cadre de gouvernance et de leadership du secteur de la santé post-catastrophe de haut niveau, de préférence préparé à l'avance, qui décrit les rôles, les responsabilités et les engagements après une catastrophe. Pour y arriver, la Banque mondiale et l'OMS peuvent conseiller les gouvernements sur l'élaboration d'un cadre de leadership et de gouvernance post-catastrophe de haut niveau préparé à l'avance et sur la législation concernée associée (mondiale de la Santé, A. 2019).

La coordination et la définition des rôles et responsabilités lors du relèvement doivent être étayées par la législation nationale ou un protocole d'accord (avant qu'un plan de relèvement ne formalise les rôles par ou de préférence avant que la catastrophe ne survienne dans le cadre du leadership (Massé, R. &.-A. 2009).

2.2 Phase à court et moyen terme.

Un système de gestion de projet coordonné est essentiel, pour garantir l'efficacité des interventions et impératif pour aligner tous les acteurs. Il facilite la communication et la collaboration et il soutient les flux d'informations en temps réel entre les établissements de santé essentiels et en leur sein. À mesure que le relèvement avance, il est important de renforcer les capacités institutionnelles en vue de pérenniser les objectifs de développement sanitaire à plus long terme. De meilleures opportunités peuvent notamment se présenter pour des actions concertées en vue de réaliser des objectifs communs, y compris avec le secteur privé. Les actions doivent être concertées pour éviter les dédoublements inutiles des efforts (Magny, J. C. 2007).

3. Communication

3.1 Phases immédiate

Utiliser les réseaux locaux informels et formels de santé et des communautés afin d'identifier les besoins et les préoccupations des communautés dans le domaine de la santé. Ces besoins et préoccupations permettent d'éclairer le plan de communication. Identifier et élaborer des modèles de communication pour les situations très préoccupantes, à haut risque, de crise et de gestion du changement. Nous devons toucher le maximum des personnes vulnérables homme, femme, enfant, garçon et fille (Krissi, C. 2020). Lorsqu'il y a des rumeurs, la *Papier pour la conférence académique internationale tenue par Meguem Edwige* Ce 20/02/2021

désamorcer directement. Avoir une relation franche et transparente avec les médias pour obtenir les informations claires précis et exacte.

4. Financement

4.1 Phase immédiate

En conjonction avec tout cadre de relèvement post-catastrophe planifié à l'avance, une évaluation des besoins post-catastrophe peut déterminer les besoins globaux de financement du relèvement. Une évaluation plus approfondie du secteur de la santé pourrait s'imposer. Pour lancer des activités de relèvement et faire face à des coûts d'exploitation plus élevés que prévus, ainsi que pour assurer des mesures de résilience et d'amélioration, il est essentiel d'établir des estimations des coûts réalistes, qui reposent sur des évaluations des dommages, des pertes et des besoins et sur un cadre pour l'affectation et le contrôle des fonds. Déterminer le financement disponible provenant du secteur public et du secteur privé, y compris des organismes internationaux les coûts réalistes doivent être disponible pour ne pas engager une action sans fond disponible (Kerouedan, D. 2009).

4.2 Phase à court terme

Il revient certes à l'État de financer les services et activités essentiels de santé publique, il n'en reste pas moins que des mécanismes pourraient aider à couvrir les services cliniques essentiels (assurance santé, subventions de l'État et des paiements directs par les particuliers). L'état doit aussi rendre gratuit des services de santé pour les populations pauvres et vulnérables (Habib, J. 2010).

4.3- phase à moyen terme

Il est possible que les fonds viennent à être insuffisant ou à être détournés à d'autres fins, empêchant ainsi les efforts de relèvement durables. Il sera nécessaire d'effectuer des audits et des évaluations des mécanismes de financement et d'affectation de fonds, d'identifier tous les besoins et le résoudre (Fleury, M. B. 2020).

5. Ressources humaines

5.1 Phase immédiate.

Envisager les capacités et les aptitudes des professionnels de la santé en fonction de leurs propres besoins de relèvement et de leur bien-être. C'est à l'administration centrale de soutenir les ressources humaines, la formation des effectifs et leur embauche. Il est annoté que

les personnels soignants sont également victimes des catastrophes et les doivent être prise pour surmonter cela. En plus des professionnels de santé les experts en d'administration hospitalière sont requis pour la formation et à l'état de préparation opérationnel des administrateurs.

5.2 Phase à court terme

Prévoir pour les employés le temps et l'espace nécessaire pour faire le plein d'énergie nécessaire et subvenir à leurs propres efforts de relèvement personnel. Il peut être judicieux de profiter de la phase de relèvement pour élaborer de nouveaux plans de formation et pour déployer des agents médicaux qui répondent mieux aux besoins de la population. S'assurer que l'organisme chef de file compte des femmes et des hommes qui sont formés et qui organisent des activités sensibles à la dimension du genre pour renforcer les capacités (Kerouedan, D. 2009).

5.3 Phase à moyen terme

Pendant cette phase, nous assurer que les agents de santé disposent d'un accès continu à un soutien psychosocial et les heures de travail plus flexible. Examiner et, si nécessaire, renforcer la gestion du système de santé actuel pour faire face à l'évolution des profils de maladie et à d'autres facteurs de santé. Etablir un plan de mise en valeur des ressources humaines et prendre les modalités institutionnelles nécessaires (Kerouedan, D. 2009).

6. Stratégie et planification

6.1 Phase immédiate

Dans le cadre des efforts de relèvement pris dans leur ensemble, envisager les implications des politiques, des règlements, et des lois qui supervisent les normes et contrôlent l'application de la réglementation. Enfin de répondre aux objectifs du relèvement, un plan de relèvement pour le secteur doit être élaboré en parallèle avec un plan de relèvement de plus large. L'élaboration d'un plan de relèvement du secteur doit associer les partenaires, Établir visions et objectifs à atteindre, les principes, les priorités et le statut du plan ; déterminer les populations vulnérables et touchées ;

Prévoir les retombées sociales, sanitaires, juridiques et environnementales des éléments du plan. Faire approuver tout élément juridique du plan par les plus hautes instances de l'État. ; Identifier les possibilités de préparation aux catastrophes naturelles et de prévention des risques pour le secteur de la santé afin d'en réduire l'exposition et la vulnérabilité.

6.2. Phase à court terme

Dans cette phase, approuver le plan de relèvement du secteur de la santé pour amorcer des activités de relèvement et coordonner les interventions des organismes concernés. . Envisager d'élaborer des politiques sur les domaines suivants : principe de reconstruire en mieux ; la nature de l'aide à apporter au secteur privé de la santé ; le détachement de personnel dans les zones et les établissements sinistrés ; l'achat direct de biens, de services et de matériel ; la gestion et l'élimination des déchets ; l'accès aux soins de santé primaires ; la santé d'urgence ; les interventions d'urgence

6.3 Phase à moyen terme

Envisager des mécanismes stratégiques visant à améliorer le secteur de la santé. Ici ce sera également l'occasion pour le secteur de la santé d'appuyer les décisions de planification propices à l'amélioration de la sécurité et de la santé des communautés. Si possible à mesure que des problèmes de relèvement sont identifiés, l'administration centrale peut décider de réviser la loi nationale sur les soins de santé ou d'introduire de nouveaux mécanismes politiques ou juridiques. Ici il est important de pas oublier les handicapés dans l'effort de reconstruction et de rétablissement post- catastrophe et veuillez a ce qu'il facile pour eux de se rendre dans les logements, les équipements collectifs et a des installations communautaire (Magny, J. C. 2007).

7. Suivi et évaluation

7.1Phase immédiate

Pour déterminer la réussite ou l'échec de programmes et de projets de relèvement à répondre aux besoins des populations touchées par une catastrophe, il est essentiel de mesurer les progrès réalisés vers les objectifs du relèvement. Tous les partenaires impliqués dans le processus ont un rôle à remplir dans la collecte, l'analyse et la diffusion des résultats. Élaborer un cadre de suivi et d'évaluation basé sur les résultats en vue d'étayer la mise en œuvre du plan de relèvement du secteur de la santé, s'accompagnant d'informations de référence claires. Nous devons Inclure des données ventilées par sexe et par âge, pour un meilleur rendu des résultats.

7.2 Phase à court terme.

Progrès de relèvement réalisés, ou de leur absence, pour s'assurer que les populations dans le besoin reçoivent bien les fonds. Il est donc possible que l'évaluation des activités de

relèvement chevauche la collecte de données de référence. Évaluer tous les 6 à 12 mois régulièrement les activités et les dépenses de relèvement. En cas de besoin, ajuster le plan de relèvement du secteur de la santé et le budget en fonction des besoins pour surmonter les lacunes et faiblesses identifiées. Il est conseillé de communiquer les rapports avec les partenaires, les administrations locales, le secteur privé et le grand public.

7.3 Phase à moyen terme

Les résultats des processus de suivi et d'évaluation éclaireront la nécessité d'une transition, les modalités employées et le moment choisi.

8. Infrastructure

8.1 Phase immédiate

En situation de catastrophe, le secteur de la santé se trouve au cœur de la réponse. Les hôpitaux doivent pouvoir continuer à fonctionner et rester un lieu sûr où sont dispensés des services vitaux. Le plus souvent, l'hôpital n'est pas en mesure d'opérer pour la simple raison d'un manque de main-d'œuvre, d'équipements endommagés ou perdus, de coupures d'électricité ou d'approvisionnement en eau et/ou de son accès limité ou empêché. Les travaux de réparation et de reconstruction des infrastructures essentielles doivent être faits en donnant la priorité à la prévention des risques.

8.2 Phase à court terme

Dans la mesure du possible, entamer sans attendre les projets de relèvement du secteur de la santé pour mettre le public en confiance. Dans certains cas des fonds publics peuvent être nécessaires pour rétablir les établissements de santé du secteur privé lors du relèvement après une catastrophe.

8.3 Phase à moyen terme

Durant cette phase, des projets majeurs de construction pour le secteur de la santé sont normalement entamés. De fois on assiste à un retard de lancement de la construction par l'état ce qui freine le processus de relèvement. C'est important de prévoir la construction de nouvelles formations hospitalières pour pallier aux redondances et la récurrence.

9. Prestation des services de santé

9.1 Phase immédiate

Résoudre les problèmes immédiats de santé et de sécurité, répondre aux besoins sanitaires et rétablir les services de santé essentiels. Les catastrophes s'accompagnent de nouveaux risques pour la santé, souvent dus au manque de salubrité de l'eau (choléra, hépatite, etc.), qui nécessitent une attention immédiate. Former les professionnels de la santé à la dimension du genre et à ses implications pour la santé, y compris la prévention et les interventions en cas de violence basée sur le genre. Se concentrer sur la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents. Rendre les centres de santé accessible tant pour les hommes que les femmes.

9.2 Phase à court terme.

Ici doivent être opérationnels les services de santé prioritaires, les services de support de santé communautaires, un système pour assurer l'acheminement ininterrompu des soins médicaux pour les personnes atteintes de maladie ou d'un état chronique et un mécanisme de règlement des plaintes concernant la prestation des services. Il faut mettre sur place un soutien psychosocial peut permettre de réduire les stress, de plaintes ou du stress post-traumatique.

9.3. Phase à moyen terme.

Il est crucial non seulement d'avoir des services de santé fonctionnels, mais aussi de renforcer les services de santé primaires. C'est l'occasion d'envisager de nouveaux modèles de soutien et de prestation de services sur le plan social et dans le domaine de la santé, qui sont équitables en matière de prestation de services de santé. Un service de soins de santé primaire renforcé doit tenir compte les considérations suivantes : Équité, Efficacité, Pertinence, Efficacité.

10. Médicaments, fournitures et technologie.

10.1 Phase immédiate

Les médicaments et les technologies figurent parmi les piliers du relèvement d'un système de santé. Il est fréquent de constater des interruptions dans l'approvisionnement en médicaments et d'autres matériels et fournitures médicaux lorsque la crise se prolonge et le besoin est élevé. La chaîne de froid doit être entretenue. Envisager l'élaboration d'une stratégie

pour un système de chaîne d'approvisionnement des médicaments d'urgence qui remédie aux retards constatés.

10.2 Phase à court et moyen terme.

Pendant la période de relèvement, il est important de reconstituer les stocks de médicaments et de rétablir les technologies du secteur de la santé, que l'OMS définit comme étant « l'application de connaissances et d'aptitudes organisées sous la forme de dispositifs, de médicaments, de vaccins, de procédures et de systèmes élaborés en vue de résoudre un problème sanitaire et d'améliorer la qualité de vie. Pendant le processus de relèvement, les programmes nationaux de vaccination doivent être leurs niveaux d'avant la catastrophe.

11. Mise en œuvre

Pendant la phase initiale il est possible de répondre déjà au besoin de santé de la population en posant des actions concrètes : tel que l'approvisionnement en eau potable, l'assainissement qui constituent la priorité. La distribution des fournisseurs tel que moustiquaire, masque dans le cas du Covid-19.

A la phase courte et moyenne

Applique les trois volets d'une opération d'élimination des déchets qui sont l'évaluation, l'équipement et la formation.

Conclusion

En conclusion les stratégies pour un relèvement d'un secteur de santé en crise doivent être bien élaborées, suivant les différents jalons repartis en trois phases de relèvement. La formulation de cette stratégie passe par les décisions et les activités de stratégie, de planification, de financement et de mise en œuvre qui sous-tendent l'élaboration et l'exécution d'un plan de relèvement du secteur de la santé. Elle recense également les embûches fréquentes ainsi que les moyens de les surmonter.

BIBLIOGRAPHY

- 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*.

- 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'intérieur du Système des Nations Unies: assistance médico-sanitaire au Liban, rapport du Directeur général*. Organisation mondiale de la Santé.
- OMS. (1978). *Coordination à l'intérieur 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 Comblant 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*,.

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

