

Cadre opérationnel pour les soins de santé primaires

De l'ambition à l'action

Projet soumis aux États Membres pour examen lors de la Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé

© Organisation mondiale de la Santé, 2020 Tous droits réservés.

Le présent document est un projet soumis aux États Membres et à toutes les parties intéressées pour examen, aux fins de consultation. Le contenu n'est pas définitif, et le texte est susceptible d'être modifié avant sa publication. Le document ne peut être révisé, résumé, cité, reproduit, transmis, diffusé, traduit ou adapté, en tout ou partie, sous quelque forme et par quelque moyen que ce soit sans l'autorisation de l'Organisation mondiale de la Santé.

Table des matières

Préface.....	3
Acronymes.....	4
Glossaire	5
Résumé d'orientation.....	16
1. Introduction	20
1.1 À qui ce document est-il destiné ?	23
1.2 Comment utiliser ce document ?.....	23
2. Leviers stratégiques de base	25
2.1 Volonté politique et leadership	25
2.2 Gouvernance et cadres stratégiques.....	30
2.3 Financement et répartition des ressources	34
2.4 Participation des communautés et d'autres parties prenantes.....	37
3. Leviers facultatifs	43
3.1 Modèles de soins	43
3.2 Personnel dispensant les soins de santé primaires	49
3.3 Infrastructure physique	55
3.4 Médicaments et autres produits pour améliorer la santé.....	59
3.5 Collaboration avec les prestataires du secteur privé.....	64
3.6 Systèmes d'achat et de paiement.....	68
3.7 Technologies numériques pour la santé	75
3.8 Systèmes pour améliorer la qualité des soins	79
3.9 Recherche axée sur les soins de santé primaires.....	85
3.10 Suivi et évaluation	88
4. Contributions des partenaires internationaux.....	95
Bibliographie.....	100
Annexe 1 : Outils et ressources destinés à soutenir la mise en œuvre des leviers pour les soins de santé primaires	107

Préface

Dans sa résolution WHA72.2 (2019), l'Assemblée mondiale de la Santé prie le Directeur général, entre autres, « d'élaborer, en consultation avec les États Membres et en faisant davantage appel à leur expertise, pour examen à la Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé, un cadre opérationnel pour les soins de santé primaires, qui sera pleinement pris en compte dans les programmes généraux de travail et les budgets programmes de l'OMS, pour renforcer les systèmes de santé et soutenir les pays dans l'intensification des efforts qu'ils font pour assurer les soins de santé primaires ». Le présent projet de cadre opérationnel s'appuie sur un projet initial élaboré dans le cadre d'une série de publications techniques destinées à guider la Conférence internationale sur les soins de santé primaires (25 et 26 octobre 2018, Astana). Ce projet initial a ensuite été révisé après un examen par des experts, une consultation publique, une consultation de la société civile, des entretiens avec des informateurs clés et des consultations auprès des États Membres.

Le présent cadre opérationnel, le document *Vision for primary health care in the 21st Century* ainsi que les documents techniques associés reposent sur une étude de documents, sur les rapports régionaux rédigés en 2018 au sujet des soins de santé primaires, sur des études de cas nationales concernant les soins de santé primaires, sur une synthèse des enseignements tirés au cours des 40 dernières années, sur les contributions du Groupe consultatif international sur les soins de santé primaires, ainsi que sur les rapports thématiques relatifs aux principaux enjeux dans ce domaine. Le Cadre s'appuie sur les travaux réalisés par l'OMS au cours des quarante dernières années, notamment la Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000, *Primary Health Care 21: "Everybody's business"*, les travaux de la Commission des déterminants sociaux de la santé, le cadre d'action mis en place par l'OMS pour renforcer les systèmes de santé et améliorer ainsi les résultats de l'action sanitaire, le *Rapport sur la santé dans le monde 2008 : Les soins de santé primaires – Maintenant plus que jamais*, et le Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne.

Acronymes

CSU	couverture sanitaire universelle
CSU2030	Partenariat international de santé pour la couverture sanitaire universelle à l'horizon 2030
ODD	Objectif de développement durable
OMS	Organisation mondiale de la Santé
sida	syndrome d'immunodéficience acquise
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VIH	virus de l'immunodéficience humaine
WASH	Eau, assainissement et hygiène

DRAFT

Glossaire

Accès (aux services de santé). Capacité, réelle ou perçue, d'accéder aux services de santé ou aux établissements de santé (emplacement, délais et facilité d'accès).

Responsabilisation. Obligation de faire rapport ou de rendre des comptes concernant son action, par exemple, à une autorité dirigeante (par le biais d'examens, de contrats, d'accords de gestion et de réglementations) ou à un électorat.

Mécanismes de participation active. Mécanismes conçus pour atteindre l'objectif de responsabilisation et de représentation des intérêts communautaires à l'échelle locale, infranationale et nationale.

Affections propices aux soins ambulatoires. Affections chroniques dont il est possible de prévenir les exacerbations aiguës et pour lesquelles on peut réduire la nécessité d'une hospitalisation grâce à des soins primaires actifs. Il s'agit par exemple de l'asthme, du diabète et de l'hypertension.

Morbidité évitable. Incidence d'une maladie considérée comme évitable grâce à des interventions sanitaires.

Mortalité évitable. Décès considérés comme évitables grâce à des interventions sanitaires.

Coordination des soins. Démarche proactive rassemblant les professionnels de la santé et les prestataires de soins de santé autour des besoins des usagers pour que la population bénéficie de soins intégrés centrés sur la personne dans différents contextes.

Parcours de soins (ou chemin clinique). Plan de gestion structuré et pluridisciplinaire (qui vient s'ajouter aux lignes directrices cliniques) définissant la trajectoire de soins dans le système de santé pour les individus présentant des problèmes cliniques précis.

Aidants (ou auxiliaires de vie, personnes chargées des soins). Individus prodiguant des soins à un ou plusieurs membres de leur famille, de leur cercle amical ou de leur communauté. Ils fournissent des soins réguliers, occasionnels ou courants, ou s'occupent d'organiser les soins dispensés par d'autres. On parle d'« aidants » par opposition aux prestataires de services formels, qu'ils soient rémunérés ou bénévoles (soignants).

Prise en charge des cas. Approche ciblée, communautaire et proactive qui suppose une recherche des cas, une évaluation, une planification et une coordination des soins afin d'intégrer les services en fonction des besoins des personnes présentant un niveau de risques élevé et nécessitant des soins complexes (souvent fournis par plusieurs prestataires ou dans plusieurs lieux), des personnes vulnérables ou des personnes aux besoins sociaux et sanitaires complexes. Le responsable de la prise en charge coordonne les soins du patient à toutes les étapes.

Bassin de population. Zone géographique définie et desservie par un programme ou un établissement de santé, délimitée en fonction de la répartition de la population, des frontières nationales et de l'accessibilité des transports.

Gestion du changement. Démarche visant la transition des individus, des équipes, des organisations et des systèmes vers un état futur souhaité.

Soins des maladies chroniques. Soins de santé répondant aux besoins des personnes souffrant de problèmes de santé à long terme.

Gouvernance clinique. Processus dans le cadre duquel les acteurs doivent rendre des comptes quant à l'amélioration continue de la qualité de leurs services de santé et au maintien de normes élevées de soins.

Lignes directrices cliniques. Recommandations formulées de manière systématique et fondées sur des données factuelles qui aident les professionnels de santé et les patients à prendre des décisions concernant les soins dans un contexte clinique spécifique.

Intégration clinique. Coordination des soins du patient entre les différentes fonctions, activités et unités opérationnelles du système. Le degré de coordination dépend essentiellement de l'état du patient et des décisions prises par l'équipe chargée des soins. L'intégration clinique peut être horizontale et verticale.

Protocoles cliniques. Cadre opérationnel décrivant les soins à prodiguer aux patients en fonction des cas et définissant pourquoi, où, quand et par qui les soins sont dispensés.

Cohérence (d'une politique, d'une stratégie ou d'un plan national de santé). a) Degré de correspondance entre les stratégies proposées et les priorités identifiées dans l'analyse de la situation ; b) degré de correspondance entre les plans des programmes et la stratégie ou le plan national de santé ; c) degré de cohérence entre les différentes stratégies programmatiques de la politique, de la stratégie ou du plan national de santé ; ou d) degré d'intégration des stratégies proposées dans le budget, le cadre de suivi et d'évaluation et le plan d'action.

Soins collaboratifs. Soins dans le cadre desquels les professionnels et les organisations collaborent avec les personnes pour atteindre un but commun.

Communauté. Unité de population définie par des caractéristiques communes (par exemple, situation géographique, centres d'intérêt, croyances ou caractéristiques sociales), lieu des fonctions politiques et sociales élémentaires où se déroulent les interactions sociales quotidiennes et la plupart des activités de la population.

Agent de santé communautaire. Personne prodiguant des soins médicaux aux membres de sa communauté, souvent en partenariat avec les professionnels de santé, également désignée par les termes « agent de santé de village », « éducateur sanitaire », « conseiller sanitaire non professionnel », « patient expert », « agent communautaire bénévole » ou d'autres termes.

Soins complets. Gamme de soins et éventail des ressources répondant à l'ensemble des besoins sanitaires d'une communauté donnée. Les soins complets recouvrent les interventions de promotion de la santé et de prévention ainsi que le diagnostic et le traitement ou les soins spécialisés et les soins palliatifs. Ils comprennent les soins de maladies chroniques ou les soins de longue durée à domicile et, dans certains modèles, les services sociaux.

Continuité des soins. Degré perçu de cohérence et de lien dans le temps entre une série de soins de santé individuels, et adéquation avec les besoins et les préférences de la personne en matière de santé.

Continuum de soins. Gamme de soins de santé, à l'échelle d'un individu et d'une population, nécessaires à toutes les étapes d'une maladie, d'une blessure ou d'un événement, tout au long de la vie. Cela comprend la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs.

Coproduction des soins de santé. Services de santé proposés dans une relation fondée sur l'égalité et la réciprocité entre les professionnels, les usagers des services, les familles et les communautés

auxquelles ils appartiennent. La coproduction implique une relation à long terme entre les usagers, les prestataires et les systèmes de santé, relation dans laquelle les informations, les prises de décision et la prestation de services sont partagées.

Approche prenant en compte toutes les étapes de la vie. Approche tenant compte du fait que l'état de santé des individus et de la communauté dépend de l'interaction entre plusieurs facteurs de protection et facteurs de risque tout au long de la vie. Il s'agit d'une conception globale de la santé et de ses déterminants qui implique la mise en place de services de santé centrés sur les besoins de leurs usagers à chaque étape de leur vie.

Prise en charge d'une maladie. Système associant des interventions sanitaires proactives, coordonnées, à l'efficacité prouvée et une communication destinée à une population ou à un individu présentant un problème de santé établi. Cela comprend également les méthodes destinées à intensifier les efforts d'auto-prise en charge de la population.

Système sanitaire de district. a) Réseau d'établissements de soins de santé primaires proposant une gamme complète de services de santé (promotion de la santé, prévention et traitement) à une population définie avec la participation active de la communauté et sous la supervision d'un hôpital de district et de l'équipe de gestion de la santé du district. b) Réseau d'organisations qui proposent des services de santé équitables, complets et intégrés à une population définie, ou prend des dispositions pour fournir ces services, et est prêt à rendre des comptes concernant ses résultats sur le plan clinique et économique et l'état de santé de la population. *Voir également :* réseau de prestation de services de santé intégrés

Affectation de patients (ou établissement de listes de patients). Identification et affectation de populations à des établissements de santé, des équipes ou des prestataires spécifiques chargés de répondre aux besoins sanitaires de cette population et de lui prodiguer des soins coordonnés.

Efficacité. Capacité pour une intervention, une procédure, un schéma thérapeutique ou un service mis en œuvre dans un contexte habituel de produire les résultats escomptés sur une population donnée.

Cybersanté. Technologies de l'information et de la communication permettant la prise en charge à distance des personnes et des communautés ayant différents besoins en matière de soins de santé. Ces technologies favorisent l'auto-prise en charge et permettent aux agents de santé de communiquer entre eux et avec les patients.

Autonomisation. Processus visant à aider les personnes et les communautés à prendre en charge leurs besoins en matière de santé et entraînant, par exemple, l'adoption de comportements plus sains ou l'augmentation de la capacité des personnes à prendre en charge leurs maladies.

Mobilisation. Processus consistant à associer les personnes et les communautés à l'élaboration, à la planification et à la prestation des services de santé, ce qui leur permet d'opérer des choix concernant les soins et les traitements ou de prendre part aux décisions stratégiques relatives aux dépenses des ressources sanitaires.

Équité en matière de santé. Absence de différence systématique ou corrigible en matière d'état de santé, d'accès aux soins, d'accès à un environnement favorable à la santé, ou de traitement pour un ou plusieurs aspects de la santé, entre des populations ou des groupes de populations définis en

fonction de caractéristiques sociales, économiques, démographiques ou géographiques, à l'intérieur d'un pays ou entre plusieurs pays.

Médicaments essentiels. Médicaments répondant aux besoins de santé prioritaires d'une population et sélectionnés en fonction de leur importance pour la santé publique, des données concernant leur innocuité et leur efficacité, et d'une comparaison des rapports coût/efficacité.

Fonctions essentielles de santé publique. Ensemble des compétences et des actions nécessaires pour atteindre le principal objectif de la santé publique : l'amélioration de l'état de santé des populations. Le présent document met l'accent sur les fonctions essentielles ou verticales : protection de la santé, promotion de la santé, prévention, surveillance et intervention, et préparation aux situations d'urgence.

Évaluation. Processus permettant d'apprécier systématiquement et objectivement la pertinence, l'efficacité et les effets des activités au vu des objectifs et des moyens mis en œuvre. On distingue plusieurs types d'évaluation, par exemple, l'évaluation des structures, des procédures et des résultats.

Médecine familiale (ou médecine générale). Discipline visant à prodiguer des soins de santé complets et continus aux individus dans le cadre du cercle familial et communautaire. Elle concerne les personnes de tout âge et des deux sexes. Les prestataires sont le plus souvent des médecins généralistes ou des médecins de famille, des auxiliaires médicaux, des infirmiers et d'autres professionnels de santé.

Premier niveau de soins. Point d'entrée dans le système de santé situé à l'interface entre les services et la communauté. Lorsque le premier niveau de soins répond à plusieurs critères de qualité, on parle de soins primaires. *Voir : soins primaires.*

Fragmentation (des services de santé). a) Coexistence d'unités, d'établissements ou de programmes non intégrés au sein d'un réseau de santé ; b) défaut de couverture pour l'ensemble des services de promotion de la santé, de prévention, de diagnostic, de traitement, de réadaptation et de soins palliatifs ; c) absence de coordination entre les services de différentes plateformes de soins ; ou d) absence de continuité des services dans le temps.

Intégration fonctionnelle. Degré de coordination des principales fonctions et activités support telles que les finances, les ressources humaines, la planification stratégique, la gestion de l'information, le marketing, l'assurance de la qualité et l'amélioration au sein d'un système.

Filtrage. Processus par lequel les professionnels des soins de santé primaires autorisent l'accès aux soins spécialisés, aux soins hospitaliers, aux tests de dépistage. Il s'agit par exemple d'exiger une orientation pour accéder aux soins spécialisés.

Soins axés sur les objectifs. Soins planifiés et prodigués en fonction des objectifs et des cibles explicitement fixés par chaque individu afin de parvenir au meilleur état de santé possible tel que défini par cet individu.

Harmonisation. Coordination des contributions des donateurs et des activités, communication transparente des informations et efforts visant l'efficacité collective et l'absence de redondances lorsqu'il s'agit de coordonner les politiques, stratégies et plans de santé nationaux.

Santé. État de complet bien-être physique, mental et social ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

Prestations de santé. Type et gamme des services de santé que l'acheteur se procure auprès des prestataires au nom de ses bénéficiaires.

Gouvernance sanitaire. Large éventail de fonctions liées au pilotage et à la réglementation exercées par les pouvoirs publics et les décideurs cherchant à atteindre les objectifs des politiques nationales de santé. La gouvernance est un processus politique qui maintient un équilibre entre des influences et des demandes contradictoires. Ce processus suppose de conserver l'orientation stratégique de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques, de repérer et de corriger les évolutions et les distorsions indésirables, de défendre la place de la santé dans le développement national, de réglementer le comportement d'un grand nombre d'acteurs, qu'il s'agisse des bailleurs de fonds ou des prestataires de soins de santé, et de mettre en place des mécanismes de responsabilisation transparents et efficaces.

Approche « la santé dans toutes les politiques ». Approche intersectorielle des politiques publiques qui tient compte systématiquement des conséquences des décisions sur la santé et les systèmes de santé, qui recherche des collaborations et qui tente d'éviter les conséquences néfastes pour la santé de la population afin d'améliorer celle-ci et l'équité dans ce domaine. Cette approche se fonde sur les droits et les obligations en matière de santé. Elle met en lumière l'effet des politiques publiques sur les déterminants de la santé et s'efforce de renforcer la responsabilisation des décideurs concernant les effets sur la santé de toutes les décisions politiques, à tous les niveaux.

Instruction en santé. Niveau de connaissances, de compétences personnelles et de confiance permettant de prendre des mesures pour améliorer son état de santé et celui de la communauté grâce à des modifications de son mode de vie et de ses conditions de vie.

Administrateurs de la santé. Autorités chargées de superviser les opérations et la prestation de services au quotidien, ce qui suppose de planifier les activités et d'établir un budget, d'allouer des ressources suffisantes, de gérer la mise en œuvre et de suivre les résultats.

Produit sanitaire. Technologies et dispositifs sanitaires utilisés pour la prévention, le diagnostic, le traitement, la réadaptation ou les soins palliatifs. Cela comprend les médicaments, les vaccins, les dispositifs médicaux, les dispositifs de diagnostic in vitro, les équipements de protection, les dispositifs d'aide et les outils de lutte antivectorielle.

Services de santé. Tout service (pas uniquement les services médicaux ou cliniques) dont l'objectif est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé ou au diagnostic, au traitement et à la réadaptation des individus et des populations.

Processus de prestation de services de santé. Processus unique contribuant aux performances des services de santé, et qui comprend les éléments suivants : sélection des services, conception des soins, organisation des prestataires, gestion des services et amélioration des performances.

Performances du système de santé. Efficacité avec laquelle le système de santé exerce ses fonctions de gouvernance, de financement, d'affectation des ressources et de prestations de services pour atteindre ses objectifs.

Soins centrés sur le patient. Soins qui tiennent compte de tous les aspects d'une personne, y compris de facteurs psychologiques, sociaux et environnementaux, et pas uniquement des symptômes d'une maladie ou d'un mauvais état de santé.

Intégration horizontale. Coordination des fonctions, des activités ou des unités opérationnelles qui se trouvent au même niveau du processus de production de services. Exemples de ce type d'intégration : consolidations, fusions et partage de services au sein d'une structure unique.

Indicateur. Élément défini et mesurable qui permet d'évaluer la structure, les procédures et les résultats d'une action ou d'un ensemble d'actions.

Services de santé intégrés. Services gérés et fournis de façon à assurer la continuité des services de promotion de la santé, de prévention des maladies, de diagnostic, de traitement, de prise en charge, de réadaptation et de soins palliatifs, grâce aux différentes fonctions et activités et sur les différents lieux de soins du système de santé.

Réseau de prestation de services de santé intégrés. Réseau d'organisations qui proposent des services de santé équitables, complets et intégrés à une population définie, ou prend des dispositions pour fournir ces services, et est prêt à rendre des comptes concernant ses résultats sur le plan clinique et économique et concernant l'état de santé de la population.

Dispositif médical. Article, instrument, appareil ou machine utilisé pour prévenir, diagnostiquer ou traiter une maladie ou une affection, ou encore pour détecter, mesurer, restaurer, corriger ou modifier la structure ou la fonction du corps afin d'améliorer l'état de santé d'une personne. Généralement, l'objectif visé par un dispositif médical ne peut être atteint par des produits pharmaceutiques, par des moyens immunologiques ou métaboliques.

Équipements médicaux. Dispositifs médicaux nécessitant un étalonnage, des interventions de maintenance, des réparations, une formation de l'utilisateur et une mise hors service, autant d'activités généralement réalisées par un ingénieur biomédical. Les équipements médicaux sont utilisés pour le diagnostic ou le traitement d'une maladie ou pour la réadaptation après une maladie ou une blessure. Ils peuvent être utilisés seuls ou associés à des accessoires, des consommables ou d'autres équipements médicaux. Les dispositifs médicaux implantables, jetables ou à usage unique ne sont pas considérés comme des équipements médicaux.

Santé mentale. État de bien-être dans lequel une personne peut réaliser son potentiel, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté.

Modèle de soins. Conception de la manière dont les services doivent être délivrés, notamment en ce qui concerne les procédures de soins, l'organisation des prestataires et la gestion des services. Le modèle de soins est appelé à évoluer pour répondre aux objectifs et aux priorités de la population en matière de santé et pour améliorer les performances du système de santé.

Équipe pluridisciplinaire. Différents professionnels de santé travaillant ensemble pour fournir un large éventail de services de manière coordonnée. Pour les soins primaires, la composition des équipes pluridisciplinaires peut varier en fonction du contexte. Elles peuvent intégrer des praticiens de médecine générale (médecins de famille et médecins généralistes), des auxiliaires médicaux, des infirmiers, des infirmiers spécialisés, des agents de santé communautaires, des pharmaciens, des travailleurs sociaux, des diététiciens, des conseillers en santé mentale, des kinésithérapeutes, des agents d'éducation des patients, des responsables, du personnel d'appui et d'autres spécialistes des soins primaires.

Action multisectorielle en faveur de la santé. Conception et mise en œuvre des politiques, et autres actions liées à la santé et à d'autres secteurs (par exemple, la protection sociale, le logement, l'éducation, l'agriculture, la finance et l'industrie) réalisées en collaboration ou de manière

indépendante et agissant sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé et sur les facteurs commerciaux associés afin d'améliorer la santé et le bien-être.

Responsabilisation mutuelle. Processus par lequel deux partenaires (ou plus) acceptent d'être tenus responsables des engagements pris l'un envers l'autre.

Soins primaires en dehors des heures de bureau. Organisation et prestation de services de soins primaires en dehors des heures d'ouverture habituelles des établissements durant la semaine et toute la journée le week-end et les jours fériés, pour les problèmes urgents/aigus pouvant être pris en charge par les soins primaires en toute sécurité.

Participation. Degré de contribution d'une personne aux prises de décisions – dans le présent document, aux prises de décisions concernant ses soins et le système de santé. La participation sociale est le droit et la capacité de la population à contribuer de manière efficace et responsable aux prises de décisions en matière de santé et à la mise en œuvre de ces décisions. La participation sociale en matière de santé constitue l'un des aspects de la participation civique, un élément indissociable de l'exercice de la liberté, de la démocratie, du contrôle social sur l'action publique et de l'équité.

Soins centrés sur l'individu. Démarches et pratiques de soins dans lesquelles la personne est considérée dans son ensemble avec de nombreux niveaux de besoins et d'objectifs, les besoins découlant des déterminants sociaux personnels de la santé.

Soins centrés sur la personne. Démarche de soins qui adopte consciemment la perspective des individus, des aidants, des familles et des communautés en tant que participants à des systèmes de santé fiables – et bénéficiaires de ces systèmes – pour répondre à leurs besoins et préférences de manière bienveillante et globale. Les soins centrés sur la personne supposent aussi que les patients bénéficient de l'éducation et de l'appui nécessaires pour prendre des décisions et participer à leurs propres soins.

Services de santé axés sur l'individu. Services de santé ciblant les individus. Cela comprend la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic et le traitement en temps voulu, la réadaptation, les soins palliatifs, les soins aigus et les soins de longue durée.

Approche fondée sur la population. Approche des services de santé dans laquelle les informations sur la population sont utilisées pour prendre des décisions sur la planification et la gestion de la santé, ainsi que sur l'emplacement géographique des services. L'objectif de ce type d'approche est d'améliorer l'efficacité et l'équité des interventions, et de mieux répartir les services de santé dans la population, et ce, en tenant compte de la culture, de l'état de santé et des besoins en matière de santé des groupes géographiques, démographiques ou culturels représentés par une population.

Santé de la population. Approche des soins de santé cherchant à améliorer les résultats sanitaires pour un groupe d'individus, y compris la répartition de ces résultats au sein du groupe.

Services de santé axés sur la population. Services de santé ciblant l'ensemble de la population dans le but d'améliorer la santé et le bien-être à grande échelle.

Soins primaires. Processus primordial dans le système de santé qui permet d'assurer des soins de premier contact à la fois accessibles, continus, complets, coordonnés et centrés sur le patient.

Soins de santé primaires. Approche de la santé mobilisant l'ensemble de la société dont l'objectif est de développer au maximum le niveau et la répartition de la santé et du bien-être grâce à trois composantes : a) les soins primaires et les fonctions essentielles de santé publique, éléments clés

des services de santé intégrés ; b) la politique et l'action multisectorielles ; et c) l'autonomisation des individus et des communautés.

Système de santé axé sur les soins de santé primaires. Système de santé qui, dans son organisation et son fonctionnement, garantit le droit au meilleur état de santé possible (objectif principal) tout en créant des conditions d'équité et de solidarité maximales. Un système de santé axé sur les soins de santé primaires se compose d'un ensemble fondamental d'éléments structurels et fonctionnels qui concourent à l'instauration de la couverture universelle ainsi qu'à l'accès à des services qui sont acceptables pour la population et qui favorisent l'équité.

Soins de qualité. Soins sûrs, efficaces, centrés sur la personne, rapides, efficaces, équitables et intégrés.

Orientation. Aiguillage d'un individu vers un établissement ou un spécialiste compétent du système de santé ou vers un réseau de prestataires de service qui répondront à ses besoins en matière de santé. On parle de réorientation lorsqu'un individu est aiguillé vers les soins primaires pour son suivi après une procédure réalisée au niveau des soins secondaires ou tertiaires.

Formulaire d'orientation. Formulaire standard accessible à l'ensemble des prestataires d'un réseau qui garantit que les mêmes informations essentielles sont fournies lorsqu'une orientation a lieu. Il est conçu pour faciliter la communication dans les deux sens : l'établissement de départ remplit le formulaire d'orientation et la lettre d'orientation, et lorsque les soins sont terminés, l'établissement de destination remplit le formulaire de réorientation destiné à l'établissement d'origine ainsi que la lettre de réponse.

Lignes directrices en matière d'orientation. Description des liens entre les différentes plateformes du système de santé visant à garantir une réponse aux besoins, quelle que soit la plateforme prodiguant les soins en premier lieu. Ces lignes directrices facilitent la prise en charge des soins entre différentes plateformes.

Réglementation. Contraintes pesant sur le comportement d'un individu ou d'une organisation afin d'imposer un changement par rapport au comportement privilégié ou spontané.

Résilience. Capacité d'un système, d'une communauté ou d'une société exposée à des risques de résister aux effets de ces risques, de les absorber, de s'y adapter et de récupérer, et ce, de manière rapide et efficace, notamment grâce à la préservation et à la restauration des structures et fonctions élémentaires essentielles.

Auto-prise en charge. Prise en charge adéquate de leurs propres santé et bien-être par les individus, les familles et les communautés lorsqu'ils ne sont pas en contact direct avec les services de santé. Ils bénéficient d'une aide et sont dotés des moyens nécessaires pour cela.

Autogestion. Connaissances, compétences et confiance permettant à une personne de prendre en charge sa propre santé, de soigner une maladie spécifique, de savoir quand faire appel à des soins professionnels, ou de récupérer après un problème de santé.

Plateformes de prestation de services. Modalité ou canaux de prestation de services de santé. Exemples : établissements de santé publics et privés (postes de secours, dispensaires, centres de santé, dispensaires mobiles, unités de soins d'urgence, hôpitaux de district, pharmacies, etc.), autres lieux et modalités de soin (soins à domicile, écoles, centres communautaires, établissements pour soins de longue durée, etc.), services et campagnes de sensibilisation ou plateformes numériques. Ces plateformes peuvent être classées de différentes façons, par exemple : services

axés sur la famille et la communauté, services programmables axés sur la population et services cliniques axés sur l'individu à différents niveaux (niveau primaire, premier échelon de recours, deuxième échelon de recours).

Panier de services. Liste d'interventions et de services prioritaires dans le continuum de soins qui devraient être accessibles à tous les membres d'une population définie. Elle peut être validée par les pouvoirs publics à l'échelon national ou infranational, ou définie par les différents acteurs lorsque les soins sont fournis par des acteurs non étatiques.

Cadres/lieux de soins. Types d'organisations pour la prestation de services structurées en établissements, institutions et organismes prodiguant des soins. Les cadres de soins sont les suivants : services ambulatoires, communautaires, à domicile, hospitaliers, de long séjour. Le terme « établissement » désigne quant à lui des infrastructures telles que les cliniques, les centres de santé, les hôpitaux de district, les dispensaires ou d'autres lieux comme les dispensaires mobiles et les pharmacies.

Prise de décisions conjointe. Processus interactif dans lequel les patients, leurs familles et aidants, en collaboration avec le(s) prestataire(s), choisissent l'étape suivante de leur parcours de soins après une analyse éclairée des possibilités, de leur utilité et de leurs préférences.

Services de protection sociale. Services visant l'amélioration du bien-être social des personnes qui en ont besoin.

Partie prenante. Individu, groupe ou organisation ayant un intérêt dans un ou plusieurs aspects du système de santé.

Tutelle. Responsabilité en matière de planification et de gestion efficaces des ressources sanitaires afin de préserver l'équité ainsi que la santé et le bien-être de la population.

Couverture sanitaire universelle. Accès garanti pour tous les individus à des services de promotion de la santé, de prévention, de réanimation, de traitement, de réadaptation et de soins palliatifs de qualité suffisante pour être efficaces et qui répondent à leurs besoins, sans que cela n'entraîne pour les usagers de difficultés financières.

Problèmes urgents/aigus. Problèmes se déclarant de manière soudaine et nécessitant des soins immédiats.

Intégration verticale. Coordination des fonctions, activités et unités opérationnelles correspondant à différentes phases du processus de production de services. Il s'agit de créer des liens entre les plateformes de prestation de services de santé, par exemple, entre les soins primaires et spécialisés, entre les hôpitaux et les groupes médicaux ou entre les centres de chirurgie ambulatoire et les organismes de soins à domicile.

Programme vertical. Programme de santé axé sur les personnes et les populations présentant un seul problème de santé spécifique.

Bien-être. Concept multidimensionnel décrivant des expériences de vie positives, souvent assimilé à la qualité de vie et à la satisfaction à l'égard de la vie. Les indicateurs du bien-être s'appuient généralement sur les déclarations des patients dans un grand nombre de domaines tels que le bonheur, les émotions positives, l'engagement, le sens, le sentiment d'utilité, le dynamisme et la tranquillité.

DRAFT

Les définitions figurant dans ce glossaire ont été établies à partir des sources suivantes :

Essential public health functions, health systems and health security: developing conceptual clarity and a WHO roadmap for action. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018
(<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272597/9789241514088-eng.pdf>).

Glossary of terms – The European Framework for Action on Integrated Health Services Delivery. Copenhagen, Bureau régional de l’OMS de l’Europe, 2016
(http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/318152/Glossary-of-terms-AIHSD-E-R-versions.pdf?ua=1).

Glossary of terms – WHO European PHC Impact, Performance and Capacity Tools (PHC-IMPACT). Copenhagen, Bureau régional de l’OMS de l’Europe, 2019.
(http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/421944/Glossary-web-171219.pdf?ua=1).

Health systems strengthening glossary. Genève, Organisation mondiale de la Santé.
(http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/).

Integrated Health Service Delivery Networks: Concepts, Policy Options and a Road Map for Implementation in the Americas (https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/PHC_IHSD-2011Serie4.pdf).

Primary Health Care-Based Health systems: Strategies for the Development of Primary Health Care Team. Washington, DC, Organisation panaméricaine de la Santé, 2009.
(https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/PHC-Strategies_Development_PHC_Teams.pdf).

Wellbeing measures in primary health care: the Depcare project. Copenhagen, Bureau régional de l’OMS de l’Europe, 1998 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/130750/E60246.pdf).

WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (<http://www.who.int/iris/handle/10665/155002>).

Résumé d'orientation

CADRE GÉNÉRAL

1. En application de la résolution WHA72.2 (2019), le Directeur général a élaboré un projet de cadre opérationnel pour les soins de santé primaires qui sera pleinement pris en compte dans les programmes généraux de travail et les budgets programmes de l'OMS, pour renforcer les systèmes de santé et soutenir les pays dans l'intensification des efforts qu'ils font pour assurer les soins de santé primaires. Le projet de cadre est principalement destiné aux dirigeants au niveau national et, le cas échéant, au niveau infranational. Il entend également inspirer d'autres acteurs aux niveaux national et mondial, comme les acteurs non étatiques, y compris les bailleurs de fonds et la société civile. Après consultation des États Membres et prise en compte de leurs contributions, le projet de cadre opérationnel est soumis pour examen à la Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé en 2020.
2. Comme indiqué en 1978 dans la Déclaration d'Alma-Ata et de nouveau 40 ans plus tard dans le document publié conjointement par l'OMS et l'UNICEF en 2018 sous le titre « *A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals* », les soins de santé primaires sont une approche pangouvernementale et pansociétale de la santé qui associe trois éléments : politique et action multisectorielles ; autonomisation des individus et des communautés ; soins primaires et fonctions essentielles de santé publique formant le noyau des services de santé intégrés.(1) Les systèmes de santé axés sur les soins de santé primaires sont ceux qui, dans leur organisation et leur fonctionnement, font du droit de chacun de jouir du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre leur objectif principal, et qui créent des conditions d'équité et de solidarité maximales. Ces systèmes se composent d'un ensemble fondamental d'éléments structurels et fonctionnels qui concourent à l'instauration de la couverture universelle et à l'accès à des services acceptables pour la population, et qui favorisent l'équité. Le terme « soins primaires » désigne un processus primordial dans le système de santé qui permet d'assurer des soins de premier contact à la fois accessibles, continus, complets, coordonnés et centrés sur le patient.
3. S'inspirant des principes de la Déclaration d'Alma-Ata, la Déclaration d'Astana a été adoptée lors de la Conférence mondiale sur les soins de santé primaires organisée les 25 et 26 octobre 2018 à Astana. Dans cette déclaration, les États Membres ont réaffirmé leur attachement aux soins de santé primaires qui sont la clé de voûte des systèmes de santé durables nécessaires pour instaurer la couverture sanitaire universelle et atteindre les objectifs de développement durable qui concernent la santé.
4. Les engagements pris dans la Déclaration d'Astana – faire des choix politiques ambitieux pour la santé dans tous les secteurs, construire des soins de santé primaires durables, donner aux individus et aux communautés les moyens d'agir et aligner le soutien des parties prenantes sur les politiques, les stratégies et les plans nationaux – s'inspirent des résolutions adoptées précédemment pour renforcer le concept des soins de santé primaires défini dans la Déclaration d'Alma-Ata : les résolutions WHA69.24 (2016) sur le renforcement des services de santé intégrés centrés sur la personne, WHA65.8 (2012) sur les résultats de la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé, et WHA62.12 (2009) sur les soins de santé primaires, renforcement des systèmes de santé compris. Dans la résolution WHA62.12, la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé a prié le Directeur général de préparer des plans pour la mise en œuvre de quatre grandes orientations politiques, dont l'une consiste à mettre la personne au cœur de la prestation de services. Ces quatre orientations pour réduire les inégalités en santé et améliorer la santé de tous ont été définies dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 2008 : Les soins de santé primaires – maintenant plus que jamais*, publié à l'occasion du trentième anniversaire de la Conférence internationale d'Alma-Ata.(2)

5. En 2019, la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé s'est félicitée de la Déclaration d'Astana dans la résolution WHA72.2 et a invité instamment les États Membres à prendre des mesures pour partager et concrétiser la vision et les engagements de la Déclaration d'Astana en fonction du contexte national.

6. Les comités régionaux de l'OMS ont également appelé à renforcer les soins de santé primaires, notamment dans les rapports régionaux établis en vue de la Conférence mondiale sur les soins de santé primaires tenue à Astana en 2018.(3)

IMPORTANCE DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

7. Malgré une amélioration remarquable des résultats sanitaires pour la population mondiale pendant la période des objectifs du Millénaire pour le développement, il reste des fossés importants à combler pour que chacun puisse atteindre le meilleur état de santé possible. La moitié environ de la population mondiale n'a pas accès aux services dont elle a besoin et les problèmes de santé sont anormalement fréquents chez les personnes subissant l'influence des déterminants négatifs de la santé, qu'ils soient sociaux ou autres, ce qui creuse les inégalités en santé dans les pays et entre les pays.(4)

8. La santé est au cœur du Programme de développement durable à l'horizon 2030, car elle entre en jeu dans bon nombre des objectifs de développement durable et constitue le thème de l'objectif 3 (Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge). L'engagement de garantir l'équité et de ne laisser personne de côté est entériné dans la cible 3.8, qui est l'instauration de la couverture sanitaire universelle. Par couverture sanitaire universelle, il faut entendre que tous les individus et toutes les communautés bénéficient des services dont ils ont besoin, y compris de services de promotion et de protection de la santé, de services préventifs, curatifs, palliatifs et de réadaptation, de qualité suffisante et qui ne les exposent pas à des difficultés financières.

9. Les liens avérés entre les soins de santé primaires et de meilleurs résultats sanitaires, une plus grande équité, une plus grande sécurité sanitaire et une plus grande efficacité par rapport au coût font de ces soins l'axe central du renforcement des systèmes de santé. Les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires sont essentiels pour instaurer la couverture sanitaire universelle.

10. Il faut des systèmes de santé axés sur les soins de santé primaires pour réaliser concrètement les priorités actuelles de l'OMS : son treizième programme général de travail, 2019-2023, qui a pour triple objectif de promouvoir la santé, préserver la sécurité mondiale et servir les populations vulnérables ; le Plan d'action mondial pour permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous, y compris « l'accélérateur » du renforcement des soins de santé primaires consistant à intensifier la collaboration entre partenaires pour progresser plus vite au niveau national par rapport aux cibles en matière de santé dont les objectifs de développement durable sont assortis ; le Cadre de l'OMS pour des services de santé intégrés centrés sur la personne ; et le cadre d'action de l'OMS visant à renforcer les systèmes de santé pour de meilleurs résultats sanitaires, composé de six éléments, et dans lequel les principes et les stratégies d'action concordent avec l'approche générale des soins de santé primaires et avec les « leviers » définis dans le cadre opérationnel.

LES LEVIERS DU CADRE OPÉRATIONNEL POUR LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

11. Le cadre opérationnel propose 14 leviers (voir le tableau 1) pour traduire en mesures et en interventions concrètes les engagements pris au niveau mondial dans la Déclaration d'Astana. Ces mesures et interventions devraient permettre de renforcer plus rapidement les systèmes axés sur les

soins de santé primaires et déboucher sur une amélioration vérifiable de la santé pour tous, sans aucune distinction.

12. Les mesures et les interventions correspondant à chaque levier ne sont pas conçues pour être appliquées indépendamment les unes des autres : elles sont intimement liées et s'influencent mutuellement, les unes facilitant les autres. Elles doivent faire partie intégrante de la stratégie nationale de santé, être hiérarchisées et optimisées, et se succéder de manière à produire des résultats d'ensemble dans les trois dimensions de la couverture sanitaire universelle.

13. Chaque levier du cadre opérationnel est décrit. Le cadre opérationnel comprend aussi une liste non exhaustive de mesures et d'interventions à envisager au niveau stratégique, au niveau opérationnel et sur le terrain, ainsi que des mesures et des interventions que des personnes et des communautés engagées pourront mettre en œuvre. On y trouve également une liste d'outils et de ressources pour faciliter la mise en œuvre des mesures pour chaque levier. De plus, une liste d'études de cas qui montrent comment actionner un levier ou, le plus souvent, plusieurs leviers pour renforcer les soins de santé primaires est disponible.

14. Les quatre leviers stratégiques de base sont la volonté politique et le leadership ; la gouvernance et les cadres stratégiques ; le financement et la répartition des ressources ; et la participation des communautés et des autres parties prenantes. Sans ces leviers, les mesures et les interventions dépendant des leviers facultatifs ne permettront guère d'assurer de bons soins de santé primaires. Les mesures et les interventions prévues au titre de tous les leviers, en particulier celles qui concernent la gouvernance et le financement, doivent être mises au point dans le cadre d'un dialogue inclusif et permanent auquel les communautés sont associées en tant qu'acteur. Le jeu des leviers de base rend possible l'utilisation des autres leviers. Pour actionner tous les leviers, il faut tenir compte du contexte, des points forts et des points faibles du système de santé, et des priorités nationales, infranationales et locales au regard de la couverture sanitaire universelle.

15. Pour modifier la politique générale de façon à allouer stratégiquement les ressources là où les besoins sont les plus grands et pour apprécier la mesure dans laquelle les soins de santé primaires se renforcent au fil du temps, les décideurs ont besoin de données de grande qualité sur les trois composantes des soins de santé primaires. À cette fin, un instrument supplémentaire – un cadre de suivi et d'évaluation des soins de santé primaires qui fournit des indicateurs concordant avec les leviers du cadre opérationnel, les systèmes de mesure de la couverture sanitaire universelle existants et d'autres processus systématiques de planification, de suivi et d'évaluation – sera établi sous la forme d'un document technique séparé.

16. L'idée est que les pays choisissent les leviers et les indicateurs correspondant le mieux à leur situation, après évaluation de leurs besoins, de la capacité de leur système et de leurs modèles de gouvernance sanitaire. Par ailleurs, il est probable que les mesures, interventions et stratégies particulières auxquelles ils auront recours pour améliorer de façon manifeste les soins de santé primaires varieront selon les endroits et dans le temps et auront des effets, lorsqu'il y a lieu, sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et les soins curatifs, palliatifs et de réadaptation. À mesure que les économies, les institutions et les ressources évoluent, tant les leviers utilisés que la manière dont ils sont employés devraient évoluer eux aussi.

FACTEURS DE SUCCÈS

17. Les leviers du projet de cadre opérationnel ont été choisis d'après les données recueillies et l'expérience acquise au fil du temps en matière de réforme des systèmes de santé. Ils se concilient avec les pièces maîtresses et les fonctions bien connues qui font l'efficacité des systèmes de santé. Le plus qu'apporte ce cadre est qu'il éclaire les pays tout au long du cycle de planification national sur la

manière de concrétiser leur engagement en faveur des soins de santé primaires pour instaurer la santé pour tous, en prenant des mesures intersectorielles, en donnant les moyens d’agir aux individus et aux communautés, et en assurant des services de santé intégrés centrés sur la personne.

18. L’expérience acquise ces 40 dernières années, y compris pendant la période antérieure aux objectifs du Millénaire pour le développement, fournit des renseignements importants sur les facteurs et les conditions qui ont facilité ou, au contraire, entravé le renforcement des soins de santé primaires. Les leviers du cadre opérationnel doivent être examinés pendant la mise au point d’une stratégie contextualisée de renforcement du système de santé, afin de consolider le cycle de planification national et d’unifier sa mise en œuvre dans tous les secteurs. Le cadre doit donc être utilisé lors des différentes phases du processus de planification opérationnelle, sachant qu’au XXI^e siècle, le rôle des ministères de la santé est de créer des conditions et un environnement propices à une amélioration de la santé. Les ministères de la santé doivent aussi autonomiser les acteurs et leur demander des comptes sur leur action. Ils doivent piloter le secteur de la santé dans son ensemble, en n’excluant personne – acteurs du secteur public, du secteur privé et de la société civile – comme indiqué dans le manuel sur les politiques, les stratégies et les plans de santé nationaux.(5)

19. Pour beaucoup de pays, l’intégration des soins de santé primaires dans un vaste ensemble de politiques, stratégies, activités et services nécessitera sans doute de modifier en profondeur la façon dont ils hiérarchisent, financent et appliquent les politiques et mesures qui concernent la santé. Cette réorientation du système de santé exige une volonté politique manifeste et un leadership énergique à tous les niveaux pour actionner tous les leviers et obtenir les résultats souhaités.

20. La participation des individus et des communautés ainsi que des parties prenantes de tous les secteurs pour définir ensemble les besoins en matière de santé, trouver des solutions et déterminer les priorités est une condition fondamentale des soins de santé primaires. Il faut s’efforcer tout particulièrement d’aller au-devant des populations vulnérables et défavorisées nettement plus touchées par les problèmes de santé et qui, souvent, n’ont pas les moyens de participer aux mécanismes de collaboration ordinaires, et les associer concrètement à l’action. En cultivant la responsabilisation sociale, on renforcera l’engagement des communautés. Dans l’idéal, la participation des communautés et des autres parties prenantes doit avoir lieu dans tous les secteurs et influencer sur les mesures et les interventions se rattachant à tous les leviers.

21. Le changement progressif des systèmes de santé sous l’effet des mesures et des interventions appliquées au titre de n’importe lequel des leviers définis dans le projet de cadre opérationnel ne sera pas suffisant pour réaliser le Programme 2030. La réalisation de celui-ci exigera une action énergique, basée sur un leadership politique qui défend une vision clairement définie et dynamique de l’avenir, en faisant appel à la participation des individus, des communautés et des autres parties prenantes, et en se guidant d’après les faits observés et un cadre de suivi et d’évaluation adéquat pour les soins de santé primaires.

22. De nombreux pays auront encore besoin d’un appui technique et/ou financier extérieur pour améliorer les soins de santé primaires dans l’optique de la couverture sanitaire universelle. Dans chacun de ces pays, un leadership énergique et un travail de sensibilisation seront plus nécessaires que jamais pour harmoniser et coordonner les contributions des donateurs et des partenaires techniques mondiaux participant au renforcement des soins de santé primaires, sous la direction de chaque pays. Par l’intermédiaire de dispositifs comme le Partenariat international de santé pour la CSU 2030, la communauté internationale devrait soutenir cette harmonisation et cette coordination au niveau des pays.

1. Introduction

1. Dans la Déclaration d'Astana (2018), les pays et les partenaires internationaux se sont engagés à axer leur système de santé sur les soins de santé primaire afin d'accélérer les progrès vers la réalisation de la couverture sanitaire universelle et des objectifs de développement durable (ODD) en matière de santé. La vision et les engagements audacieux inscrits dans la Déclaration d'Astana doivent se traduire par des mesures constructives afin d'avancer vers l'objectif de santé pour tous, sans aucune distinction (Encadré 1).

ENCADRE 1. La Déclaration d'Astana : vision et engagements

Nous sommes porteurs de la vision suivante :

Des gouvernements et des sociétés qui fixent des priorités, promeuvent et protègent la santé et le bien-être des populations,
à la fois aux niveaux collectif et individuel, par l'intermédiaire de systèmes de santé solides ;

Des soins de santé primaires et des services de santé qui sont de grande qualité, sûrs, complets, intégrés, accessibles, disponibles et abordables pour tous et partout ; et qui sont dispensés avec compassion, respect et dignité par des professionnels de santé bien formés, compétents,
motivés et engagés ;

Des environnements stimulants et propices à la santé dans lesquels les individus et les communautés sont
dotés des moyens de conserver et d'améliorer leur santé et leur bien-être et y participent activement ;

Des partenaires et des parties prenantes unis et cohérents pour apporter un soutien efficace aux politiques, aux stratégies et aux
plans sanitaires nationaux.

Nous nous engageons à :

- Faire des choix politiques ambitieux pour la santé dans tous les secteurs ;
- Construire des soins de santé primaires durables ;
- Donner aux individus et aux communautés les moyens d'agir ;
- Aligner le soutien des parties prenantes sur les politiques, les stratégies et les plans nationaux.

2. La Déclaration d'Astana s'appuie sur le document *A vision for primary health care in the 21st century*,⁽¹⁾ qui définit le concept moderne de soins de santé primaires, décrit les composantes d'une approche globale des soins de santé primaire (**Error! Reference source not found.**) et indique en quoi ces soins favorisent la santé, l'équité et l'efficacité. Ce document explique également en quoi les soins de santé primaires sont en adéquation avec l'objectif de couverture sanitaire universelle et les objectifs de développement durable (ODD) et comment ils contribuent à leur réalisation. Il met aussi en avant certains des enseignements tirés au cours des 40 dernières années en matière de mise en œuvre des soins de santé primaires et décrit les difficultés rencontrées. Enfin, il présente

une vision des soins de santé primaires pour le XXI^e siècle et propose des leviers clés pour concrétiser cette vision. (Tableau 1).¹

ENCADRE 2. Composantes des soins de santé primaires

- 1) **Services de santé intégrés privilégiant les fonctions de soins primaires et de santé publique** : répondre aux besoins des individus en matière de santé grâce à des services complets de promotion, de protection, de prévention, de traitement, de réadaptation et de soins palliatifs tout au long de la vie, accorder une priorité stratégique aux services de santé clés ciblant les individus et les familles à travers les soins primaires, les fonctions essentielles de santé publique constituant le cœur des services de santé intégrés ;
- 2) **Politique et action multisectorielles** : agir systématiquement sur les déterminants de la santé au sens large (c'est-à-dire sur les facteurs sociaux, économiques et environnementaux, mais aussi sur les caractéristiques et comportements individuels) grâce à des politiques et à des mesures fondées sur des données factuelles dans tous les secteurs ;
- 3) **Autonomisation des individus et des communautés** : donner aux individus, aux familles et aux communautés les moyens d'optimiser leur santé, en leur donnant la possibilité de défendre des politiques qui favorisent et protègent leur santé et leur bien-être, de co-concevoir les services de santé et les services sociaux, de se prendre en charge et de jouer le rôle d'aidants.

3. Dans ces leviers, les pièces maîtresses du système de santé sont détaillées afin de recenser les principaux éléments pouvant être utilisés pour accélérer les progrès en matière de soins de santé primaires. Les leviers sont interdépendants, ils sont étroitement liés et se renforcent mutuellement. Ils sont divisés en deux catégories : les leviers stratégiques de base et les leviers facultatifs. Le jeu des leviers stratégiques de base rend possible l'utilisation des autres leviers. Sans un ancrage fort dans les leviers stratégiques, une amélioration durable des leviers facultatifs est peu probable. Ainsi, les mesures et les interventions correspondant à chaque levier ne sont pas conçues pour être appliquées indépendamment. Elles doivent être envisagées de manière conjointe et globale dans l'ensemble des processus nationaux de planification sanitaire.

¹ Remarque : Certains leviers ont été modifiés au cours de la consultation et n'apparaissent pas tels quels dans le document *A vision for primary health care in the 21st century*. Le contenu global reste le même.

Tableau 1. Présentation des leviers pour les soins de santé primaire

Titre	Description complète
Leviers stratégiques de base	
Volonté politique et leadership	Volonté politique et leadership qui placent les soins de santé primaires au cœur de l'action entreprise pour instaurer la couverture sanitaire universelle et qui tiennent compte de la contribution globale des soins de santé primaires à la réalisation des ODD.
Gouvernance et cadres stratégiques	Structures de gouvernance, cadres stratégiques et réglementations propices aux soins de santé primaires, qui favorisent les partenariats au sein des secteurs et entre les secteurs, et qui encouragent le leadership des communautés et la responsabilité mutuelle.
Financement et répartition des ressources	Financement suffisant des soins de santé primaires, mobilisé et réparti de façon à promouvoir l'équité d'accès, à fournir une plateforme et un environnement propices à des soins et des services de qualité, et à réduire le plus possible les difficultés financières.
Participation des communautés et d'autres parties prenantes	Participation des communautés et d'autres parties prenantes de tous les secteurs pour cerner les problèmes et trouver des solutions et, par un dialogue stratégique, fixer les priorités.
Leviers facultatifs	
Modèles de soins	Modèles de soins qui font des soins primaires de qualité centrés sur la personne et des fonctions de santé publique essentielles la base même des services de santé intégrés à assurer tout au long de la vie.
Personnel dispensant les soins de santé primaires	Personnel pluridisciplinaire dévoué, en nombre suffisant, ayant le niveau de compétence requis et bien réparti, qui comprend des agents de santé travaillant en institution, dans des services de proximité et dans les communautés mêmes, bien gérés et encadrés, et correctement rétribués.
Infrastructure physique	Établissements de santé sûrs et accessibles dispensant des services efficaces, équipés de systèmes fiables d'alimentation en électricité, d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'élimination des déchets/recyclage, d'une bonne connexion pour les télécommunications et de systèmes de transport permettant de transférer les patients vers d'autres prestataires de soins de santé.
Médicaments et autres produits pour améliorer la santé	Disponibilité et accessibilité économique de médicaments et d'autres produits de santé de bonne qualité, adéquats, sûrs et efficaces, grâce à des processus transparents, en vue d'améliorer la santé.
Collaboration avec les prestataires du secteur privé	Partenariat solide entre les secteurs public et privé pour proposer des services de santé intégrés.
Systèmes d'achat et de paiement	Systèmes d'achat et de paiement qui favorisent la réorientation des modèles de soins pour proposer des services de santé intégrés articulés autour des soins primaires et de la santé publique.
Technologies numériques pour la santé	Utilisation des technologies numériques pour faciliter l'accès aux soins et la prestation de services, en améliorer l'efficacité et l'efficience, et responsabiliser les acteurs.
Systèmes pour améliorer la qualité des soins	Systèmes mis en place aux niveaux local, infranational et national pour évaluer et améliorer continuellement la qualité des services de santé intégrés.
Recherche axée sur les soins de santé primaires	Recherche et gestion du savoir, y compris diffusion des enseignements tirés de l'expérience et exploitation des connaissances pour rapidement appliquer à plus grande échelle les stratégies efficaces en vue de renforcer les systèmes axés sur les soins de santé primaires.
Suivi et évaluation	Suivi et évaluation grâce à des systèmes d'information sanitaire qui fonctionnent bien, génèrent des données fiables et aident les acteurs locaux, nationaux et mondiaux à exploiter les informations ainsi fournies pour prendre de meilleures décisions et enrichir leurs connaissances.

4. Le présent cadre opérationnel pour les soins de santé primaires fournit des informations plus détaillées pour chaque levier et propose des mesures et des interventions pour guider les efforts des pays visant à renforcer les systèmes axés sur les soins de santé primaires. Il s'appuie largement sur les publications et les documents d'orientation existants, et, dans certains domaines, sur les accords qui ont déjà été conclus par les États Membres de l'OMS dans le cadre de l'Assemblée mondiale de la Santé.
5. La même structure est utilisée pour chaque levier :
- description ;
 - mesures et interventions pouvant être mises en œuvre au niveau stratégique, au niveau opérationnel et sur le terrain ;
 - tableaux présentant les outils et ressources qui facilitent la mise en œuvre des mesures et des interventions pour chaque levier (voir la liste complète à l'annexe 1).
6. Le document se conclut par une section expliquant comment les partenaires internationaux peuvent aider les pays à mettre en œuvre la Déclaration d'Astana.
7. Deux documents en cours de rédaction complètent le cadre opérationnel : 1) des lignes directrices concernant l'évaluation et le suivi des performances et 2) un recueil d'études de cas présentant la mise en œuvre des leviers et les résultats obtenus.

1.1 À qui ce document est-il destiné ?

8. L'objectif principal de ce document est d'aider les pays à respecter leurs engagements en matière d'amélioration des soins de santé primaires. Les principaux destinataires sont les pouvoirs publics et les responsables politiques, au niveau national et infranational. En outre, beaucoup de mesures présentent un intérêt pour d'autres parties prenantes au niveau national, par exemple, des organisations non gouvernementales, le secteur privé et les partenaires du développement. Les établissements universitaires trouveront ce document utile pour identifier les domaines dans lesquels d'autres travaux de recherche sont nécessaires. Étant donné le rôle central des individus et des communautés dans les soins de santé primaires, chaque tableau de présentation des mesures comporte une section axée sur ces rôles.
9. Ce document souligne également le rôle des partenaires internationaux qui soutiennent les efforts fournis par les pays pour améliorer les soins de santé primaires. Ce soutien peut se trouver facilité par le Plan d'action mondial pour permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous, une initiative de l'OMS permettant aux partenaires internationaux de collaborer davantage afin d'accélérer les progrès vers la réalisation des ODD en matière de santé grâce aux soins de santé primaires.

1.2 Comment utiliser ce document ?

10. Les leviers du cadre opérationnel doivent être utilisés pour guider et éclairer les processus nationaux de planification et les prises de décision concernant la mise en œuvre des soins de santé primaires. Des mesures sont proposées pour chaque levier. Cependant, les leviers et les mesures associées ne s'appliquent pas à toutes les situations. Ils revêtiront une importance différente en fonction du niveau de développement social et économique du pays, de son orientation plus ou moins prononcée vers les soins de santé primaires et de l'état de santé de sa population. Ce document doit pouvoir être utilisé dans un grand nombre de pays et propose donc un large éventail de mesures. Elles ne sont pas toutes adaptées à tous les pays et ne doivent pas être prioritaires

partout. Les tableaux présentant les mesures fournissent des suggestions concrètes fondées sur des données factuelles que les pays peuvent adapter à leur contexte afin d'intensifier les efforts dans le domaine des soins de santé primaires.

11. Les leviers doivent être examinés à toutes les étapes des processus nationaux de planification en matière de santé et de développement. Les pays doivent évaluer, hiérarchiser, optimiser et classer les leviers et leurs mesures, tout en déterminant de quelle manière les leviers stratégiques de base peuvent faciliter la mise en œuvre des mesures prévues pour les leviers facultatifs. Ce processus doit être inclusif. La communauté doit y participer et notamment les personnes les plus vulnérables, les plus défavorisées et les plus marginalisées. La sélection et la mise en œuvre de mesures spécifiques doivent être guidées par des données factuelles fiables recueillies au niveau local (par exemple, la situation sociale, économique et environnementale du pays ainsi que les évolutions dans ces domaines, la charge de morbidité ou encore les forces et les faiblesses du système de santé) comme au niveau international (par exemple, quelles mesures fonctionnent ou non pour améliorer les soins de santé primaires), ainsi que par les valeurs et les préférences de diverses parties prenantes. En outre, les mesures doivent être affinées en fonction des progrès réalisés ainsi que des nouvelles données et expériences en matière d'amélioration des soins de santé primaires.

12. Pour mettre en œuvre correctement les mesures et les interventions de l'ensemble des leviers, des données de qualité doivent éclairer les décisions politiques et la hiérarchisation. C'est pourquoi des lignes directrices complémentaires pour le suivi des performances des soins de santé primaires sont en cours de rédaction. Elles décriront des indicateurs permettant de suivre les progrès pour les trois composantes et les 14 leviers du cadre opérationnel. Ces indicateurs correspondent à ceux utilisés pour le suivi de la couverture sanitaire universelle et des ODD. Les lignes directrices préciseront également où et comment les pays peuvent investir dans des sources de données afin de disposer d'informations régulières et fiables. Enfin, elles mettront l'accent sur les méthodes et les meilleures pratiques pour analyser et exploiter les données afin d'améliorer les performances, et ce, en fournissant des exemples d'analyse en cascade, d'analyse comparative et d'exploitation des données ayant permis d'éclairer les dialogues stratégiques, les processus de réforme des soins de santé primaires et l'évaluation des performances du secteur de la santé au sens large. Des tableaux et profils de meilleures pratiques en matière d'investissement et de plaidoyer seront mis en avant.

2. Leviers stratégiques de base

2.1 Volonté politique et leadership

Volonté politique et leadership qui placent les soins de santé primaires au cœur de l'action entreprise pour instaurer la couverture sanitaire universelle et qui tiennent compte de la contribution globale des soins de santé primaires à la réalisation des ODD.

13. Par de nombreux aspects, l'histoire de la santé mondiale est une histoire de volonté politique et de leadership : là où la volonté politique et le leadership ont été constants, on a observé des évolutions impressionnantes, alors qu'ailleurs, on a souvent pris du retard. La volonté et le leadership dans le secteur de la santé sont importants, mais les véritables transformations nécessitent une volonté et un leadership au-delà du secteur de la santé : l'engagement des chefs d'État et de gouvernements, d'autres responsables politiques (par exemple, les parlementaires), de la société civile et des communautés influentes, de personnalités religieuses et d'acteurs du monde des affaires est essentiel pour obtenir des améliorations à grande échelle en matière de soins de santé primaires.

14. Ces personnes doivent veiller à ce que les soins de santé primaires soient considérés comme une priorité. Pour cela, elles doivent s'engager officiellement en faveur des soins de santé primaires (par exemple, par le biais de déclarations), les mettre en avant dans les documents stratégiques (plans de développement nationaux ou plans pour l'instauration d'une couverture sanitaire universelle et la réalisation des ODD), communiquer régulièrement sur leur importance, octroyer des financements adéquats et, enfin, mettre l'accent sur la mise en œuvre des mesures visant l'amélioration des soins de santé primaires. La volonté et le leadership sont particulièrement importants en raison l'ambition affichée par les soins de santé primaires, notamment au vu de la complexité associée à leurs trois composantes : des services de santé intégrés, une politique et une action multisectorielles, et l'autonomisation des individus et des communautés.

15. Pour que les services de santé intégrés soient efficaces, la volonté politique et le leadership sont indispensables. En effet, les systèmes de santé sont trop souvent éloignés de la santé publique et des soins primaires. Ainsi, les soins tertiaires sont régulièrement privilégiés aux dépens des soins primaires, et les fonctions de santé publique souffrent fréquemment d'un manque d'investissement. Adopter la vision des soins de santé primaires suppose de prendre des décisions difficiles pour redéfinir les priorités dans la distribution des ressources et réorienter les systèmes.

16. Sans volonté politique et leadership, il est impossible d'agir sur les déterminants sociaux, économiques, environnementaux et commerciaux de la santé grâce à des politiques et des actions multisectorielles, en raison des difficultés considérables associées à ces actions. Pour mettre en œuvre des politiques et des actions multisectorielles, il faut notamment renoncer à l'approche compartimentée qui entraîne un cloisonnement des secteurs ainsi qu'aux différentes mesures d'incitation appliquées dans les différents secteurs (ainsi, les ministères qui ne sont pas en charge de la santé définissent leurs priorités, ce qui peut ou non orienter leurs actions sur les domaines les plus importants pour l'amélioration des résultats sanitaires). Les politiques et actions multisectorielles nécessitent souvent la mise en place de partenariats entre les secteurs et la participation d'acteurs publics et privés. Dans de nombreux pays, les ministères de la santé ne disposent pas du pouvoir et de l'influence nécessaires pour relever seuls ce défi et ont besoin de l'aide des plus hautes instances gouvernementales. En outre, le statu quo – notamment concernant les facteurs sociaux, économiques, environnementaux et politiques qui nuisent à la santé – est souvent favorisé par des intérêts puissants et bien établis qui ne sont pas conciliables avec un changement. Pour venir à bout

des résistances et favoriser des actions multisectorielles en faveur de la santé, une volonté politique et un leadership concertés sont nécessaires.

17. De même, l'autonomisation des individus et des communautés suppose de prendre des décisions difficiles qui nécessitent volonté et leadership. Parmi les populations dont l'état de santé est le moins bon, beaucoup souffrent de discriminations systémiques fondées sur la race, l'origine ethnique, le genre, l'orientation sexuelle, la situation socio-économique, le lieu d'habitation (par exemple, en zone rurale), la religion, le niveau d'éducation et le handicap. Dans ce contexte, l'autonomisation nécessite une redistribution des pouvoirs afin que tous les individus et toutes les communautés soient mobilisés. De plus, au sein de ces communautés – même les plus marginalisées – certains individus ont la possibilité de faire preuve de leadership et de contribuer à l'autonomisation d'autres personnes.

18. Sachant qu'au XXI^e siècle, le rôle des ministères de la santé est de créer des conditions et un environnement propices à une amélioration de la santé, les autorités jouent un rôle de tutelle important pour l'orientation des politiques, des stratégies et des plans nationaux concernant les soins de santé primaires, y compris dans le cadre des processus d'élaboration et de mises en œuvre. Les ministères de la santé doivent aussi autonomiser les acteurs – dans le secteur de la santé et en dehors – et leur demander des comptes sur leur action. Ils doivent piloter le secteur de la santé en n'excluant personne – acteurs du secteur public, du secteur privé et de la société civile – comme indiqué dans le manuel sur les politiques, les stratégies et les plans de santé nationaux de l'OMS.(5)

19. Si l'on observe les actions réalisées par le passé pour mettre en œuvre les soins de santé primaires, on s'aperçoit d'un écueil important à éviter. Bien qu'une approche globale des soins de santé primaires soit fondamentale pour l'instauration de la couverture sanitaire universelle et la santé pour tous, ce type de démarche n'a pas toujours été mis en œuvre, car il est souvent plus simple de privilégier des approches sélectives pour des groupes déjà constitués et avec des interventions clairement délimitées. Cela a permis d'améliorer les résultats pour des maladies spécifiques ou des besoins tout au long de la vie, au détriment de l'amélioration de systèmes globalement axés sur les soins de santé primaires qui sont plus à même de répondre aux divers besoins des individus et des communautés de manière intégrée et centrée sur la personne. Ainsi, pour que des soins de santé primaires complets soient concrètement mis en place, il faudra faire preuve de plus de volonté politique et de leadership qu'au cours des 40 années qui se sont écoulées depuis la Déclaration d'Alma-Ata.

Tableau 2. Volonté politique et leadership : mesures et interventions

Au niveau national
<ul style="list-style-type: none"> • Militer en faveur des soins de santé primaires au sein de secteurs influents de la société (gouvernement, communauté, religions, entreprises) par l'intermédiaire de structures formelles (par exemple, groupes de haut niveau) ou d'individus (par exemple, ambassadeurs). • Élaborer une vision globale des soins de santé primaires et faire officiellement des engagements dans ce domaine une priorité de l'ensemble des pouvoirs publics (par l'intermédiaire de déclarations officielles, de politiques ou de lois ; en faisant des soins de santé primaires un élément central des stratégies nationales, notamment des stratégies de développement plus larges telles que les plans de développement nationaux et des plans pour atteindre les ODD ; et en adoptant des politiques, des stratégies et des plans spécifiques au secteur de la santé), et veiller à l'existence de structures gouvernementales transversales adaptées qui supervisent les soins de santé primaires. • Communiquer largement sur les engagements pris pour améliorer les soins de santé primaires. • Veiller à ce que le discours concernant les engagements s'accompagne de financements adéquats pour les soins de santé primaires (voir également la section 2.3). • Demander des comptes aux personnes chargées de la mise en œuvre des soins de santé primaires (responsables des ministères de la santé mais aussi responsables politiques tels que les parlementaires, et représentants d'autres ministères devant agir sur les déterminants de la santé). • Créer un environnement propice à la participation des communautés, y compris des personnes marginalisées et vulnérables dans toutes les tranches d'âge, en recensant les obstacles à l'autonomisation des individus et des communautés et les perspectives en la matière, en renforçant la capacité des communautés à mener un dialogue constructif, en mettant en place des mécanismes de dialogue stratégique et en les évaluant régulièrement. • Traduire en actes les engagements pris en faveur d'approches fondées sur les droits humains.
Au niveau infranational
<ul style="list-style-type: none"> • Collaborer avec les administrations de haut niveau pour veiller à ce qu'une attention suffisante soit accordée aux besoins et aux opinions des communautés dans les prises de décision. • En fonction du niveau de décentralisation, mener les mêmes actions qu'au niveau national : <ul style="list-style-type: none"> ○ militer en faveur des soins de santé primaires au niveau local ; ○ formaliser les engagements en faveur des soins de santé primaires (notamment en faisant des soins de santé primaires un élément central des stratégies de développement et de santé locales) ; ○ communiquer sur les engagements pris en faveur des soins de santé primaires ; ○ assurer un financement adéquat.
Individus et communautés
<ul style="list-style-type: none"> • Demander des comptes aux responsables politiques concernant l'amélioration des soins de santé primaires. • Au niveau communautaire, créer des réseaux permettant de faire entendre la voix de la communauté. • Participer aux efforts de mise en œuvre de processus n'excluant personne. • Faire preuve de leadership en tant que défenseur d'une vision globale des soins de santé primaires. • Partager les informations relatives aux bonnes pratiques en matière de responsabilisation entre pairs (au sein d'un pays et à l'international).

DRAFT

Tableau 3. Volonté politique et leadership : outils et ressources

Outils et ressources pour les systèmes de santé
Cadre conceptuel concernant la contribution de la législation à la CSU (en anglais)
Base de données des cycles de planification nationaux
Legal access rights to health care (en anglais)
Strategizing national health in the 21st century: a handbook (en anglais)

DRAFT

2.2 Gouvernance et cadres stratégiques

Structures de gouvernance, cadres stratégiques et réglementations propices aux soins de santé primaires, qui favorisent les partenariats au sein des secteurs et entre les secteurs, et qui encouragent le leadership des communautés et la responsabilité mutuelle.

20. La gouvernance consiste à s'assurer que des cadres stratégiques existent et sont associés à une supervision efficace, à la mise en place d'une coalition, à des réglementations, à une attention pour la conception des systèmes et à la responsabilisation. (6) Dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire, les gouvernements s'efforcent généralement d'assurer eux-mêmes les services publics au lieu d'adopter une conception plus large de la gouvernance qui intègre les secteurs public et privé au sein d'un système de santé mixte. Cette organisation est de plus en plus obsolète compte tenu du nombre croissant d'acteurs présents dans le secteur de la santé alors même que le Ministère de la santé ne peut pas fournir tous les services de santé. Ainsi, le secteur privé (organisations à but lucratif ou non) représente un acteur incontournable de la santé dans de nombreux contextes, et une enquête récente menée par l'OMS auprès de 65 États Membres montre que dans les pays participant, plus de 40 % des soins de santé sont prodigués par le secteur privé (y compris les services fournis aux personnes les plus pauvres). On mesure de plus en plus l'importance de la contribution d'acteurs issus d'autres secteurs est de plus en plus.

21. Cette conception plus large de la gouvernance suppose que les autorités supervisent et guident l'ensemble du système de santé, et pas uniquement le système public, afin de protéger l'intérêt public. (6, 7) Dans beaucoup de pays à revenu faible ou intermédiaire, il est difficile pour les ministères de la santé de passer de leur rôle traditionnel de prestataire de services à celui d'autorité de tutelle pour la santé mobilisant de nombreux acteurs (y compris des acteurs issus d'autres secteurs ou du secteur privé de la santé). Cependant, cette transformation de la gouvernance est essentielle à une approche globale des soins de santé primaires.

22. Dans de nombreux pays, les ministères de la santé devront opérer des modifications et renforcer leurs capacités pour assurer leur mission de tutelle. En effet, pour passer d'un rôle essentiellement axé sur la prestation de services à une mission consistant à guider un système de santé associant organismes publics et privés, il est nécessaire de développer des compétences en matière de partenariat, de suivi, de supervision et de réglementation.

23. Autre dimension importante de l'amélioration de la gouvernance : le renforcement du rôle des communautés. Les systèmes ainsi axés sur les soins de santé primaires sont plus souples, non seulement parce que les préoccupations locales sont plus rapidement prises en compte lorsque le rôle des communautés est accru, mais aussi parce que celles-ci peuvent faire reconnaître plus efficacement leurs nouveaux besoins. Elles peuvent ainsi obtenir une intervention plus rapide que celle proposée par les autorités infranationales et nationales plus distantes qui ne peuvent pas toujours réagir avec autant de souplesse. Pour renforcer le rôle des communautés, il est nécessaire de mettre en place aux niveaux national, infranational et local des structures et des processus de gouvernance efficaces permettant une participation accrue des communautés, confortant leur légitimité et améliorant la responsabilisation pour proposer des soins durables, équitables et de qualité. Il s'agit par exemple d'intégrer pleinement des représentants élus par la communauté aux structures de gestion des établissements ou des districts, ou de créer un conseil consultatif communautaire jouant un rôle officiel dans la supervision des services de santé.

24. Lorsque les communautés ne jouent pas de rôle officiel dans la gouvernance locale du secteur de la santé, les prestataires de soins de santé et les administrateurs de la santé peuvent se révéler réfractaires aux demandes de transparence de la communauté et ne répondre qu'aux mécanismes de responsabilisation internes au gouvernement ou à l'organisation. En légitimant le rôle des réseaux communautaires, on s'assure que les systèmes de santé des districts permettent bien la participation des individus et des communautés, répondent aux besoins des usagers et leur rendent des comptes. Cette gouvernance locale du secteur de la santé doit être intégrée à des systèmes de santé nationaux et infranationaux adaptés qui garantissent la transparence et l'équité afin que les structures de pouvoir et les inégalités présentes au niveau local ne se retrouvent pas dans les systèmes de santé décentralisés. Une gouvernance à plusieurs niveaux permet aux systèmes de santé d'être plus résilients, car un niveau peut compenser les lacunes d'un autre en matière de gouvernance.

25. Autre transformation importante à effectuer : adopter une approche pangouvernementale, notamment parce qu'il s'avère nécessaire de mettre en œuvre des politiques et des actions multisectorielles. L'approche de « la santé dans toutes les politiques » constitue pour cela un outil essentiel. Elle a été définie par l'Assemblée mondiale de la santé dans sa résolution WHA62.12 comme « une approche qui tient compte systématiquement dans tous les secteurs des conséquences sanitaires des décisions prises dans le cadre des politiques publiques, recherche des synergies, et évite les conséquences néfastes pour la santé afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en santé ».(8,9) Dans cette approche, le secteur de la santé est le défenseur de la santé. Il veille à ce que ce domaine figure parmi les priorités politiques tout en ayant conscience qu'une collaboration est nécessaire pour obtenir des progrès sociétaux globaux.(5)

26. Il n'existe pas de modèle unique pour mettre en œuvre l'approche de « la santé dans toutes les politiques », mais les actions réalisées dans le monde entier ont permis d'identifier un ensemble de caractéristiques centrales à une mise en œuvre réussie : une bonne gouvernance ; des partenariats solides fondés sur la co-conception, la prestation conjointe et les avantages partagés ; des capacités et des ressources dédiées ; et l'utilisation de données factuelles et d'évaluations.(10) L'OMS a rédigé une série de documents susceptibles d'aider les pays à instaurer, à mettre en œuvre et à conserver une approche de « la santé dans toutes les politiques », notamment un manuel de formation et des études de cas.(11–13)

27. La question du suivi et de l'évaluation est abordée ci-dessous (voir section 3.10), mais il est important de souligner le rôle essentiel de la transparence et de l'accès aux données dans une bonne gouvernance. Ces éléments sont indispensables pour que les gouvernements jouent leur rôle de tutelle, pour que la société civile puisse demander des comptes et pour que les acteurs multisectoriels comprennent les liens entre leurs actions et les résultats sanitaires. De plus en plus, les médias et les individus veillent à la publication et à la communication d'informations sanitaires fiables auprès d'un large public, car les réseaux sociaux et les évolutions technologiques permettent de diffuser largement les contenus créés par les utilisateurs.

28. Ces évolutions de la gouvernance doivent s'appuyer sur des cadres stratégiques tenant compte de la définition large des soins de santé primaires. Ainsi, l'idée qu'il existe trois composantes étroitement liées dans les soins de santé primaires – services de santé intégrés, politique et action multisectorielles, et autonomisation des individus et des communautés – doit être ancrée dans les principaux cadres stratégiques applicables au secteur de la santé. Les soins de santé primaires constituent une orientation, et non un simple programme. Ainsi, il n'est pas nécessaire que tous les

pays disposent d'une politique spécifique aux soins de santé primaires. Il est plus important d'intégrer la vision globale des soins de santé primaires dans les cadres stratégiques les plus pertinents pour chaque pays (par exemple dans une politique/stratégie nationale de santé, une stratégie pour la couverture sanitaire universelle, des politiques de sous-secteurs) ou pour des sujets tels que le personnel de santé ou les médicaments, voire dans des stratégies programmatiques portant sur des questions telles que la santé reproductive, la santé et la nutrition de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent ou le VIH/sida.

29. Le processus d'élaboration et de mise en œuvre de ces cadres doit également être axé sur les soins de santé primaires. Il s'agit d'adopter une approche participative qui donne aux individus et aux communautés la possibilité de jouer un rôle actif dans la conception des politiques qui influent sur leur vie. Pour mettre en œuvre une telle approche, il convient de renoncer aux processus technocratiques faisant uniquement appel aux experts des capitales pour adopter des méthodologies qui associent les individus et les communautés sur leur lieu de vie, en prenant acte de la complexité des relations de pouvoir qui déterminent leur capacité à participer efficacement.

Tableau 4. Gouvernance et cadres stratégiques : mesures et interventions

Au niveau national
<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer le rôle de tutelle et les capacités techniques du ministère de la santé afin de faciliter les accords multisectoriels avec d'autres ministères et institutions et de mobiliser le secteur privé et d'autres acteurs (par exemple les associations professionnelles et les syndicats) ou de conclure des partenariats avec eux là où cela s'avère utile et adapté. • Légitimer la gouvernance sanitaire locale en renforçant (ou en instaurant le cas échéant) les mécanismes institutionnels utiles à l'organisation des différents niveaux de gouvernement et des compétences en matière d'affaires sanitaires et sociales. • Instaurer des mandats législatifs ainsi qu'un cadre de gouvernance et de responsabilisation pour une approche de « la santé dans toutes les politiques » conformément aux lignes directrices nationales de l'OMS et affecter des ressources pour soutenir les actions multisectorielles. • Légitimer le rôle des communautés dans la gouvernance et les processus sanitaires locaux, ce qui permet une participation plus importante de la communauté et de la société civile sans discrimination (par exemple, représentants élus par la communauté au sein des structures de gouvernance ou des conseils consultatifs communautaires). • Financer et superviser la gouvernance communautaire collaborative des soins de santé primaires afin de garantir des ressources adéquates et une utilisation équitable de ces ressources. • Veiller à la responsabilisation en matière de soins de santé primaires au sein du ministère de la santé, et ce, au-delà des limites ministérielles traditionnelles, en lien avec les équipes chargées de la couverture sanitaire universelle, des déterminants de la santé au sens large et des ODD en matière de santé. • Utiliser des données factuelles pour démontrer les liens entre la santé et d'autres priorités des politiques gouvernementales (notamment en faisant appel à des méthodologies plus fréquemment utilisées dans d'autres secteurs, par exemple la modélisation économique et les études qualitatives). • Encourager l'utilisation d'outils de vérification tels que les évaluations de l'impact sanitaire et les audits de politiques afin de permettre un examen transparent des résultats de ces politiques en matière de santé et d'équité.

- Soutenir les efforts de diffusion des données concernant les performances des services de santé, même si les résultats ne sont pas positifs, et soutenir le suivi intersectoriel des conséquences sur la santé de politiques menées dans d'autres secteurs.
- Tenir compte de l'orientation vers les soins de santé primaires dans toutes les politiques et tous les cadres stratégiques pertinents.

Au niveau infranational

- Réformer et concilier les mécanismes de gouvernance et les processus de planification intégrés et axés sur les soins de santé primaires au niveau infranational afin de tenir compte de leurs trois composantes.
- Créer des forums communautaires réunissant différentes parties prenantes pour une responsabilisation et une action collectives en matière de santé et de problèmes sanitaires.
- Instaurer une culture institutionnelle favorable au suivi et à l'évaluation grâce au partage de connaissances, aux remarques ouvertes et à une exigence de données dans le processus de prise de décisions.
- Renforcer les protocoles de gestion axés sur les soins de santé primaires qui encouragent les fiches d'évaluation des prestataires, les enquêtes sur la satisfaction des patients, les résultats notifiés par les patients et les tableaux de bord prospectifs.
- Aider les acteurs publics, privés et communautaires à développer des compétences pour la mobilisation dans les trois composantes des soins de santé primaires.

Individus et communautés

- Prôner l'instauration de dispositifs institutionnels guidés par la communauté devant lesquels les responsables gouvernementaux chargés des soins de santé primaires doivent rendre des comptes.
- Participer aux efforts visant à mettre en place des processus inclusifs (par exemple, en participant à des forums de planification) et demander des comptes aux responsables des secteurs public et privé.
- Diffuser largement les données relatives aux performances des services de santé.

Tableau 5. Gouvernance et cadres stratégiques : outils et ressources

Outils et ressources pour les systèmes de santé
<i>Health in All Policies as part of the primary health care agenda on multisectoral action</i> (en anglais)
<i>Health in all policies: training manual</i> (en anglais)
<i>Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action</i> (en anglais)
<i>Enseignements essentiels tirés de la mise en œuvre d'approches de la santé dans toutes les politiques dans le monde entier : brochure d'information</i>
<i>Primary health care and health emergencies: brief</i> (en anglais)
<i>Primary health care and health emergencies (document complet, en anglais)</i>
<i>Progressing the Sustainable Development Goals through Health in All Policies – Case studies from around the world</i> (en anglais)
<i>Road Map for the Plan of Action on Health in All Policies</i> (en anglais)
<i>Strategizing national health in the 21st century: a handbook</i> (en anglais)

2.3 Financement et répartition des ressources

Financement suffisant des soins de santé primaires, mobilisé et réparti de façon à promouvoir l'équité d'accès, à fournir une plateforme et un environnement propices à des soins et des services de qualité, et à réduire le plus possible les difficultés financières.

30. Il existe trois sources de financement : les recettes publiques nationales, les ménages privés et les entreprises (notamment sous forme de cotisations volontaires prépayées et de dépenses à la charge du patient) ainsi que des sources externes, principalement l'aide au développement en faveur de la santé. L'importance de ces sources varie beaucoup selon les pays, quel que soit leur niveau de revenu. Cependant, de manière générale, en grande partie en raison des différences en matière de capacité budgétaire, les dépenses à la charge du patient représentent une part plus importante des ressources dans les pays à faible revenu et les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, ce qui entraîne des inégalités d'accès et des difficultés financières pour les personnes qui effectuent ces dépenses. Dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et les pays à revenu élevé, le financement public est généralement prépondérant. Dans la plupart des pays à revenu intermédiaire, le financement externe représente une petite partie des ressources tandis que dans les pays à faible revenu, il représente environ 30 % des dépenses de santé totales en moyenne. (14)

31. La part des ressources nationales allouées aux soins de santé primaires est en grande partie fonction de trois facteurs : (15)

- la part du produit intérieur brut d'un pays allouée aux dépenses publiques globales (elle-même fonction de la capacité budgétaire du pays) ;
- la part des dépenses publiques globales allouées à la santé ; et
- la part des dépenses publiques de santé globales allouée aux soins de santé primaires.

32. Ces trois facteurs sont très variables d'un pays à l'autre et il a toujours été difficile d'évaluer les dépenses en faveur des soins de santé primaires. La méthodologie utilisée pour rendre compte des dépenses de santé (le Système de comptes de la santé 2011) ne prévoit aucun indicateur direct des dépenses en faveur des soins de santé primaires. Cependant, à l'occasion de la Conférence mondiale sur les soins de santé primaires, l'OMS a publié les premières estimations préliminaires concernant les dépenses en faveur des soins de santé primaires. (16) Toutefois, en raison de contraintes techniques, la définition actuelle des dépenses estimées en matière de soins de santé primaires ne recouvre pas les dépenses concernant plusieurs fonctions de santé publique, l'autonomisation des individus et des communautés ou la nature multisectorielle de ces soins. Les soins de santé primaires constituent le moyen le plus efficace de parvenir à la couverture sanitaire universelle. Pourtant, le financement global en la matière reste insuffisant. Sur les 16 pays à faible revenu pour lesquels des données sont disponibles, en 2016, aucun n'a dépensé plus de US \$50 par habitant dans les soins de santé primaires et cinq seulement ont dépensé plus de US \$30 par habitant dans ce domaine. (17)

33. La méthode la plus efficace pour augmenter le financement national en faveur des soins de santé primaires est très différente en fonction de la situation de départ du pays (par exemple, dans un pays percevant très peu de recettes proportionnellement à son produit intérieur brut, la solution sera différente de celle appliquée dans un pays qui mobilise des recettes globales suffisantes, mais en attribue seulement une petite partie au secteur de la santé) et des facteurs économiques et politiques locaux. De manière générale, les efforts visant à augmenter les ressources attribuées aux soins de santé primaires et à les utiliser plus efficacement doivent s'intégrer à une stratégie plus

large de financement de la santé qui concerne l'ensemble du secteur. L'élaboration ou l'actualisation de la stratégie de financement de la santé doit être entreprise en collaboration avec différentes parties prenantes du secteur de la santé et d'autres secteurs (par exemple, les ministères des finances). Ainsi, dans certains pays, la collaboration avec d'autres secteurs a permis de mettre en place des taxes en faveur de la santé sur des produits nocifs tels que le tabac et l'alcool. Ces taxes favorisent des environnements plus sains et réduisent la charge de morbidité globale, mais permettent également d'augmenter les ressources du secteur de la santé.

34. Une telle stratégie doit également traiter de questions clés concernant la répartition des ressources au sein du secteur de la santé. Dans le cadre des soins de santé primaires, les fonds doivent être répartis de manière rationnelle entre les soins primaires, les interventions de santé publique et les initiatives en faveur de l'engagement des communautés et de la coordination multisectorielle. Au niveau du système de santé, les établissements de soins tertiaires reçoivent une part disproportionnée des budgets de santé, ce qui constitue un problème majeur dans de nombreux pays. Ce déséquilibre réduit les financements attribués aux soins de santé primaires et augmente les coûts pour l'ensemble du système de santé, avec un recours trop systématique aux hôpitaux pour les soins primaires, ce qui constitue un facteur important de gaspillage des ressources dans beaucoup de pays. Il est important de lutter contre le gaspillage de ressources dans d'autres parties du système de santé, car cela permet une nouvelle répartition du financement en faveur des soins de santé primaires.

35. La question de l'utilisation des ressources allouées aux services de santé est traitée ci-dessous dans la section 3.6

Tableau 6. Financement et répartition des ressources : mesures et interventions

Au niveau national
<ul style="list-style-type: none"> • Veiller à ce que les soins de santé primaires soient explicitement cités dans les stratégies de financement de la santé. • Contrôler le niveau de dépenses en faveur des soins de santé primaires grâce à une analyse des comptes nationaux de la santé et à des analyses plus détaillées, y compris des revues des dépenses publiques. • Renforcer les systèmes de gestion des finances publiques pour établir et exécuter les budgets du secteur de la santé de manière plus efficace, plus efficiente et plus équitable, y compris pour les soins de santé primaires. • Établir des indicateurs de performance pour les soins de santé primaires afin de contrôler la répartition des fonds.
Au niveau infranational
<ul style="list-style-type: none"> • Contrôler la répartition des fonds publics entre les différentes plateformes de prestation de services au sein d'unités infranationales ainsi que les différences de dotation par habitant dans le domaine de la santé entre les niveaux infranationaux. • Développer les capacités de contrôle des dépenses, d'analyse des obstacles à l'utilisation des services de santé et de lutte contre ces obstacles au niveau infranational.
Individus et communautés
<ul style="list-style-type: none"> • Exiger une plus grande transparence en matière de dépenses publiques en faveur de la santé et une amélioration de l'efficacité des dépenses des budgets actuels, y compris pour les soins de santé primaires. • Renforcer les capacités de contrôle des processus d'analyse des budgets et des dépenses. • Établir des partenariats avec des groupes de la société civile effectuant des analyses plus larges (c'est-à-dire non limitées au secteur de la santé) des budgets et des dépenses.

Tableau 7. Financement et répartition des ressources : outils et ressources

Outils et ressources pour les systèmes de santé
<i>Approche systémique pour analyser l'efficacité des programmes de santé</i>
<i>Building the economic case for primary health care: a scoping review</i> (en anglais)
<i>Community health planning & costing tool</i> (en anglais)
<i>Base de données mondiale sur les dépenses de santé – estimations des dépenses en faveur des soins de santé primaires</i> (en anglais)
Integrated Community Case Management Gap Analysis Tool À paraître, UNICEF
<i>Outil « OneHealth »</i> (en anglais)
<i>Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report</i> (en anglais)
<i>Strengthening Primary Health Care through Community Health Workers - Investment Case and Financing Recommendations</i> (en anglais)
UHC intervention compendium À paraître, OMS
<i>Projet CHOICE de l'OMS</i>

2.4 Participation des communautés et d'autres parties prenantes

Participation des communautés et d'autres parties prenantes de tous les secteurs pour cerner les problèmes et trouver des solutions et, par un dialogue stratégique, fixer les priorités.

36. Pour mettre en place des soins de santé primaires efficaces, il est essentiel de favoriser des relations de collaboration permettant aux parties prenantes de définir ensemble les besoins en matière de santé, de repérer les solutions et de hiérarchiser les actions grâce à des mécanismes efficaces et adaptés au contexte. Lorsque la quête de santé s'appuie sur l'autonomisation et la participation des individus et des communautés, la promesse des soins de santé primaires de s'intéresser à l'ensemble de la personne et de la communauté plutôt qu'à la maladie se concrétise. La participation des communautés doit s'intégrer à une stratégie globale de réorientation des systèmes de santé qui doivent répondre aux attentes et aux besoins des populations tout en tenant compte de l'évolution du contexte social.

37. Les communautés comptent différents acteurs : usagers individuels des services de santé et leur famille, grand public non initié, groupes du secteur privé (à but lucratif et à but non lucratif), y compris des organisations de la société civile (par exemple, associations de consommateurs, organisations communautaires, religieuses et non gouvernementales, et groupes affiliés). Les individus, les communautés ainsi que leurs capacités, désirs et mécanismes de participation évoluent sans cesse, notamment en raison de la mutation des dimensions sociales, ce qui a des conséquences importantes sur le processus de participation et sur la santé et le bien-être en général. Ainsi, des facteurs tels que la mondialisation, les mouvements de population, les urgences humanitaires et les conflits entraînent une modification fondamentale des comportements et de la structure des communautés, par exemple la décomposition des familles élargies et l'isolement croissant des aidants. Pour adopter une approche centrée sur la personne et mobiliser efficacement les communautés, il est essentiel de tenir compte de ces dimensions humaines et sociales.

38. Dans les secteurs de l'agriculture et du développement, les communautés participent depuis longtemps aux projets (par exemple, développement piloté par les communautés, action et apprentissage participatifs). Les interventions récentes sont axées sur le codéveloppement et la prise en main au niveau local (cela transparaît par exemple dans le manifeste « Doing development differently »). Le secteur de la santé a lui aussi mis au point de nombreux modèles et cadres relatifs à la participation et à l'autonomisation des communautés depuis la Déclaration d'Alma-Ata en 1978.(18-20)

39. La participation des communautés et des populations au domaine de la santé peut être envisagée à trois niveaux interdépendants : dans la gouvernance des systèmes de santé, dans la planification et la définition des priorités, et dans la mise en œuvre et la prestation des services de santé. À chacun de ces niveaux, la participation des communautés permet de recenser les centres d'intérêt et les priorités des parties prenantes et d'harmoniser les actions et les buts communs. Ainsi, la population est bénéficiaire et actrice du système de santé, elle joue un rôle central dans l'amélioration de la prestation de services et de la couverture, et influe sur la planification et la définition des priorités en matière de santé au niveau national. Les schémas de gouvernance doivent conforter ces rôles en créant un environnement qui favorise le respect et la confiance mutuels indispensables à un dialogue productif, au partenariat et à l'action commune. En outre, ces schémas doivent garantir que les systèmes de santé répondent aux attentes des individus et des communautés, notamment en allouant des ressources à l'identification des besoins et des priorités.

40. De plus, en matière de responsabilisation, le rôle des communautés et des parties prenantes est double : elles doivent demander aux systèmes de santé de rendre des comptes quant aux besoins des populations et contribuer à la responsabilisation en matière de gouvernance, de planification, de prestation et d'évaluation des soins de santé. Pour créer des conditions propices à la responsabilisation, les gouvernements devront investir dans le renforcement des capacités des communautés (par exemple, grâce à des programmes de renforcement de l'instruction en santé) et des pouvoirs publics.

41. La participation ne constitue pas une intervention ou une stratégie unique et distincte. C'est une méthode de travail permanente à l'échelle du système. Comme indiqué ci-dessus, les communautés ne sont ni homogènes ni statiques. Elles ont leur propre histoire et leur propre dynamique qui évolue sans cesse. Pour tenir compte des opinions changeantes, divergentes et parfois opposées de plusieurs groupes au sein d'une communauté (par exemple de groupes de jeunes et de personnes plus âgées), il faut mettre en œuvre une série de stratégies et de processus à plusieurs niveaux.

42. Pour élaborer ces stratégies ou ces processus, il faut parfois mobiliser la population grâce à des structures spécifiques à la santé (par exemple, des comités sanitaires, des groupes de défense des droits des patients, des programmes de recherche participatifs et des agents de santé communautaires) et à des structures plus larges (par exemple, des comités de villageois, des groupes de femmes et des associations pour le développement rural). Différentes méthodes de participation peuvent être employées aux niveaux national, infranational et local. Cela peut aller de simples mesures visant à recueillir des commentaires (par exemple, boîtes à idées) à une participation plus importante à l'orientation et/ou à la cogestion des services de santé (par exemple, grâce à la participation aux structures de gouvernance ou aux décisions concernant la répartition des ressources), en passant par des contributions actives (par exemple, dans le cadre de conseils consultatifs communautaires). Les différentes approches sélectionnées doivent être pertinentes et adaptées au contexte. Il convient de les modifier en fonction de l'évolution des besoins et de l'expérience des communautés.

43. Les besoins, les droits et l'inclusion des groupes vulnérables, marginalisés et défavorisés doivent également constituer une priorité à tous les niveaux de participation. Ces groupes présentent souvent des besoins spécifiques, mais ils n'ont pas toujours les ressources nécessaires pour accéder aux mécanismes classiques de participation ou l'occasion de le faire. Pour les inclure, il faut mettre en place des processus flexibles et adaptables, des environnements sûrs ainsi qu'un climat de confiance, et ce, de manière progressive, grâce à des interventions réfléchies et durables.

44. En ce qui concerne la participation des groupes du secteur privé, il faut tenir compte explicitement de leurs intérêts et de leurs objectifs qui ne sont pas toujours compatibles avec l'intérêt général. Les problèmes qui peuvent survenir sont les suivants : des conflits d'intérêts non résolus, une mainmise sur la réglementation (situation dans laquelle des organismes de réglementation servent les intérêts des secteurs qu'ils sont censés contrôler et réglementer) et un abus de position dominante. Même lorsque les objectifs sont davantage compatibles, par exemple avec les groupes à but non lucratif, les gouvernements peuvent rencontrer des difficultés à tirer profit de ces interventions disparates pour atteindre les objectifs des pouvoirs publics et des populations en matière de santé. Ainsi, il est possible que les gouvernements disposent d'informations incomplètes concernant les prestataires à but non lucratif ou ne disposent pas des mécanismes de gouvernance nécessaires pour mettre en adéquation les activités avec les systèmes

de santé nationaux et les priorités dans ce domaine. Enfin, dans le cadre du processus de participation, il est important de savoir que des groupes de consommateurs peuvent être sous l'influence d'intérêts commerciaux.(21)

DRAFT

Tableau 8. Participation des communautés et d'autres parties prenantes : mesures et interventions

Au niveau national
<ul style="list-style-type: none"> • Engager un dialogue avec les décideurs et les responsables politiques pour favoriser la mise en place d'environnements et de cultures propices à l'action collaborative et pour faciliter l'adoption de méthodes de travail interprofessionnelles. • Élaborer une description des liens dans la communauté et entre les parties prenantes. Évaluer régulièrement les points forts des relations communautaires et des liens entre les parties prenantes et intégrer des processus permettant de connaître leurs besoins et leurs préférences. Utiliser ces informations pour optimiser la participation et faciliter l'autonomisation. • Établir des partenariats avec des parties prenantes et des groupes à l'échelle nationale, infranationale et locale afin de repérer et de renforcer les mécanismes permettant de faire participer les communautés aux processus de gouvernance, de planification et de définition des priorités (y compris en matière de répartition des ressources), ainsi que de prestation de services. • Consentir un effort particulier pour encourager la participation des individus et des communautés aux mécanismes de responsabilisation, y compris la participation de groupes qui seraient autrement exclus de ces activités, par exemple, les personnes vulnérables et défavorisées, les jeunes ou les personnes âgées. • Œuvrer en faveur de l'instruction en santé et favoriser les approches associées qui permettent aux membres et aux groupes de la communauté de participer efficacement au système de santé. • Participer aux efforts de renforcement des capacités pour veiller à ce que les communautés connaissent leur rôle et leurs droits et disposent des outils et ressources nécessaires à une participation pleine et entière et à l'établissement de partenariats fructueux. • Soutenir les efforts des organisations de la société civile souhaitant s'investir plus activement dans l'amélioration des performances des systèmes de santé. • Concevoir des programmes de formation sur la participation des communautés à l'attention des professionnels de santé et les intégrer au programme national de formation médicale. • Effectuer un recensement et une analyse des relations entre parties prenantes afin d'assurer une participation et une autonomisation optimales des communautés et des parties prenantes concernées.
Au niveau infranational
<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir la mise en place de structures (par exemple, de comités sanitaires) au niveau des districts, des villes et des villages, et encourager la participation de tous les groupes sociaux à ces structures. • Soutenir les efforts visant à favoriser le dialogue entre les différents éléments de la communauté (par exemple, entre les organisations communautaires, les autorités locales, le secteur privé et les établissements universitaires). • Soutenir l'élaboration de plans d'action communautaires adaptés au contexte local qui répondent aux besoins et aux objectifs identifiés collectivement. • Évaluer et renforcer les capacités des autorités locales en matière d'utilisation de la planification participative et des méthodes et outils de mise en œuvre. • Mettre au point des mécanismes de suivi communautaires pour surveiller les flambées, les épidémies et les maladies hautement prioritaires (par exemple, entre les organisations communautaires et les établissements universitaires).

- Désigner des responsables de la participation communautaire dans divers services du Ministère de la santé (par exemple, les services chargés de la planification, du budget et du contrôle) et dans les comités sanitaires à l'échelle infranationale (par exemple, dans les districts).

Individus et communautés

- Veiller à ce que les individus et les communautés connaissent leurs droits et sachent ce qu'ils peuvent attendre des prestataires de soins de santé.
- Veiller à l'existence de possibilités et de mécanismes permettant aux individus et aux communautés de donner leur avis sur les soins/services dont ils ont bénéficié et sur leur adéquation aux besoins.
- Établir des partenariats avec des organisations communautaires afin de renforcer l'instruction en santé au niveau local, de mettre au point des mécanismes de responsabilisation communautaires et de lancer des initiatives de sensibilisation locales pour encourager la participation à la gouvernance, à la planification, à la définition des priorités et à la mise en œuvre dans le domaine de la santé.
- Soutenir la création d'associations ou de réseaux permettant une participation plus représentative à la gouvernance, à la planification, à la définition des priorités et à la mise en œuvre.
- Donner aux individus et aux communautés la possibilité de participer à des mécanismes qui s'appuient sur les forces et les atouts locaux pour recenser les problèmes, formuler des solutions et hiérarchiser les actions améliorant la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des services de santé.

Tableau 9. Participation des communautés et d'autres parties prenantes : outils et ressources

Outils et ressources pour les systèmes de santé
Community health planning & costing tool (en anglais)
Community planning toolkit (en anglais)
Community Tool Box (en anglais)
Compassion resilience toolkit (en anglais)
Minimum Quality Standards and Indicators for Community Engagement (en anglais)
Realising the value: Ten key actions to put people and communities at the heart of health and wellbeing (en anglais)
WHO community engagement framework for quality, people-centred and resilient health services (en anglais)
WHO Handbook on Social Participation for Universal Health Coverage À paraître , OMS Consultation de la société civile du CSU2030
Working Together: A toolkit for health professionals on how to involve the public (en anglais)
Outils et ressources pour les programmes
An evidence map of social, behavioural and community engagement interventions for reproductive, maternal, newborn and child health (en anglais)
Recommandation de l'OMS relative à la mobilisation communautaire pour la santé de la mère et du nouveau-né au moyen de cycles d'apprentissage et d'action participatifs avec les associations féminines sous la conduite d'animateurs
Collaborer avec les individus, les familles et les communautés pour améliorer la santé maternelle et néonatale (avec des outils pour la mise en œuvre)

DRAFT

3. Leviers facultatifs

3.1 Modèles de soins

Modèles de soins qui font des soins primaires de qualité centrés sur la personne et des fonctions de santé publique essentielles la base même des services de santé intégrés à assurer tout au long de la vie.

45. Un modèle de soins est une conception de la manière dont les services doivent être délivrés, notamment en ce qui concerne les procédures de soins, l'organisation des prestataires et la gestion des services, conception qui s'accompagne de la définition des rôles et des responsabilités des différentes plateformes et des différents prestataires tout au long du parcours de soins. Le modèle de soins s'adapte pour répondre à l'évolution des objectifs et des priorités de la population en matière de santé et pour améliorer les performances du système de santé. Il doit s'efforcer d'être le plus efficace, le plus équitable et le plus efficient possible. Le choix du modèle de soins conditionne l'organisation des éléments structurels (gouvernance, financement, personnel, environnement physique, systèmes d'information et autres technologies de la santé) qui doivent eux-mêmes faciliter la mise en place du modèle de soins souhaité. Différents modèles de soins peuvent coexister dans un même système de santé et peuvent être utilisés pour remplir diverses fonctions. Les modèles de soins efficaces se transforment pour s'adapter au suivi permanent des performances, à l'évolution des populations, des besoins en matière de santé et du contexte afin que tous les individus reçoivent des soins adaptés, en temps voulu, prodigués par une équipe compétente dans un lieu adéquat.

46. Les modèles de soins doivent être adaptés au contexte local. En effet, les interventions nécessaires et réalisables seront différentes selon que l'on se trouve dans une zone fragile touchée par un conflit ou dans un pays stable à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, ou selon que l'on parle d'une communauté urbaine ou rurale. Toutefois, certains principes sont communs à tous les contextes. Tout d'abord, les modèles de soins doivent favoriser les services de santé intégrés, accorder une priorité stratégique aux fonctions de soins primaires et de santé publique et veiller à leur bonne coordination. Un examen réalisé pour la Conférence mondiale sur les soins de santé primaires a permis de recenser six modèles permettant l'intégration des fonctions de santé publique et de soins primaires : (22)

- intégration des professionnels de la santé publique aux soins primaires ;
- collaboration entre les services de santé publique et les prestataires de soins primaires ;
- programmes de prestations complets et proactifs intégrant la santé publique ;
- services de soins primaires prodigués par le système de santé publique ;
- intégration des mesures d'incitation pour la santé publique aux soins primaires ; et
- formation pluridisciplinaire en santé publique du personnel chargé des soins primaires.

47. Ensuite, au niveau des services individuels de soins de santé, les systèmes de santé doivent être réorganisés pour que les soins soient prodigués plus près du lieu d'habitation de la population (par exemple, soins à domicile et soins dans la communauté, soins primaires dans les établissements pour soins de longue durée, unités de soins intermédiaires pour la réadaptation dans les hôpitaux locaux, unités dédiées aux soins d'urgence dans les centres de santé offrant des soins complets et les hôpitaux de premier recours) en tenant compte du contexte (par exemple, conditions de vie, transports publics, existence de transports pour les situations d'urgence et de soins préhospitaliers),

des préférences des individus et de la rentabilité. Il faut également s'assurer que les soins primaires constituent le premier point de contact, et le plus courant, du système de santé et que des liens sont établis vers toutes les autres plateformes de prestation de services grâce à des systèmes d'orientation et de réorientation fonctionnels.

48. Dans le cadre de cette réorganisation, le modèle de soins peut définir des structures ou des fonctions qui guident les patients vers le lieu de soins le plus adapté dans une situation donnée. Les prestataires de soins primaires peuvent se voir attribuer une fonction de filtrage afin que leur rôle de premier point de contact pour la plupart des problèmes de santé soit garanti. Ils sont ainsi chargés des soins primaires, de la coordination des soins et de l'orientation des patients vers d'autres sites et plateformes. En outre, des soins primaires en dehors des heures de bureau peuvent être prodigués pour les problèmes de santé urgents ou aigus lorsque les patients peuvent être pris en charge en toute sécurité par des services de soins primaires ou orientés vers d'autres plateformes de prestation de services. Des unités dédiées aux soins d'urgence doivent être créées dans les centres de santé offrant des soins complets ou les hôpitaux de premier recours pour garantir une prise en charge rapide des besoins urgents en matière de santé. Le rôle des hôpitaux doit également être examiné. Ils concentrent une part importante du personnel de santé, des technologies et des ressources financières d'un pays, sont chargés de la formation de nombreux professionnels de santé et disposent de la capacité politique, économique et sociale de faciliter ou d'entraver la transformation du système. Pour faciliter l'orientation des systèmes vers les soins de santé primaires, il faut tirer un trait sur la définition traditionnelle de l'hôpital considéré comme un bâtiment (caractérisé par des murs et des lits) et l'envisager comme une organisation souple qui utilise des ressources limitées et fonctionne comme un bien public. Les hôpitaux doivent renoncer à leur statut d'institution isolée seule responsable des patients ayant besoin de soins aigus très spécialisés pour accepter une responsabilité partagée avec d'autres prestataires de soins en matière de santé de la population. Ils doivent également élargir leur action et cesser de s'intéresser uniquement aux épisodes aigus immédiats pour mettre davantage l'accent sur des parcours de soins intégrés qui se révèlent plus efficaces à terme.

49. En outre, les modèles de soins doivent favoriser des soins continus, complets, coordonnés, centrés sur l'individu et la personne au lieu de s'intéresser à des maladies spécifiques (en particulier dans un contexte où l'importance de traiter la multimorbidité est de plus en plus évidente). Enfin, les modèles de soins doivent prendre acte du rôle crucial des soins de santé primaires dans la lutte contre les problèmes de santé nouveaux et existants (y compris l'évolution de la charge de morbidité dans beaucoup de pays où les maladies transmissibles sont mieux contrôlées, mais où la prévalence des maladies non transmissibles augmente).

50. Pour axer les modèles de soins sur les soins de santé primaires, la création d'équipes multidisciplinaires (également traitée dans la section 3.2) constitue une stratégie importante. Il n'existe pas de composition type pour ces équipes, mais elles associent généralement plusieurs compétences et professions, par exemple, des agents de santé communautaires, des infirmiers, des médecins de famille, des pharmaciens, des diététiciens, des travailleurs sociaux, des tradipraticiens et du personnel administratif/d'encadrement, pour répondre à l'ensemble des besoins des individus. Le lien entre les agents de santé communautaires et le personnel travaillant au sein des établissements de santé s'avère particulièrement important pour améliorer la qualité des soins prodigués par les premiers, mais aussi parce que ceux-ci peuvent jouer un rôle essentiel dans la création du lien entre les communautés et les établissements et dans la prestation de services auprès de la population.

51. L'affectation de patients constitue une autre stratégie fréquemment employée pour confier la santé de communautés définies à des équipes spécifiques. Il s'agit d'établir des listes de patients et d'attribuer des individus ou des populations à des prestataires, à des équipes ou à des établissements de soins primaires précis. Ce processus peut être obligatoire ou s'effectuer sur la base du volontariat, en fonction d'un bassin de population ou des choix individuels. L'affectation de patients encourage les prestataires/équipes à adopter une approche holistique de la santé des personnes dont ils s'occupent, ce qui facilite l'exécution des fonctions de santé publique et de soins primaires.

52. Les modèles de soins axés sur les soins de santé primaires doivent associer leurs trois composantes. En ce qui concerne la production, les individus et les communautés doivent jouer un rôle dans la conception et l'organisation des modèles de soins, et ces derniers doivent renforcer et permettre la participation des communautés. En ce qui concerne les usagers, les modèles de soins doivent favoriser la participation des patients et l'aide à l'autogestion grâce à des interventions éducatives et de soutien qui développent les capacités des individus à prendre en charge leur propre santé. De même, les modèles axés sur les soins de santé primaires permettent aux actions multisectorielles au niveau national, infranational et communautaire d'agir sur l'ensemble des déterminants de la santé.(23) Ainsi, l'intégration des services de santé et des services de protection sociale est de plus en plus importante pour répondre aux besoins de la population.

53. La gouvernance, la responsabilisation, le financement axé sur les résultats, l'organisation du personnel de santé et des travailleurs sociaux, la conception et l'utilisation d'outils et de lignes directrices fondés sur les données (par exemple, parcours de soins, lignes directrices cliniques et normes et protocoles pour les établissements), l'organisation et les processus de gestion des établissements (par exemple, la supervision de soutien, la gestion efficace des ressources et la participation des communautés), et des systèmes d'information qui fonctionnent bien constituent des facteurs essentiels à la mise en place de modèles de soins efficaces.(23–29) Lors de la conception de nouveaux modèles de soins favorisant l'intégration des services de santé, il est également important d'étudier les possibilités offertes par les nouvelles technologies. Les innovations dans le domaine des modèles de prestation qu'offrent par exemple les technologies numériques (voir section 3.7) peuvent faciliter l'amélioration continue de la réactivité et de l'efficacité du système. Ainsi, si les agents de santé communautaires et le personnel des établissements ont accès aux dossiers médicaux électroniques du patient, les informations le concernant peuvent être communiquées en temps réel, ce qui facilite la mise en place de modèles de soins holistiques pour garantir que l'ensemble du personnel de santé fournit des informations complémentaires et améliore la qualité des soins.

Tableau 10. Modèles de soins : mesures et interventions

<p>Au niveau stratégique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concevoir des modèles de soins adaptés au contexte national et local et défendre le principe d'action en faveur des services de santé complets et intégrés (notamment l'association de la santé publique et des soins primaires), en faisant des soins primaires le premier point de contact et le plus courant, pour garantir des soins continus, complets, coordonnés, centrés sur l'individu et la personne qui luttent contre les problèmes nouveaux et existants. • Veiller à ce que les cadres stratégiques soient actualisés pour intégrer les informations concernant les modèles de soins efficaces, par exemple, l'importance du lien entre les agents de santé communautaires et le personnel des établissements de santé. • Envisager l'adoption de nouvelles technologies de la santé adaptées qui peuvent faciliter la mise en place de modèles de soins holistiques. • Soutenir l'élaboration de nouveaux modèles de soins grâce à des programmes de formation ciblés destinés aux professionnels de santé et aux responsables politiques. • Concevoir et renforcer les systèmes d'information destinés à suivre et à faciliter l'évaluation et l'analyse comparative des modèles de soins.
<p>Au niveau opérationnel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soutenir le leadership local et l'autonomisation des individus et des communautés dans des modèles de soins adaptés aux besoins locaux et à l'âge, et tenant compte des questions de genre. • Formaliser les relations de collaboration au sein d'équipes pluridisciplinaires. • Établir des systèmes d'orientation à double sens permettant aux établissements de soins primaires (premier point de contact et point de contact le plus courant) d'orienter avec fluidité les patients vers d'autres plateformes de prestation. • Créer des réseaux intégrés de prestation de services de santé.
<p>Individus et communautés</p> <ul style="list-style-type: none"> • Défendre des modèles de soins incarnant les principes essentiels des soins de santé primaires. • Participer à la conception de nouveaux modèles de soins et à l'analyse de leurs performances.

Tableau 11. Modèles de soins : outils et ressources

Outils et ressources pour les systèmes de santé
<i>Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of WHO's framework on integrated, people-centred health services</i> (en anglais)
Critical pathways towards integrated people-centred health services À paraître, OMS
Imbalances in rural primary care: a scoping literature review with an emphasis on the WHO European Region À paraître , OMS
<i>Integrating health services: brief</i> (en anglais)
Local Engagement Assessment and Planning (LEAP): A toolkit for enhancing integrated and people-centred health services À paraître, OMS
<i>Primary health care and health emergencies: brief</i> (en anglais)
<i>Primary health care and health emergencies</i> (document complet, en anglais)
<i>Primary health care: closing the gap between public health and primary care through integration</i> (en anglais)
<i>The transformative role of hospitals in the future of primary health care</i> (en anglais)
UHC intervention compendium À paraître, OMS
<i>Access to rehabilitation in primary health care: an ongoing challenge</i> (en anglais)
Outils et ressources pour les programmes
<i>Age-friendly Primary Health Care Centres Toolkit</i> (en anglais)
<i>Child Friendly Communities in ESAR: An Integrated Approach to Community Platforms</i> (en anglais)
<i>Mise en œuvre des programmes de paludisme pendant la grossesse dans le contexte des recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive</i>
<i>Soins intégrés pour les personnes âgées (ICOPE) – Cadre de mise en œuvre : Directives concernant les systèmes et les services</i>
<i>Integrated care for older people: realigning primary health care to respond to population ageing</i> (en anglais)
<i>Mental health in primary care: illusion or inclusion?</i> (en anglais)
<i>Nutrition – WASH Toolkit. Guide for Practical Joint Actions</i> (en anglais)
<i>Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers</i> (en anglais)
<i>Primary health care as an enabler for "ending the epidemics" of high-impact communicable diseases: brief</i> (en anglais) Document complet à paraître , OMS
<i>Sexual, reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health in the context of primary health care</i> (en anglais)
<i>Combattre les MNT : « meilleurs choix » et autres interventions recommandées pour lutter contre les maladies non transmissibles</i>
<i>The AIDS response and primary health care: linkages and opportunities</i> (en anglais)
<i>Outils pour la mise en œuvre de l'ensemble PEN de (ensemble des interventions essentielles de lutte contre les maladies non transmissibles) l'OMS</i> (en anglais)
<i>Traditional and complementary medicine in primary health care</i> (en anglais) À paraître , OMS
<i>Why palliative care is an essential function of primary health care</i> (en anglais)

DRAFT

3.2 Personnel dispensant les soins de santé primaires

Personnel pluridisciplinaire dévoué, en nombre suffisant, ayant le niveau de compétence requis et bien réparti, qui comprend des agents de santé travaillant en institution, dans des services de proximité et dans les communautés mêmes, bien gérés et encadrés, et correctement rétribués.

54. Le terme « personnel dispensant les soins de santé primaires » désigne les personnes participant à l'ensemble du cycle de promotion, de prévention, de traitement, de réadaptation et de soins palliatifs, y compris le personnel de la santé publique et le personnel agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Il désigne également les aidants, le plus souvent des femmes, dont l'action est complémentaire de celle des salariés.(30) En plus des personnes chargées de fournir les services, le personnel administratif/d'encadrement (par exemple, les chargés d'information et les planificateurs) est également indispensable au fonctionnement du système de santé dans différents lieux de soins. Les agents de santé sont essentiels pour atteindre les cibles de l'ODD 3 (Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge) et d'autres ODD en matière de santé. Pour renforcer les soins de santé primaires et progresser vers l'instauration de la couverture sanitaire universelle, un personnel de santé adapté, bien réparti, motivé, doté des moyens nécessaires et soutenu est essentiel.

55. D'après des estimations réalisées en 2013, il manquera 18 millions d'agents de santé pour instaurer et maintenir la couverture sanitaire universelle à l'horizon 2030, essentiellement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (tranche inférieure), dont 2,6 millions de médecins, 9 millions d'infirmières et de sages-femmes, et 5,9 millions de personnes appartenant à d'autres catégories de personnel de santé.(31)

56. Il est essentiel d'augmenter le nombre d'agents de soins de santé primaires et d'améliorer leur répartition là où ils sont insuffisants, mais il est également important d'améliorer la productivité et les performances du personnel en poste. En s'appuyant sur un éventail de compétences variées et durables adaptées aux soins de santé primaires, y compris les liens entre toutes les plateformes de prestation de services et le personnel des services sociaux, on assure une utilisation plus efficace des ressources tout en répondant mieux aux besoins de la communauté. Dans certains contextes, pour optimiser cet éventail de compétences, on exploite le potentiel que représentent les agents de santé communautaires appartenant aux équipes pluridisciplinaires couvrant les soins primaires.

57. La Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030 de l'OMS (32) et les Recommandations de la Commission de haut niveau des Nations Unies sur l'emploi dans le secteur de la santé et la croissance économique présentent une orientation stratégique et des moyens politiques pour renforcer les ressources humaines de la santé et des services sociaux afin de mettre en place des soins de santé primaires, d'instaurer une couverture sanitaire universelle et d'atteindre les ODD en matière de santé.

58. Les quatre objectifs de la Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé ont une incidence directe sur le personnel des soins de santé primaires :

- parvenir à une combinaison optimale de performance, de qualité et d'impact du personnel de santé par des politiques des ressources humaines pour la santé qui intègrent les bases factuelles ;
- faire coïncider les investissements en faveur des ressources humaines pour la santé aux besoins actuels et futurs de la population et des systèmes de santé, en tenant compte de la dynamique du marché de l'emploi et des politiques éducatives ;

- renforcer les capacités des institutions infranationales, nationales, régionales et internationales pour une tutelle, un leadership et une gouvernance efficaces par rapport aux mesures prises dans le domaine des ressources humaines pour la santé ;
- renforcer les données concernant les ressources humaines pour la santé, pour le suivi et la responsabilisation de la mise en œuvre des stratégies nationales et régionales, y compris de la Stratégie mondiale.

59. Pour atteindre ces objectifs, des efforts concertés et une responsabilisation seront nécessaires afin de surmonter plusieurs difficultés : s'assurer que les agents de santé sont en nombre suffisant et sont bien répartis, améliorer leur productivité et leurs performances pour faire évoluer la qualité des soins, et améliorer la gestion et l'utilisation des ressources humaines.

60. Il est plus ou moins nécessaire de s'attaquer à ces facteurs selon les pays. La connaissance des dynamiques qui traversent le marché du travail dans le secteur de la santé constitue le point de départ d'une planification efficace des personnels de santé. Elle s'appuie elle-même sur des données solides afin de garantir la présence d'agents de santé compétents en nombre suffisant, ce qui nécessite de connaître le profil actuel et futur des personnels de santé et des services sociaux (nombre, répartition, éventail de compétences, formation, réglementation, flux entrant/sortant, conditions de travail et rémunération). De plus, pour résoudre ces difficultés, un effort multisectoriel est nécessaire. Il faut notamment mobiliser les secteurs de l'éducation, du travail et des finances.

61. Lorsque l'on évalue la disponibilité et la répartition des personnels de santé, il est important d'adopter un point de vue global et de comprendre que la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire (sujet également traité dans la section 3.1) constitue souvent le meilleur moyen de prodiguer des soins. Pour que des équipes pluridisciplinaires efficaces prodiguent des soins primaires, il faut optimiser l'éventail de compétences des agents de santé. Il n'existe pas de composition type pour ces équipes. En effet, chaque pays organise les personnels de santé et des services sociaux en fonction du contexte, des ressources dont il dispose et de sa capacité d'investissement. Dans l'idéal, les équipes pluridisciplinaires doivent être composées de manière à pouvoir prodiguer des soins continus, complets, coordonnés et centrés sur la personne.

62. Dans certains pays, les stratégies de soins de santé primaires s'appuient sur les médecins (médecins généralistes ou médecins de famille), car ils disposent de compétences générales complètes essentielles pour traiter les différents problèmes pris en charge dans le cadre des soins primaires. D'autres pays privilégient des équipes de soins primaires plus diverses composées de médecins, mais aussi de personnel paramédical, d'infirmiers praticiens et d'agents de santé communautaires. Dans certains cas, lorsque les ressources sont insuffisantes, il est possible d'optimiser l'éventail de compétences en réorganisant les champs d'activité (une pratique souvent désignée par les termes « transfert de tâches », « partage des tâches », « délégation » ou « substitution »). Il s'agit de situations dans lesquelles des missions non statutaires normalement accomplies par une profession donnée peuvent être effectuées par des personnes exerçant une autre profession ayant suivi une formation complémentaire. Ces missions sont réglementées pour garantir la sécurité des patients.

63. Étant donnée la nature multisectorielle des soins de santé primaires, il est important de mobiliser les professionnels d'autres secteurs, tels que ceux de l'eau et de l'assainissement, de l'éducation et de l'environnement, ainsi que les personnes disposant d'une expertise en matière de

participation des individus et des communautés, par exemple, des spécialistes du développement ou des anthropologues.

64. Il faut savoir que les difficultés liées au recrutement, à la formation, au déploiement et à la fidélisation des agents de santé appartenant à chacune des catégories peuvent varier et donc nécessiter des solutions différentes. Le recrutement et la fidélisation des agents de santé communautaires constituent une difficulté particulièrement fréquente. Certains pays ont amélioré les choses en officialisant leur rôle, par exemple en les rémunérant et en les intégrant aux systèmes de soins de santé primaires (en établissant un lien entre les agents et les établissements de santé, par exemple), mais ce n'est pas encore la norme dans tous les programmes d'agents de santé communautaires. Les lignes directrices de l'OMS sur la politique de santé et l'appui aux systèmes de santé pour optimiser les programmes d'agents de santé communautaires fournissent des données supplémentaires sur l'intégration de ces agents aux systèmes de santé.(33)

65. Il est essentiel d'augmenter le nombre d'agents et d'améliorer leur répartition, mais il est également important d'améliorer les processus et la responsabilisation pour optimiser l'utilisation, la productivité et les performances du personnel en poste. Les contraintes qui pèsent sur les performances sont les suivantes : éventail de compétences non adapté, rôles et attentes peu clairs, mais aussi lacunes en matière de compétences, faible motivation, rémunération insuffisante et mesures d'incitation inadaptées, supervision et méthodes de travail déficientes, lignes directrices peu claires, et conditions de travail difficiles. Ainsi, même en l'absence de pénurie de professionnels essentiels, il arrive que les agents de santé ne prodiguent pas de soins de qualité.(34) La section 3.8 aborde plusieurs aspects de l'amélioration de la qualité des soins, mais de simples améliorations dans la gestion des ressources humaines de la santé donnent parfois de bons résultats. Des pratiques telles que la définition des rôles et des responsabilités au sein d'une équipe pluridisciplinaire, l'amélioration de la communication, l'élimination des pratiques et des comportements discriminants, la recherche d'un équilibre dans la charge de travail, la mise en place d'une supervision et la transmission d'observations sont fondamentales pour une bonne gestion des ressources humaines. Or, leur mise en œuvre est rarement systématique. L'investissement en faveur du renforcement des capacités d'encadrement des agents de santé et du personnel administratif peut s'avérer important pour améliorer les performances.

66. Dans la plupart des pays, des interventions bien choisies permettent de réaliser des avancées rapides et d'éliminer les principaux blocages. Cependant, pour se doter de professionnels des soins de santé primaires aptes à s'acquitter de leurs fonctions, notamment dans les pays confrontés à de graves pénuries, des interventions stratégiques à moyen et long terme sont nécessaires. Une réponse concertée au niveau national, infranational et communautaire, avec l'aide des partenaires du développement mondiaux et régionaux, peut accélérer les progrès vers la constitution d'un personnel des soins de santé primaires compétent, en nombre suffisant, bien réparti et intégré à des équipes pluridisciplinaires.

Tableau 12. Personnel dispensant les soins de santé primaires : mesures et interventions

Au niveau stratégique
<ul style="list-style-type: none"> • Élaborer des politiques, des stratégies et des plans relatifs au personnel de santé fondés sur des données et accordant la priorité aux investissements en faveur des professionnels des soins de santé primaires afin de répondre aux besoins de la communauté et de la population. • Créer des forums ou des mécanismes de coordination intersectoriels adaptés qui mobilisent les ministères de l'éducation, du travail, des finances et de la planification pour garantir que les différents groupes et parties prenantes adoptent les mêmes approches en matière de formation, de compétences, d'emploi et de rémunération du personnel de santé (il s'agit notamment d'aider ces ministères à intégrer les besoins des agents de santé dans leurs plans sectoriels). • Mobiliser des financements suffisants auprès de sources nationales et de donateurs afin de maintenir l'offre, le recrutement, le déploiement et la fidélisation du personnel des soins de santé primaires et de réduire au minimum les départs prématurés. • Mieux répartir le personnel grâce à des stratégies adaptées (par exemple, réglementation, mesures d'incitation financières ou non, formation) permettant de déployer les professionnels des soins de santé primaires dans des communautés et des établissements défavorisés. • Adapter la formation et les compétences des agents de santé aux besoins de la communauté et de la population, et renforcer les établissements d'enseignement pour accélérer et maintenir la formation des professionnels des soins de santé primaires afin qu'ils soient compétents, en nombre suffisant et capables de répondre aux priorités actuelles et futures en matière de santé. • Réorganiser les champs d'activité si nécessaire afin d'élargir l'accès aux services essentiels et d'optimiser la prestation de soins primaires. • Renforcer les capacités de gouvernance des autorités nationales de réglementation afin de mieux réguler la formation et la pratique des professionnels de santé, pour les acteurs publics et privés. • Soutenir la création d'instances professionnelles pouvant participer activement au dialogue stratégique et assurer la surveillance du secteur.
Au niveau opérationnel
<ul style="list-style-type: none"> • Veiller à ce que les agents des soins de santé primaires disposent des compétences clés nécessaires pour prodiguer le panier de services de santé défini. • Institutionnaliser la formation continue interprofessionnelle pour les équipes de soins de santé primaires afin de s'assurer qu'elles sont aptes à effectuer leurs missions et qu'elles sont dotées de compétences larges et actualisées. • Établir des processus de gestion et de responsabilisation pour optimiser la motivation, la satisfaction, la fidélisation et les performances. • Agir en faveur d'un travail décent qui tient compte des questions de genre, exempt de violence, de discrimination et de harcèlement, avec une charge de travail gérable, offrant une rémunération et des mesures d'incitation adéquates et garantissant la santé et la sécurité. • Concevoir et appliquer des fiches de poste pour tous les professionnels de soins de santé primaires. Celles-ci doivent présenter les compétences, les attentes et les principales missions et doivent être associées à un recrutement, un déploiement, une évaluation des performances et un avancement fondés sur le mérite. • Offrir des perspectives de carrière en proposant la sécurité de l'emploi, une supervision constructive et des parcours de développement professionnel (y compris pour les agents de santé communautaires).

- Renforcer les systèmes d'information des professionnels de santé et/ou créer des comptes nationaux des personnels de santé afin de guider les stratégies et la planification et de renforcer le suivi des performances.
- Envisager une modification de la configuration des personnels en fonction du contexte et des ressources disponibles afin de s'adapter à l'évolution des besoins en matière de santé et à l'évolution des populations.
- Apporter un soutien adéquat aux aidants non rémunérés (soutien financier ou en nature).

Individus et communautés

- Renforcer la responsabilisation du personnel des soins de santé primaires au niveau des communautés, des activités de proximité et des établissements grâce à une évaluation des performances et à un suivi réguliers.
- Veiller à ce que le personnel des soins de santé primaires soit représenté au sein des instances professionnelles.
- Participer à la sélection et au déploiement du personnel au niveau des communautés, des activités de proximité et des établissements.

Tableau 13. Personnel dispensant les soins de santé primaires : outils et ressources

Outils et ressources pour les systèmes de santé
<i>Building the Primary Health Care Workforce of the 21st Century</i> (en anglais)
<i>Lignes directrices concernant les agents de santé communautaires : aide du système de santé pour les agents de santé communautaires</i> (en anglais)
<i>Community Health Worker Assessment and Improvement Matrix (CHW AIM): Updated Program Functionality Matrix for Optimizing Community Health Programs</i> (en anglais)
Global Competency Framework for Universal Health Coverage À paraître, OMS
<i>Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030</i> (en anglais)
<i>Manuel et guide pour la mise en œuvre des comptes nationaux des personnels de santé</i> (en anglais)
<i>WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes</i> (en anglais)
<i>S'engager pour la santé et la croissance : Investir dans les personnels de santé</i>
<i>Manuel de l'utilisateur des indicateurs des besoins en personnel par rapport à la charge de travail (WISN)</i>
Outils et ressources pour les programmes
<i>Développer les compétences du personnel de santé dans le domaine de la santé de l'adolescent</i>
Cancer workforce strategy for comprehensive prevention and control À paraître, OMS
<i>Compétences de base en santé et développement de l'adolescent pour les prestataires de soins primaires</i>
<i>Midwifery education modules – Education material for teachers of midwifery</i> (en anglais)
<i>Strengthening midwifery toolkit</i> (en anglais)
<i>Strengthening quality midwifery education for universal health coverage 2030: Framework for action</i> (en anglais)
<i>Strengthening the capacity of community health workers to deliver care for sexual, reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health</i> (en anglais)
<i>Using auxiliary nurse midwives to improve access to key maternal and newborn health interventions in sexual and reproductive health</i> (en anglais)

DRAFT

3.3 Infrastructure physique

Établissements de santé sûrs et accessibles dispensant des services efficaces, équipés de systèmes fiables d'alimentation en électricité, d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'élimination des déchets/recyclage, d'une bonne connexion pour les télécommunications et de systèmes de transport permettant de transférer les patients vers d'autres prestataires de soins de santé.

67. L'infrastructure physique des établissements de santé joue un rôle important dans la capacité des prestataires de soins à remplir leur mission et dans la satisfaction des patients, ce qui a une incidence sur le recours aux services de santé. Pourtant, les besoins et l'entretien des infrastructures sont souvent négligés, notamment dans les établissements de soins primaires tels que les dispensaires et les centres de santé.(35) Des systèmes fiables d'alimentation en électricité, d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'élimination des déchets/de recyclage ainsi qu'une bonne connexion pour les télécommunications constituent les éléments essentiels des infrastructures physiques.

68. Des mesures efficaces de prévention et de lutte contre les infections ainsi que des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène (WASH) dans les établissements de santé constituent le fondement de soins de qualité. Les services d'eau et d'assainissement doivent être accessibles à tous les usagers, y compris à la famille des patients. Ils doivent répondre aux normes nationales et être entretenus régulièrement par du personnel suffisamment qualifié pour que les équipements restent propres et en état de fonctionnement. Ces mesures permettent de proposer tous les services dans un environnement propre et sûr, ce qui est essentiel pour veiller à la santé du personnel et de l'ensemble de la population. Si ces normes ne sont pas respectées, les patients sont exposés à un risque plus élevé d'infections lorsqu'ils reçoivent des soins. Le traitement de ces infections est alors plus difficile et plus coûteux, et cela peut dans certains cas contribuer à augmenter la résistance aux antimicrobiens. De plus, la sécurité des traitements et de l'élimination des déchets infectieux et des eaux usées est importante pour prévenir la propagation de maladies au sein des communautés. En outre, la propreté des établissements et l'accessibilité à des services spécifiques opérationnels tels que les toilettes et l'eau potable ont des conséquences sur les personnes qui ont besoin de soins et sur la satisfaction des patients.

69. Les connexions pour les télécommunications sont de plus en plus indispensables aux infrastructures physiques pour les soins de santé. Dans de nombreux pays, la collecte de données passe par des systèmes électroniques. Ainsi, dans les établissements ne disposant pas de connexion, les membres du personnel ne peuvent pas transmettre régulièrement des données ou doivent utiliser leurs propres dispositifs. En outre, comme expliqué à la section 3.7, les progrès des technologies numériques promettent de grandes améliorations des services de santé, mais ces améliorations seront considérablement fragilisées si les établissements ne peuvent pas proposer de connexion fiable pour mettre en place des initiatives et des outils tels que la télémédecine, le cyberapprentissage, les dossiers médicaux électroniques ou la diffusion de messages SMS pour communiquer avec un patient précis ou avec l'ensemble de la population (par exemple, pour envoyer des rappels de rendez-vous ou diffuser des campagnes de promotion de la santé).

70. Une alimentation en électricité fiable est indispensable au fonctionnement des établissements de santé. C'est un élément nécessaire pour la connexion aux télécommunications, mais aussi pour toute une série d'autres services, notamment pour assurer un éclairage adéquat pour le diagnostic et les procédures médicales, et pour garantir le fonctionnement des équipements médicaux et non médicaux (par exemple, réfrigérateurs nécessaires au respect de la chaîne du

froid). Depuis quelques années, il est plus aisé d'installer des systèmes fiables, car l'alimentation en électricité hors réseau est de plus en plus abordable et facile à mettre en place, notamment grâce aux panneaux solaires. L'absence d'alimentation électrique fiable peut entraîner la défaillance d'équipements difficiles à réparer, ce qui peut avoir une incidence sur la capacité des établissements à prodiguer des soins, notamment dans les régions reculées.

71. En 2019, dans une consultation sur le renforcement des services de première ligne pour la couverture sanitaire universelle, le Bureau régional pour l'Asie du Sud-Est a proposé de travailler « différemment » dans les domaines suivants afin que les établissements soient plus propres et plus sûrs. Ces actions s'appuient sur de nombreux leviers stratégiques et facultatifs :⁽³⁶⁾

- garantir l'essentiel : par exemple, garantir des systèmes WASH et une alimentation en électricité grâce à une collaboration multisectorielle, encourager la participation de la communauté aux actions visant à exiger les équipements essentiels, réaliser des actions de plaidoyer avec les parlementaires et les responsables politiques, et fournir des équipements de protection au personnel de nettoyage des établissements ;
- mettre en œuvre des normes : par exemple, définir des normes claires pour les établissements utilisant des outils tels que l'évaluation de la disponibilité et de la préparation des services, communiquer les normes à toutes les parties prenantes, et demander aux instances législatives de faire appliquer les normes ;
- renforcer l'encadrement, le suivi et la supervision : par exemple, former les responsables des établissements, mettre en place des systèmes d'accréditation s'appuyant sur les normes, et signaler systématiquement les effets indésirables ;
- améliorer la résilience des établissements de santé : par exemple, stériliser les équipements médicaux pour prévenir les infections, garantir l'approvisionnement en eau et l'alimentation en électricité qui sont essentiels pour répondre aux situations d'urgence ; et mettre en œuvre les normes applicables aux infrastructures de santé pour protéger les établissements en cas de séisme, d'incendie ou d'inondation.

72. Le dernier aspect des infrastructures physique est le transport. L'absence de transport peut représenter un obstacle important aux soins et peut exacerber les inégalités. C'est donc un aspect essentiel des infrastructures globales. Dans ce domaine, les responsables locaux peuvent adopter plusieurs approches différentes : achat direct de véhicules (par exemple, ambulances), partenariat avec des sociétés de transport privées ou bons de transport couvrant les frais de déplacement. Pour garantir l'accès aux soins, il est essentiel de pouvoir déplacer vers des établissements de soins secondaires ou tertiaires les patients ayant besoin de soins complexes ou urgents qui ne peuvent pas être prodigués dans les établissements de soins primaires. De plus, des systèmes de transport adéquats et adaptables peuvent se révéler nécessaires pour d'autres aspects des soins, par exemple pour fournir des services dans des zones difficiles d'accès ou pour des campagnes de sensibilisation.

73. L'infrastructure physique des établissements de soins de santé joue également un rôle important dans le renforcement de la confiance entre les individus et les communautés d'une part et les systèmes de santé d'autre part. Ainsi, les établissements de santé doivent répondre aux besoins médicaux et non médicaux des individus et des communautés, à savoir les besoins physiques, culturels et religieux. Pour cela, il faut par exemple prévoir des salles d'attente confortables, mettre en place des structures physiques garantissant la confidentialité des consultations (notamment pour les sujets sensibles ou intimes), prendre des mesures visant à adapter les environnements aux enfants (par exemple, l'installation d'un marche-pied permettant aux jeunes enfants de se laver les mains) ou créer des zones distinctes pour les hommes et les

femmes. Il faut également veiller à ce qu'un grand nombre de personnes, quelles que soient leurs capacités, puissent accéder à tous les établissements de santé et y recevoir des soins. On peut envisager l'installation d'ascenseurs, d'escalators, de rampes, de portes et de couloirs larges, d'escaliers sûrs équipés de rampes, de salles de repos équipées de sièges confortables, d'une signalisation adéquate et de toilettes publiques accessibles.

DRAFT

Tableau 14. Infrastructure physique : mesures et interventions

Au niveau stratégique
<ul style="list-style-type: none"> • Élaborer des normes nationales pour la prévention et le contrôle des infections. • Élaborer des plans de mise en œuvre pour garantir que tous les établissements de santé disposent de systèmes WASH, de transports, de connexion pour les télécommunications et d'une alimentation en électricité fiable. • Élaborer des politiques qui favorisent un accès physique (avec une durée de trajet raisonnable) aux établissements de santé pour chacun, quels que soient son âge ou ses capacités.
Au niveau opérationnel
<ul style="list-style-type: none"> • Veiller à ce que tous les nouveaux établissements de santé soient équipés de systèmes fiables pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène, de connexions pour les télécommunications et d'une alimentation en électricité fiable. • Garantir la gestion et l'entretien adéquats des établissements de santé, en accordant la priorité aux mesures de prévention et de lutte contre les infections ainsi qu'aux systèmes pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène, aux connexions pour les télécommunications et à la fiabilité de l'alimentation en électricité. • Mettre en place des protocoles pour que les établissements tiennent compte des questions de genre, et soient exempts de violence, de discrimination et de harcèlement. • Adopter une démarche visant à s'assurer que le transport ne constitue pas un obstacle pour accéder aux services.
Individus et communautés
<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser les mécanismes existants pour les évaluations concernant les normes et le fonctionnement des établissements (par exemple, tableaux de bord citoyens).

Tableau 15. Infrastructure physique : outils et ressources

Outils et ressources pour les systèmes de santé
AccessMod (en anglais)
Access to Modern Energy Services for Health Facilities in Resource-Constrained Settings: a review of status, significance, challenges and measurement (en anglais)
Questions et indicateurs de base destinés au suivi de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'hygiène (EAH) au sein des établissements de soins de santé (ESS) dans le cadre des objectifs de développement durable
Normes essentielles en matière de santé environnementale dans les structures de soins
Aperçu des technologies pour le traitement de déchets infectieux et de déchets piquants/coupants/tranchants provenant des établissements de santé
La gestion sécurisée des déchets médicaux : Résumé
Training modules in health-care waste management (en anglais)
L'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de santé
Outil d'amélioration de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène dans les établissements de santé (WASH FIT) – Guide pratique pour l'amélioration de la qualité des soins grâce à de meilleurs services d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les établissements de santé
Directives de l'OMS et de l'UNICEF concernant les indicateurs des établissements de santé

3.4 Médicaments et autres produits pour améliorer la santé

Disponibilité et accessibilité économique de médicaments et d'autres produits de santé de bonne qualité, adéquats, sûrs et efficaces, grâce à des processus transparents

74. Les soins de santé primaires nécessitent un accès à des produits sanitaires, notamment aux médicaments, aux vaccins, aux dispositifs médicaux, aux dispositifs de diagnostic in vitro, aux équipements de protection, aux outils de lutte antivectorielle et aux dispositifs d'aide. Leur sécurité, leur efficacité, leurs performances et leur qualité doivent être garanties. Ils doivent également être adaptés, disponibles et accessibles financièrement.

75. La disponibilité et l'accessibilité économique des produits sanitaires dépendent de différentes décisions stratégiques et de divers processus intégrés concernant l'évaluation, la sélection, la tarification, l'achat, la gestion de la chaîne d'approvisionnement, la maintenance (dans le cas de dispositifs médicaux), la prescription et la délivrance (dans le cas de médicaments) ou encore l'utilisation sûre et adéquate de tous ces produits.

76. La mise à disposition des produits sanitaires doit être guidée par des processus de sélection fondés sur des données tels que l'évaluation des technologies de la santé qui apprécie systématiquement les propriétés, les effets et les incidences de ces technologies.⁽³⁸⁾ Il s'agit d'un processus pluridisciplinaire qui évalue les enjeux sociaux, économiques, organisationnels et éthiques relatifs aux technologies de la santé, et qui oriente les décisions concernant les conditions et les modes d'utilisation de ces technologies. Les lignes directrices internationales telles que les listes de médicaments essentiels, de vaccins, de dispositifs médicaux et d'aides techniques sont utiles pour déterminer les technologies de la santé à évaluer localement afin d'épauler les services de santé conformément au modèle de soins (par exemple, la Liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels [39] et d'autres listes figurant dans le tableau 17). Pour que les services de soins primaires puissent répondre aux besoins de la population, il est essentiel que les produits sanitaires adéquats soient disponibles, c'est pourquoi l'OMS élabore actuellement une liste spécifique de produits sanitaires pour ces services.

77. Les autorités nationales de réglementation sont chargées de veiller à la sécurité, à l'efficacité/aux performances et à la qualité des produits sanitaires dans l'ensemble du système de santé. L'homologation ou l'autorisation de mise sur le marché des produits sanitaires constitue une étape réglementaire essentielle pour autoriser la vente d'un produit sanitaire dans un pays. Les autorités nationales de réglementation sont chargées de s'assurer que les produits sanitaires sont stockés, distribués et délivrés comme il se doit. Pour cela, il faut notamment délivrer des licences aux établissements tels que les installations de stockage ou les pharmacies. Les médicaments de qualité inférieure étant responsables de centaines de milliers de décès chaque année,⁽³⁷⁾ la surveillance post-commercialisation à tous les niveaux est essentielle pour garantir la sécurité et les performances des produits sanitaires. Si les médicaments entraînent une réaction indésirable grave ou si un dispositif médical ne fonctionne pas comme prévu, il est important de le signaler aux autorités nationales de réglementation afin que les avantages et les risques soient évalués et que des mesures puissent être prises si nécessaire.

78. De bonnes pratiques et politiques d'approvisionnement favorisant l'achat de médicaments génériques sont essentielles pour garantir la mise à disposition de produits de qualité à un prix abordable. De telles politiques contribuent à l'utilisation efficace des ressources publiques ainsi qu'à la réduction des dépenses restant à la charge du patient.

79. Une bonne gestion de la chaîne d'approvisionnement permet de s'assurer que des produits de qualité sont disponibles pour l'ensemble du système de santé. Dans ce domaine, il est particulièrement important que les établissements de santé disposent de compétences en gestion des stocks et en entretien (des dispositifs médicaux et des réfrigérateurs pour le respect de la chaîne du froid). L'un des objectifs clés de la gestion de la chaîne d'approvisionnement est d'assurer la disponibilité de produits sanitaires en cas de flambée épidémique, de catastrophe naturelle ou dans d'autres situations d'urgence. Ceci est de plus en plus important, car la fréquence des événements extrêmes augmente en raison du changement climatique, et il est essentiel de renforcer la résilience des chaînes d'approvisionnement.⁽⁴⁰⁾ Le suivi fiable des produits constitue une dimension clé de la bonne gestion des chaînes d'approvisionnement, et certains pays ont mis en place des systèmes d'information pour la gestion de la logistique afin de garantir la disponibilité immédiate des informations concernant les produits sanitaires. Une bonne gestion des chaînes d'approvisionnement mettant l'accent sur les soins primaires doit tenir compte des établissements mais aussi des produits utilisés par les agents de santé communautaires.

80. Pour assurer le bon fonctionnement des établissements, éviter des attentes trop longues et réduire au minimum le transfert de patients vers d'autres établissements en raison de pannes d'équipements ou d'absence de consommables, notamment dans les régions reculées, il est essentiel d'acheter des équipements médicaux (avec extensions de garantie et accessoires) qui fonctionnent bien malgré l'instabilité de l'alimentation en énergie, un taux d'humidité élevé et des températures extrêmes.

81. L'entretien des produits sanitaires, notamment des équipements médicaux, constitue un autre enjeu important. Il nécessite souvent des compétences spécialisées qui ne sont pas toujours faciles à trouver au sein des établissements de santé. C'est pourquoi il est important qu'un budget soit prévu pour la maintenance, les pièces détachées ou les consommables ainsi que le remplacement des équipements à terme. Il est important de veiller à ce que les agents de santé disposent des compétences nécessaires pour mettre en œuvre les directives relatives aux pratiques cliniques, pour prescrire et délivrer correctement les médicaments, ainsi que pour utiliser, décontaminer et éliminer de manière adéquate et sûre les dispositifs médicaux afin d'éviter les infections croisées. Ceci est essentiel, car l'emploi intempestif d'antibiotiques en l'absence de diagnostic peut contribuer au développement de la résistance aux antimicrobiens qui représente une menace croissante pour les individus et les populations.

82. Enfin, bien que la présente section traite essentiellement des produits sanitaires dans les établissements de santé, les soins de santé primaires font également appel à plusieurs produits provenant d'autres secteurs. Les technologies liées à l'alimentation sont particulièrement importantes, notamment celles associées à la préparation de la nourriture. Ainsi, il est essentiel de s'équiper de réchauds qui ne polluent pas et ne contribuent pas au risque de brûlure ou d'intoxication, et de produits permettant la distribution d'une eau potable sûre afin d'éviter la propagation des maladies infectieuses.

Tableau 16. Médicaments et autres produits pour améliorer la santé : mesures et interventions

Au niveau stratégique
<ul style="list-style-type: none"> • Veiller à l'élaboration de politiques relatives aux technologies de la santé qui tiennent compte des produits sanitaires et traitent des processus suivants : innovation, évaluation, sélection, réglementation, tarification, achat, approvisionnement, utilisation, entretien et mise hors service. • Renforcer les organismes nationaux de réglementation pour garantir la sécurité, l'efficacité/les performances et la qualité des produits sanitaires, notamment grâce à l'outil mondial d'analyse comparative de l'OMS pour la formulation de plans de développement institutionnels. • Adopter des approches collaboratives pour l'homologation des produits sanitaires et le suivi en cas d'effets indésirables. • Utiliser des méthodes de sélection sur la base de données probantes, notamment les évaluations des technologies de la santé ainsi que les listes des médicaments essentiels et prioritaires, pour guider les décisions relatives à l'approvisionnement et au remboursement. • Établir des politiques de tarification exploitant pleinement les médicaments génériques et d'autres stratégies d'approvisionnement permettant d'optimiser les ressources et de réduire les dépenses à la charge des patients. • Renforcer la gestion des chaînes d'approvisionnement pour garantir la disponibilité des produits sanitaires (y compris l'entretien des dispositifs médicaux) sur les lieux de soins. • Dresser des listes nationales de médicaments et de produits sanitaires essentiels aux soins primaires. • Veiller à ce que les ressources nationales soient suffisantes pour garantir l'accès aux produits sanitaires pour les soins primaires. • Garantir la présence au niveau national des capacités nécessaires pour se préparer aux situations d'urgence et répondre aux besoins en matière de produits sanitaires dans ces situations. Il s'agit notamment de se procurer des dispositifs de diagnostic, des équipements de protection individuelle, des médicaments et des dispositifs médicaux.
Au niveau opérationnel
<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en œuvre des lignes directrices, des normes et des critères techniques pour l'assurance de la qualité et la sécurité des produits sanitaires. • Renforcer la gouvernance et la surveillance, notamment en matière d'efficience et d'intégrité de la chaîne d'approvisionnement, y compris en favorisant le déploiement de technologies de l'information. • Veiller à la présence de capacités nécessaires pour prescrire, délivrer et utiliser correctement les médicaments, ainsi que pour gérer et entretenir les dispositifs médicaux de manière adaptée, notamment avant l'arrivée de nouveaux produits. • Réaliser régulièrement une évaluation aléatoire du stockage, de la disponibilité et de la qualité des produits sanitaires. • Veiller à l'entretien des produits sanitaires (notamment des équipements médicaux). • Veiller à ce que le personnel de santé soit formé à l'utilisation correcte et sûre des produits sanitaires. • Évaluer la capacité locale à mobiliser les technologies de la santé en cas d'urgence sanitaire, y compris les équipements de protection individuelle nécessaires.
Individus et communautés
<ul style="list-style-type: none"> • Participer aux prises de décisions concernant l'adoption de nouvelles technologies de la santé.

- Participer au suivi des prix, de la disponibilité, de la sécurité et de la qualité des produits sanitaires.

DRAFT

Tableau 17. Médicaments et autres produits pour améliorer la santé : outils et ressources

Outils et ressources pour les systèmes de santé
<i>Antimicrobial resistance and primary health care: brief</i> (en anglais) Document complet à paraître , OMS
Base de données AWaRe de classement des antibiotiques – OMS, 2019 (en anglais)
Good governance for medicines: model framework, updated version 2014 (en anglais)
Guide to integrated community case management procurement and supply and management Planning for Global Fund Grants (en anglais)
Interagency package: essential health products for primary health care À paraître, OMS
Roadmap for access to medicines, vaccines and health product 2019-2023: comprehensive support for access to medicines, vaccines and other health products (en anglais)
Selection of essential medicines at country level – Using the WHO model list of essential medicines to update a national essential medicines list (en anglais)
VERS L'ACCÈS 2030 – Cadre stratégique de l'OMS en matière de médicaments et produits de santé 2016-2030
Programmes pour le bon usage des antimicrobiens dans les établissements de santé dans les pays à revenu intermédiaire, tranche inférieure : une boîte à outils pratique de l'OMS
Le modèle de cadre réglementaire mondial de l'OMS relatifs aux dispositifs médicaux incluant les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro
Système mondial de surveillance et de suivi de l'OMS pour les produits médicaux de qualité inférieure et falsifiés (GSMS)
WHO guideline on country pharmaceutical pricing policies (en anglais)
Liste des dispositifs médicaux prioritaires de l'OMS
Directives de l'OMS concernant l'assurance de la qualité des médicaments (en anglais)
Liste modèle OMS des produits essentiels pour le diagnostic in vitro (en anglais)
Liste des produits d'aide prioritaires (en anglais)
World Health Organization model list of essential medicines: 21st list 2019 (en anglais)
Outils et ressources pour les programmes
Appropriate storage and management of oxytocin – a key commodity for maternal health WHO/UNICEF/UNFPA Joint Statement (en anglais)
Liste interinstitutions de dispositifs médicaux prioritaires pour des interventions essentielles en santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile

3.5 Collaboration avec les prestataires du secteur privé

Partenariat solide entre les prestataires des secteurs public et privé pour assurer des services de santé intégrés.

83. Dans le domaine de la santé, le terme « secteur privé » désigne tous les acteurs non étatiques : entités à but lucratif ou non, formelles et informelles, nationales ou internationales. Presque tous les pays sont dotés de systèmes de santé mixtes dans lesquels les biens et les services sont fournis par les secteurs public et privé, et les usagers ont recours aux services des deux secteurs. Dans le domaine de la santé, la participation du secteur privé et son champ de compétence sont importants. En effet, il fournit des services de santé ainsi que des médicaments et d'autres produits sanitaires, il gère l'assurance-maladie, s'occupe de la gestion des chaînes d'approvisionnement, forme le personnel de santé, déploie les technologies de l'information et gère les infrastructures et les services d'appui.

84. Le terme « secteur privé » désigne un large éventail d'acteurs et de services dans l'ensemble du système de santé, y compris des organismes de financement, de conception de nouvelles technologies et de nouveaux produits, de gestion des chaînes d'approvisionnement, de plaidoyer et de services.(41) Ainsi, le secteur privé joue un rôle dans de nombreux leviers stratégiques et facultatifs. Cependant, le présent levier ne cherche pas à définir la mission du secteur privé dans tous les leviers. Il met plutôt l'accent sur le rôle important des acteurs privés dans la prestation de services.

85. Ce levier est essentiel, car presque tous les pays sont dotés d'un système de santé mixte dans lequel les soins sont prodigués par des acteurs publics et privés. Les proportions varient en fonction du service concerné,(41-44) et, comme le souligne la section 2.2 (paragraphe 21), une enquête récente menée par l'OMS montre que dans la plupart des 65 pays participants, plus de 40 % des soins sont prodigués par le secteur privé, ce chiffre dépassant même 70 % dans certains pays. Dans de nombreux pays, une part importante des services de soins primaires sont fournis par le secteur privé, qu'il s'agisse de médecins, de tradipraticiens, de travailleurs sociaux, de pharmaciens, de diététiciens, d'autres exploitants de commerces informels de médicaments, ou de prestataires à but non lucratif tels que les organisations religieuses ou non gouvernementales. En outre, plusieurs entreprises fournissent des services de médecine du travail à leurs employés. L'objectif de ces programmes est généralement d'assurer la santé et la sécurité au travail, mais ils prodiguent aussi des soins primaires aux employés (et à leur famille).

86. Il est important de souligner que dans la majorité des pays, les secteurs public et privé ne sont pas isolés l'un de l'autre. Les professionnels de santé peuvent pratiquer dans les deux secteurs et une part importante des patients sollicite à la fois des acteurs privés et publics (parfois pour le même problème de santé). En outre, les actions concernant un secteur (par exemple, l'amélioration de la qualité des soins dans les établissements publics) finissent souvent par avoir une incidence sur l'autre secteur (par exemple, réorientation vers le secteur public de la demande auparavant traitée par des services privés de moins bonne qualité).(41,45)

87. Le secteur public et le secteur privé sont responsables de la prestation de services, mais les pouvoirs publics doivent superviser et guider l'ensemble du secteur de santé afin de protéger l'intérêt général. Pour cela, le rôle d'autorité de tutelle des ministères de la santé doit être renforcé. Plusieurs approches et outils peuvent être adoptés pour assurer une tutelle efficace. Au niveau de l'élaboration des politiques, le secteur privé doit être traité comme une partie prenante dotée d'une

expertise pertinente. Il est souvent utile d'inviter des représentants du secteur privé à participer à la conception des stratégies et politiques qui les concernent. Le Joint Learning Network for Universal Health Coverage a recensé cinq étapes clés pour renforcer le dialogue avec le secteur privé. Il s'agit notamment de trouver un terrain d'entente (stratégies « gagnant-gagnant ») et de mettre en place des processus consultatifs réguliers.(46)

88. Dans ce domaine, l'OMS s'efforce d'aider les pays sur six aspects de la gouvernance : renforcer la compréhension, mettre en place une stratégie, donner des moyens d'action aux parties prenantes, favoriser les relations, harmoniser les structures et cultiver la confiance.

89. Soulignons que les conflits d'intérêts sont possibles (par exemple, lorsqu'une évolution politique nationale profite à des intérêts commerciaux), et qu'il est important pour les autorités nationales d'être conscientes de cette possibilité et de prendre des mesures pour éviter que cela ne se produise : il s'agit par exemple de travailler avec des associations professionnelles ou des réseaux moins susceptibles d'être en position de conflit d'intérêts et de garantir une transparence complète dans toutes les collaborations avec le secteur privé.

90. Concernant le rôle du secteur privé dans les prestations de soins, un cadre (47) dégage quatre approches gouvernementales possibles :

- l'interdiction : interdiction de toutes les formes de pratique privée, par exemple interdiction de toute prestation non autorisée ; en pratique, les interdictions sont peu fréquentes car difficiles à appliquer ;
- la contrainte : bien que les interdictions totales soient rares, la plupart des pays ont mis en place une forme de contrainte pour les prestataires privés, généralement sous forme de réglementation. Cela peut se traduire par des contrôles réglementaires, une homologation ou une auto-régulation par les organismes professionnels. Cela concerne des domaines tels que les ressources humaines, les médicaments, les installations et les équipements ;
- les mesures d'encouragement et d'incitation : de nombreux pays cherchent à encourager le secteur privé à améliorer l'accès à ses services ou leur qualité. Pour cela, différents mécanismes sont utilisés, par exemple, les partenariats public-privé, la création de franchises sociales, le marketing social, les avantages fiscaux et la formation et/ou une aide pour améliorer la qualité des soins ;
- l'achat : beaucoup de gouvernements font appel à des prestataires privés pour fournir certains services (par exemple, analyses de laboratoire ou équipements médicaux, gestion des chaînes d'approvisionnement pour les médicaments) ; la plupart des systèmes nationaux d'assurance-maladie font appel à des acteurs privés pour les consultations externes comme pour les soins avec hospitalisation ; certains utilisent des programmes de bons pour cibler des populations précises (par exemple, afin de réduire les obstacles financiers pour l'accès des populations défavorisées aux services de santé de la mère et de l'enfant).

91. Dans un même pays, plusieurs approches sont généralement adoptées simultanément pour différents aspects de la collaboration avec le secteur privé. Pour favoriser ce processus, l'OMS a élaboré un modèle de prise de décision ainsi qu'un ensemble d'outils conçus pour encourager la prise de décision s'appuyant sur des données probantes. Il s'agit notamment :

- de connaître le marché de la santé d'un pays, les types d'acteurs privés ainsi que la nature et l'étendue de l'activité privée ;

- de repérer en quoi la participation du secteur privé comporte des risques et ouvre des perspectives pour atteindre les objectifs sanitaires d'un pays ;
- d'évaluer la gouvernance et les capacités réglementaires, de faire en sorte que ces capacités correspondent au rôle envisagé pour le secteur privé et de participer à la conception de réformes pour remédier aux déficits de capacité ;
- de recenser différentes méthodes de contrôle ou de participation du secteur privé.

92. L'objectif des approches gouvernementales de la participation du secteur privé et du modèle de prise de décisions est d'aider les pays à formuler des politiques sur le secteur privé et à mettre en place des outils juridiques et financiers pour les mettre en œuvre.

93. Pour soutenir ce travail, l'OMS prépare actuellement les documents suivants :

- une nouvelle feuille de route sur la mobilisation du secteur privé de la santé grâce à la gouvernance des systèmes de santé mixtes. Ce document décrit en détail les six aspects cités ci-dessus. Il doit permettre de mettre en place un nouveau mode de gouvernance des systèmes de santé mixtes grâce à un consensus sur les moyens et les stratégies de participation du secteur privé dans la prestation des services de santé. Il fournit des conseils pour obtenir un système de santé bien géré dans lequel les acteurs publics et privés assurent collectivement l'équité, l'accès, la qualité et la protection financière ;(48)
- des recommandations pour comprendre la contribution du secteur privé au système de santé en dressant le portrait le plus fidèle possible grâce aux données disponibles tout en investissant dans des améliorations multisectorielles en matière de disponibilité des données standard ;
- des recommandations sur les principes relatifs à la participation du secteur privé ;
- des directives pour l'élaboration de politiques relatives au secteur privé dans la santé ;
- de nouvelles lignes directrices traitant des problèmes de responsabilisation que pose la participation du secteur privé.

94. Parce que de nombreux pays mesurent mal l'importance des services fournis par le secteur privé, le Joint Learning Network for Universal Health Coverage a créé un guide détaillé permettant de recenser les prestataires privés, une étape essentielle pour établir une base de données solide pour la prise de décision.(46) Les projets SHOPS et SHOPS Plus ont adopté une approche plus large de l'évaluation du secteur privé. Plus de 20 pays ont été évalués, ce qui a permis de rédiger un guide pour réaliser des évaluations.(49)

95. Enfin, il est essentiel de garantir la participation des prestataires privés aux activités de suivi et d'évaluation, dans l'idéal grâce à des systèmes d'information pour la gestion sanitaire. Cela s'est révélé difficile dans plusieurs pays,(50) mais les nouvelles technologies ouvrent des perspectives pour une collaboration plus solide en matière de systèmes de surveillance. De plus, les acteurs et les réseaux du secteur privé doivent rendre des comptes quant à leur participation aux systèmes nationaux.

Tableau 18. Collaboration avec les prestataires du secteur privé : mesures et interventions

Au niveau stratégique
<ul style="list-style-type: none"> • Définir une approche pour la participation du secteur privé à l'élaboration des politiques (par exemple, grâce à un processus ou à une plateforme permettant des consultations régulières) en traitant la gestion des conflits d'intérêts. • Recenser les difficultés (par exemple, les retards en matière de prestation de certains services) et déterminer si une participation plus importante du secteur privé améliorerait les performances. • Développer l'approche de mobilisation du secteur privé (par exemple, contrainte, encouragement, achat) la plus adaptée pour surmonter les difficultés recensées. • Évaluer les cadres juridiques et réglementaires pour s'assurer qu'ils sont adaptés au secteur privé, notamment en matière de responsabilisation. • Recenser les prestataires privés ou réaliser une évaluation du secteur privé afin de s'assurer de la fiabilité des informations concernant son champ d'activité. • Consulter en amont les prestataires privés pour les associer aux systèmes nationaux de suivi et d'évaluation.
Au niveau opérationnel
<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les capacités en matière de surveillance/contrôle du secteur privé conformément aux lois et aux réglementations. • Le cas échéant et selon le degré de décentralisation, définir une approche concernant la participation du secteur privé à l'élaboration des politiques (par exemple, grâce à un processus ou à une plateforme permettant des consultations régulières) en traitant la gestion des conflits d'intérêts.
Individus et communautés
<ul style="list-style-type: none"> • Former des alliances ou des réseaux permettant de mieux représenter le secteur privé dans le dialogue stratégique avec les pouvoirs publics. • Participer activement au fonctionnement des organes directeurs existants. • Alimenter les systèmes d'information sanitaires.

Tableau 19. Collaboration avec les prestataires du secteur privé : outils et ressources

Outils et ressources pour les systèmes de santé
Engaging the private sector for service delivery (en anglais)
Engaging the Private Sector in Primary Health Care to Achieve universal health coverage: Advice from Implementers, to Implementers (en anglais)
Projet de feuille de route pour la participation du secteur privé à la couverture sanitaire universelle (en anglais) Document complet à paraître, OMS
Regulation of private primary health care (en anglais)
The private sector, universal health coverage and primary health care (en anglais)

3.6 Systèmes d'achat et de paiement

Systèmes d'achat et de paiement qui favorisent la réorientation des modèles de soins pour proposer des services de santé intégrés articulés autour des soins primaires et de la santé publique.

96. Les systèmes d'achat et de paiement orientés sur les soins de santé primaires favorisent la mise en œuvre de modèles axés sur les soins de santé primaires (voir section 3.1). Lorsqu'ils sont appuyés par des flux de ressources adéquats favorisant les soins de santé primaires et lorsqu'ils sont guidés par des modèles orientés sur les soins de santé primaires, les systèmes d'achat et de paiement augmentent l'accessibilité des interventions prioritaires pour l'ensemble de la population ainsi que l'intégration des services de santé articulés autour des soins primaires et de la santé publique. Les stratégies d'achat – y compris, la conception des prestations, les modes de rémunération des prestataires et les conditions des contrats – peuvent contribuer à orienter les modèles de soin vers les soins de santé primaires et encourager l'intégration des services de santé tout en favorisant la progression vers d'autres objectifs du système de santé.

97. Les individus et les communautés, y compris les prestataires et les acheteurs, doivent toujours participer à la conception des prestations qui doivent favoriser l'équité et n'exclure personne. Les paniers de services de santé, qui constituent souvent le fondement des droits aux prestations, doivent tenir compte du modèle de soins et comporter un éventail complet de services et d'intervention proposés aux individus ou aux populations tout au long de la vie. En intégrant des services de promotion, de protection, de prévention, de réanimation, de traitement, de réadaptation et de soins palliatifs à l'ensemble des plateformes de prestation de services, les paniers de services peuvent guider la définition des rôles et améliorer la coordination entre ces plateformes afin de permettre une répartition des ressources efficace et efficiente et d'améliorer l'intégration des services. En outre, la modification des conditions d'accès aux programmes de prestations de santé, par exemple, des réductions dans le cadre du partage des coûts (réduction de la participation des usagers ou politiques en faveur de la suppression de cette participation), peut encourager le recours aux services de soins primaires. De nombreux pays ont entamé un processus de suppression de la participation des usagers, car il est désormais évident que cela entraîne des effets néfastes importants sur les populations les plus pauvres et que cela augmente les inégalités.

98. Le mode de paiement des prestataires a des conséquences importantes sur le volume et la qualité des services de santé. Des modes de rémunération adaptés constituent une incitation adéquate pour des services de santé intégrés articulés autour des soins primaires et de la santé publique. Ainsi, le recours aux services de soins primaires peut être encouragé par des taux de rémunération relativement plus élevés. Il est de plus en plus fréquent d'adopter de nouvelles approches pour le paiement des prestataires, car les systèmes orientés sur les soins de santé primaires sont de plus en plus centrés sur les médecins de famille dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Les modes de rémunération les plus fréquemment utilisés sont les suivants : ligne budgétaire (salaire du personnel), budget global, paiement à l'acte, capitation (paiement par patient), indemnités journalières et paiement au nombre de cas (par exemple, groupes homogènes de patients). Les quatre premiers modes sont les plus pertinents pour la rémunération des prestataires de soins primaires et sont détaillés dans le tableau 20.

Tableau 20. Évaluation des modes de rémunération des prestataires

DRAFT

Mode de rémunération	Caractéristiques	Avantages pour les prestataires	Cas où ce mode de rémunération est utile
Ligne budgétaire	<ul style="list-style-type: none"> Les prestataires reçoivent une somme fixe pour une période déterminée. Cette somme couvre les dépenses en ressources (par exemple, personnel, médicaments et services essentiels). Cependant, il est généralement impossible de déplacer les fonds d'une ligne budgétaire à une autre. 	<ul style="list-style-type: none"> Augmentation des orientations, augmentation des ressources, dépense de tous les fonds restants avant la fin de l'exercice budgétaire. Aucune mesure d'incitation ni aucun mécanisme pour améliorer l'efficacité 	<ul style="list-style-type: none"> Les capacités de gestion de l'acheteur et des prestataires sont faibles ; le contrôle des coûts constitue une priorité absolue.
Budget global	<ul style="list-style-type: none"> Les prestataires reçoivent une somme fixe pour une période précise. Cette somme couvre l'intégralité des dépenses permettant de fournir un ensemble de services défini à l'avance. Le budget est fixe, mais il peut être employé avec plus de souplesse, car il n'est pas associé à des lignes budgétaires. 	<ul style="list-style-type: none"> Budget global établi à partir des ressources : services fournis moins nombreux, augmentation des orientations, augmentation des ressources Budget global établi à partir du volume : augmentation du nombre de services, augmentation des orientations, baisse des ressources (gains d'efficacité possibles) 	<ul style="list-style-type: none"> Les capacités de gestion de l'acheteur et des prestataires sont au minimum modérées ; la concurrence entre les prestataires est impossible ou ne constitue pas un objectif ; le contrôle des coûts constitue une priorité absolue.
Paiement à l'acte	<ul style="list-style-type: none"> Les prestataires sont rémunérés pour chacun des services fournis. Les tarifs sont fixés à l'avance pour chaque service ou groupe de services. 	<ul style="list-style-type: none"> Augmentation du nombre de services, parfois au-delà de ce qui est nécessaire ; réduction des ressources utilisées par service, ce qui peut entraîner un gain d'efficacité pour l'ensemble des ressources 	<ul style="list-style-type: none"> L'augmentation de la productivité, la prestation de service et l'accès constituent des priorités absolues ; il est nécessaire de fidéliser ou d'attirer des prestataires ; le contrôle des coûts n'est pas prioritaire.

Capitation (paiement par patient)	<ul style="list-style-type: none"> • Les prestataires reçoivent une somme fixe à l'avance pour fournir un ensemble de services définis à chacun des individus inscrits pendant une durée déterminée. 	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de l'efficacité des ressources, attractivité pour les patients inscrits, baisse des ressources, services fournis moins nombreux, augmentation des orientations, amélioration des produits (accent mis sur les interventions de promotion de la santé et de prévention, moins coûteuses), possibilité de choisir des patients en meilleure santé (moins coûteux) 	<ul style="list-style-type: none"> • Les capacités de gestion de l'acheteur sont modérées à avancées ; le renforcement des soins primaires et de l'équité sont des objectifs ; le contrôle des coûts constitue une priorité ; le choix et la concurrence sont possibles.
--	---	--	---

Source : Tableau établi à partir du document de référence (51).

99. Bien qu'il n'existe pas de mode de rémunération idéal pour tous les contextes et que chaque mode présente des points forts et des points faibles, de nombreux pays se tournent vers des systèmes de rémunération mixtes qui associent par exemple la capitation et le paiement à l'acte. En effet, ce sont les modes de rémunération qui correspondent le mieux à la philosophie des soins de santé primaires (qui favorise la gestion à l'échelle de la population et la productivité), et les autres modes de rémunération présentent des faiblesses lorsqu'il s'agit d'encourager un système de santé axé sur les soins de santé primaires. La capitation est structurée autour d'une rémunération pour un ensemble de services défini pour un bassin de population précis (ou pour les personnes rattachées à un établissement) pendant une période donnée. La rémunération n'est pas liée à des prestations de services de diagnostic ou de traitement spécifiques. Ce mode de rémunération est donc souvent associé à l'affectation des patients (voir section 3.1, paragraphe 52).

100. Les nouvelles associations de modes de rémunération des prestataires sont de plus en plus nombreuses. Le but est de mettre en place des incitations financières qui correspondent aux objectifs du système de santé liés à la coordination des soins, à leur qualité, à l'amélioration de l'état de santé et à l'efficacité en récompensant les professionnels atteignant les niveaux de résultats ciblés. Ces systèmes sont collectivement désignés par le terme « systèmes de rémunération en fonction des résultats ». Ainsi, l'objectif d'un système de rémunération en fonction des résultats peut être de favoriser l'intégration et la coordination des soins dans l'ensemble du système de santé en incitant les prestataires de soins primaires à proposer davantage de services de promotion de la santé, de protection et de prévention ou en incitant d'autres prestataires de soins à favoriser la prestation de services dans des lieux de soins plus proches de la communauté (par exemple, en donnant par téléconsultation un deuxième avis aux prestataires de soins primaires ou grâce à l'orientation ou au transfert patients vers les hôpitaux locaux. Les données concernant les effets de ces mécanismes de rémunération sur les résultats sanitaires sont ambivalentes. Leur contribution principale est peut-être le renforcement des initiatives plus larges d'amélioration des performances et leur effet « tâche d'huile » sur d'autres aspects du renforcement des systèmes de santé, conséquence indirecte des programmes d'incitation.(52)

101. La passation de contrats constitue un autre mécanisme utile d'achats pour guider les modèles orientés sur les soins de santé primaires. Il permet en effet de responsabiliser les prestataires quant aux buts et aux objectifs liés aux soins de santé primaires. Ainsi, les conditions du contrat peuvent être rédigées de manière à associer la rémunération à l'obtention de résultats sanitaires au niveau national ou local ou de façon à encourager la création, l'élargissement et la gestion de réseaux de prestataires intégrés en fonction des besoins de la communauté.

102. Pour mettre en place des systèmes d'achat et de paiement fonctionnels, il est indispensable de disposer de données fiables, c'est pourquoi le renforcement des capacités de suivi doit être intégré à toute réforme des stratégies d'achat.(53)

DRAFT

Tableau 21. Systèmes d'achat et de paiement : mesures et interventions

Au niveau stratégique
<ul style="list-style-type: none"> • Élaborer une approche inclusive et participative de la rémunération des prestataires et de la passation de contrats dans tous les contextes de soins, et ce, dans le cadre d'une stratégie plus large d'achats et de financement de la santé, dans l'objectif de réorienter les modèles de soins vers les soins primaires et de favoriser la coordination et l'intégration. • Définir un programme complet de prestations prévoyant des services de promotion, de protection, de prévention, de réanimation, de traitement, de réadaptation et de soins palliatifs avant de choisir des modes de rémunération. • À l'aide d'informations sur les coûts et sur d'autres paramètres, définir les ressources nécessaires pour offrir un programme complet de prestations. • Adopter des politiques de santé nationales supprimant la participation des usagers pour les services de soins primaires. • Définir des conditions d'accès aux programmes de prestations de santé qui réduisent la participation des usagers pour les services de soins primaires. • Établir des mécanismes de passation de contrats qui garantissent la responsabilisation des prestataires quant aux buts et objectifs en matière de soins de santé primaires. • Renforcer les systèmes de suivi pour que les mécanismes d'achat et de rémunération s'appuient sur des données fiables.
Au niveau opérationnel
<ul style="list-style-type: none"> • Veiller à une définition adéquate des rôles pour l'ensemble des plateformes de prestation de services et des prestataires en fonction des modèles de soins adoptés et des ressources disponibles. • Favoriser l'amélioration continue des systèmes d'achat et de paiement grâce à un suivi régulier des mesures d'incitation, voire à un ajustement des modes de rémunération. • Encourager la transparence en diffusant dans la mesure du possible les données sur les budgets et les dépenses.
Individus et communautés
<ul style="list-style-type: none"> • Participer à la conception des stratégies d'achat et des programmes de prestation ainsi qu'à la rédaction des contrats, par exemple dans le cadre des dialogues stratégiques, des comités consultatifs techniques ou des comités de surveillance de l'assurance-maladie. • Suivre les performances des établissements ou des prestataires pour veiller à la qualité des soins et s'assurer que les services fournis ne sont ni insuffisants ni trop nombreux. • Sensibiliser les individus et la communauté aux règles et aux mécanismes de partage des coûts.

Tableau 22. Systèmes d'achat et de paiement : outils et ressources

Outils et ressources pour les systèmes de santé
<i>Analytical guide to assess a mixed provider payment system</i> (en anglais)
<i>Governance for strategic purchasing: An analytical framework to guide a country assessment</i> (en anglais)
<i>Purchasing health services for universal health coverage: how to make it more strategic?</i> (en anglais)
<i>L'achat stratégique en vue de la couverture sanitaire universelle: Enjeux et questions politiques-clés – Résumé des discussions d'experts et de praticiens</i>

DRAFT

3.7 Technologies numériques pour la santé

Utilisation des technologies numériques pour faciliter l'accès aux soins et la prestation de services, en améliorer l'efficacité et l'efficience, et responsabiliser les acteurs.

103. Les technologies numériques – qu'il s'agisse des technologies de l'information et de la communication comme Internet et la téléphonie mobile ou de progrès informatiques plus récents permettant l'utilisation du « big data », de l'intelligence artificielle et de la génomique – améliorent l'efficacité et l'efficience des services de santé intégrés et des prestations de soins. Bien que l'accès à la téléphonie mobile ne soit pas universel, plus de huit personnes sur dix possèdent un téléphone portable dans les pays développés et près de la moitié de la population mondiale utilise Internet. Ces technologies sont mieux réparties que les revenus sur la planète. En effet, même dans la région où le téléphone portable est le moins répandu, à savoir l'Afrique subsaharienne, on compte 78 abonnements de téléphonie mobile pour 100 habitants. (54,55)

104. La révolution des technologies de l'information et de la communication a profondément modifié la manière dont les individus et les communautés prennent en charge leur santé et accèdent aux informations concernant les problèmes de santé, les traitements possibles et la disponibilité (et parfois la qualité) des prestataires de service. Ces évolutions peuvent se révéler essentielles pour appuyer l'autonomisation des individus et des communautés, principe central des soins de santé primaires. En effet, grâce aux progrès technologiques, la population a accès à de nouvelles connaissances, ce qui réduit l'asymétrie de l'information et modifie ainsi la nature de la relation entre les professionnels de santé et les patients. Toutefois, une trop grande partie des informations disponibles actuellement est rédigée en anglais ou dans une autre langue qui n'est généralement pas la première langue des personnes vivant dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. En outre, le faible niveau d'instruction en santé numérique limite les effets potentiels de ces technologies dans ces pays. Les technologies numériques offrent à la population de nouveaux moyens de demander des comptes aux prestataires de services, et permettent de mener des actions de plaidoyer et de promotion de la santé à plus grande échelle et avec plus d'efficacité.

105. Les technologies numériques ont également des effets importants sur la prestation de services de santé, notamment grâce à la diffusion rapide des interventions sanitaires numériques, en particulier les initiatives de santé mobile et de cybersanté. Les gouvernements se sont rapidement adaptés à ces évolutions en adoptant des stratégies nationales. Aujourd'hui, plus de 120 pays ont élaboré des politiques ou des stratégies nationales en faveur de la cybersanté, de la télémédecine ou de la santé numérique. (56,57)

106. On recense quatre utilisations principales des interventions sanitaires numériques : (58)

- pour les clients (par exemple, communication ciblée avec le client pour des rappels, communication entre pairs, suivi personnalisé de la santé et signalements citoyens) ;
- pour les agents de santé (par exemple, identification et inscription des clients, dossiers médicaux, outils d'aide à la décision, télémédecine, coordination des orientations, formation, gestion des ordonnances ou des diagnostics) ;
- pour les responsables des systèmes de santé (par exemple, gestion des ressources humaines, gestion de la chaîne d'approvisionnement, registres et statistiques de l'état civil) ;
- pour les services de données (par exemple, collecte, gestion et utilisation des données, cartographie et échange de données).

106. L'OMS a récemment réalisé un examen approfondi des données probantes concernant certaines interventions sanitaires numériques.(59) Pour de nombreuses interventions, les données probantes relatives à l'efficacité restent limitées. Toutefois, 10 recommandations ont été formulées, la plupart soulignant le fait que ces interventions ne peuvent actuellement être recommandées que dans certaines situations, par exemple lorsque des modes opératoires normalisés et des normes sur la confidentialité des données sont en place.

107. Malgré la faible quantité de données disponibles, les interventions sanitaires numériques se sont rapidement développées, car elles semblent répondre à des difficultés majeures du système de santé dont certaines concernent les soins de santé primaires. Ainsi, de plus en plus de pays tentent d'alléger les contraintes exercées sur les ressources humaines dans l'ensemble du système de santé grâce au cyberapprentissage ou à la télémédecine, notamment dans le domaine des soins primaires. Le cyberapprentissage permet de renforcer les capacités des agents de santé grâce à des formations électroniques préalables et en cours d'emploi. Cela permet de réduire le coût de la formation, d'améliorer l'accès à des connaissances spécialisées et d'offrir un accès à la formation dans les endroits où il existe peu d'établissements d'enseignement.

108. Grâce à la télémédecine, il est possible d'accéder à distance à l'expertise de spécialistes en transmettant les images médicales et les données ou descriptions cliniques vers un établissement éloigné qui aide à réaliser le diagnostic et propose des options thérapeutiques. Pour l'instant, les domaines concernés sont la radiologie, la dermatologie, l'anatomie pathologique et la psychiatrie, mais grâce aux améliorations en matière de technologies mobiles, les dispositifs et les services proposés sont de plus en plus nombreux, notamment dans des domaines tels que la cardiologie et l'ophtalmologie. Dans de nombreux pays, la riposte à la COVID-19 a montré qu'il était possible d'adopter cette approche pour maintenir les services de santé essentiels. Ces technologies permettent d'effectuer des interventions habituellement réalisées dans des établissements de soins secondaires et tertiaires (par exemple, des hôpitaux) au domicile des patients. Ces évolutions transforment les soins primaires et font évoluer les systèmes de santé vers des modèles intégrés et davantage centrés sur la personne. Cependant, pour mettre en place des interventions sanitaires numériques telles que la télémédecine, un environnement favorable est nécessaire, notamment en matière d'infrastructures, de formation du personnel, de protocoles de confidentialité et de sécurité, de législation, de politique et de conformité.

109. D'autres technologies innovantes telles que l'intelligence artificielle et la génomique prennent de l'ampleur grâce à la progression de la puissance informatique et à la grande quantité de données disponibles. Bien qu'elle n'en soit qu'à ses débuts et que son utilisation soit loin d'être répandue dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, l'intelligence artificielle aura vraisemblablement des effets importants dans les années à venir. Ainsi, on commence déjà à faire appel à cette technologie pour améliorer les diagnostics (par exemple, en réalisant des diagnostics assistés par ordinateur lorsqu'aucun spécialiste n'est disponible) et la génomique personnalisée pourrait permettre de proposer des approches thérapeutiques adaptées à chacun.

110. Les progrès en matière de technologies de l'information et de la communication ont déjà bouleversé les systèmes d'information sanitaire, et, dans de nombreux pays, les supports papier traditionnels ont été remplacés en partie ou en totalité par des systèmes électroniques pour la collecte, le codage et la compilation des données (par exemple, le logiciel District Health Information System 2) (60), ce qui a considérablement amélioré la réactivité et la précision des systèmes

d'information. Les dossiers médicaux électroniques sont moins répandus, mais l'OMS a constaté une augmentation de près de 50 % de leur utilisation entre 2010 et 2015.⁽⁵⁶⁾ Une législation protégeant la confidentialité des données est essentielle à la mise en place des dossiers médicaux électroniques, mais un certain nombre de pays accusent un retard en la matière.

111. Deux autres applications des technologies de l'information et de la communication se révèlent particulièrement utiles pour les soins de santé primaires. Il s'agit tout d'abord de la possibilité de faire appel aux « big data » pour analyser les schémas et les évolutions afin de mieux cibler les interventions de santé publique (pratique parfois qualifiée de « santé publique de précision »). De plus, les nouvelles technologies ont déjà des effets sur la gestion des chaînes d'approvisionnement (par exemple, grâce aux systèmes d'information électronique pour la gestion de la logistique) et des efforts sont actuellement menés pour utiliser des technologies de pointe telles que la chaîne de blocs afin d'améliorer la fiabilité des chaînes d'approvisionnement.

112. Les technologies numériques favorisent également la conception de dispositifs médicaux et de dispositifs d'aide susceptibles d'accélérer le diagnostic, d'appuyer la prise de décision et de faciliter les prestations de soins.

113. Dans tous ces domaines, il est indispensable de répondre aux préoccupations d'ordre éthique. La protection des données, notamment, est essentielle pour assurer la confidentialité des informations sanitaires sensibles.

114. Pour répondre à une demande des États Membres, le Secrétariat prépare une stratégie mondiale pour la santé numérique² afin de remédier aux lacunes existantes en matière de recherche, d'innovation, de développement, de collaboration et d'adoption de stratégies de santé numérique adaptées pour soutenir les soins de santé primaires, la couverture sanitaire universelle et les ODD en matière de santé. Les quatre objectifs de la stratégie mondiale sont les suivants : 1) promouvoir la collaboration à l'échelle mondiale et faire progresser le transfert de connaissances sur la santé numérique ; 2) faire avancer la mise en œuvre des stratégies de santé numérique nationales ; 3) renforcer la gouvernance de la santé numérique aux niveaux mondial et national ; et 4) plaider pour des systèmes de santé centrés sur la personne dans lesquels la santé numérique jouerait un rôle de catalyseur.⁽⁶¹⁾ La stratégie énonce ensuite une série de mesures que les États Membres, les partenaires et le Secrétariat doivent prendre pour atteindre ces objectifs. La stratégie mondiale a été soumise à la Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé pour examen.

² Document A73/4.

Tableau 23. Technologies numériques pour la santé : mesures et interventions

Au niveau stratégique
<ul style="list-style-type: none"> • Selon les besoins, élaborer à l'échelle nationale des stratégies, une architecture, des cadres, des plans et des législations sur la cybersanté ainsi que des politiques de protection des données portant sur des questions telles que l'accès aux données, leur partage, le consentement, la cybersécurité, la confidentialité, l'interopérabilité, l'inclusivité et les identifiants personnels uniques de santé, en tenant compte des obligations relatives aux droits de l'homme. • Déterminer si les conditions sont réunies pour réaliser des interventions sanitaires numériques. • Établir des mécanismes permettant de connaître les avancées mondiales en matière de technologies de l'information et de la communication, et repérer les lacunes des actions actuelles qui pourraient être corrigées par les nouvelles technologies.
Au niveau opérationnel
<ul style="list-style-type: none"> • Lorsque les données probantes montrent qu'elles sont efficaces, élargir les interventions sanitaires numériques testées dans le cadre de projets pilotes, y compris lorsqu'il s'agit d'intégrer les technologies numériques aux infrastructures et réglementations actuelles des systèmes de santé. • Le cas échéant, réaliser une évaluation des technologies sanitaires. • Accélérer les efforts visant à mettre en œuvre les systèmes d'information sanitaire numériques, y compris les dossiers médicaux électroniques.
Individus et communautés
<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser les technologies numériques pour devenir des consommateurs éclairés d'informations sanitaires. • Utiliser les nouveaux outils technologiques pour donner son avis sur les services de santé.

Tableau 24. Technologies numériques pour la santé : outils et ressources

Outils et ressources pour les systèmes de santé
L'intégration des informations relatives à la communauté (CII) et le registre central des patients (CPAT), un outil pour intégrer les dossiers médicaux électroniques de la communauté (en anglais)
Données et innovation : projet de stratégie mondiale pour la santé numérique
Document complet à paraître, OMS
Designing Digital Health Interventions for Impact (en anglais)
Digital education for building health workforce capacity (en anglais)
Atlas de la santé numérique
Lignes directrices du Fonds mondial pour des systèmes résistants et pérennes pour la santé (en anglais)
Digital technologies: shaping the future of primary health care (en anglais)
Framework for the implementation of a telemedicine service (en anglais)
Guide pratique sur les stratégies nationales en matière de cybersanté
Approche de la santé numérique de l'UNICEF (en anglais)
WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening (en anglais)

3.8 Systèmes pour améliorer la qualité des soins

Systèmes mis en place aux niveaux local, infranational et national pour évaluer et améliorer continuellement la qualité des services de santé intégrés.

115. La commission mondiale de *The Lancet* sur les systèmes de santé de qualité à l'ère des ODD (Lancet Global Health Commission on High Quality Health Systems in the SDG Era) a souligné que dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, la mauvaise qualité des soins était désormais responsable de plus de décès que l'absence d'accès aux soins.(62)

116. Des soins de qualité sont efficaces, sûrs et centrés sur la personne. Ils doivent être rapides, efficaces, équitables et intégrés. C'est essentiel pour améliorer les performances, entretenir la confiance, assurer la pérennité du système de santé et garantir que toutes les actions et ressources visant à faciliter l'accès aux soins et les prestations se traduisent par une amélioration de l'état de santé de la population. Des soins de qualité nécessitent une planification minutieuse à laquelle participent les parties prenantes clés, y compris les usagers. Le contrôle de la qualité réalisé sous forme de suivi interne et de mesures constantes ainsi que l'assurance de la qualité permettent de garantir que les processus respectent une série de normes et font l'objet d'une amélioration constante grâce à des interventions visant à améliorer les performances. Les systèmes mis en place aux niveaux local, infranational et national doivent être équipés pour évaluer, garantir et améliorer constamment la qualité des soins primaires et des autres services de santé, et ce, grâce à des interventions d'amélioration de la qualité adaptées et sélectionnées parmi de nombreuses actions possibles pour correspondre aux besoins.

117. Différentes approches peuvent être adoptées, mais il convient de mettre l'accent sur l'élaboration d'une série d'interventions multimodale tout en s'efforçant d'améliorer plus largement l'environnement et la culture des systèmes de santé qui sous-tendent des soins de qualité. En 2018, l'OMS, l'Organisation de coopération et de développement économiques et la Banque mondiale ont publié un document sur la qualité des services de santé qui souligne l'importance d'élaborer une stratégie ou une politique nationale de la qualité et propose aux gouvernements de sélectionner sur la base de données probantes un ensemble d'interventions visant à améliorer la qualité. Ces interventions appartiennent à quatre catégories : l'environnement entourant le système de santé ; la réduction des risques de préjudice ; l'amélioration des soins cliniques ; et la participation et la responsabilisation des patients, des familles et des communautés locales.(63)

Environnement entourant le système de santé

118. L'amélioration de la qualité des services de santé intégrés, y compris des services de soins primaires, dépendra non seulement des interventions axées sur les processus de soins et la prestation de services, mais aussi des efforts visant à instaurer les conditions propices, les processus de gouvernance, l'environnement législatif et la culture nécessaires pour permettre aux prestataires et aux professionnels d'atteindre les niveaux de soins souhaités. Il s'agit notamment de mettre l'accent sur la capacité du personnel de santé à prodiguer des soins de qualité ainsi que sur les mécanismes de responsabilisation associés à une évaluation par rapport à des normes de qualité définies et fondées sur des données probantes.

Réduction des risques de préjudice

119. Ces interventions mettent l'accent sur les principales activités permettant de faire respecter le principe fondamental suivant : ne causer aucun préjudice évitable aux individus. Pour cela, il faut mener une action multimodale et pluridisciplinaire afin de mettre en œuvre plusieurs outils concrets – par exemple, des protocoles de sécurité et des listes de contrôle – tout en effectuant une gestion des risques, en répondant aux besoins de formation et en tenant compte des évolutions comportementales et culturelles nécessaires pour créer un environnement sûr à long terme.

Amélioration des soins cliniques

120. Cette catégorie d'interventions est axée sur les processus et les outils destinés à augmenter l'efficacité des soins cliniques. Elle comprend des outils essentiels pour aider les agents de santé à planifier une prise en charge clinique efficace – par exemple, des normes, des parcours, des protocoles, des listes de contrôle, des formulaires cliniques normalisés et des outils d'aide à la décision clinique adaptés au contexte – ainsi que des processus permettant de repérer les besoins d'amélioration, par exemple, des audits cliniques et des examens de la morbidité et de la mortalité.

Participation et responsabilisation des patients, des familles et des communautés locales

121. Les individus et les communautés sont souvent les mieux placés pour parler des difficultés qu'ils rencontrent pour bénéficier de soins de qualité, que cela doit dû à une absence de coordination des services, à de faibles compétences cliniques ou à un manque d'informations. Il est donc essentiel de les associer aux efforts d'amélioration de la qualité. Il est indispensable de garantir la participation des patients, des familles et des communautés à la planification, à la prestation et à l'évaluation de la qualité des services de santé. Les soins de santé primaires constituent une passerelle naturelle entre les communautés et les services. Pour améliorer la qualité des soins, les interventions suivantes peuvent être envisagées : participation et responsabilisation formelles de la communauté, amélioration de l'instruction en santé, prise de décision commune, évaluation de l'expérience de soins des patients et prise en compte des données en la matière. En plus des interventions ci-dessus, les pays peuvent encourager les actions collectives visant à résoudre les problèmes de qualité en introduisant des programmes et des méthodes d'amélioration continue de la qualité. Il existe de nombreux cadres d'amélioration de la qualité, mais ils s'efforcent généralement tous d'utiliser les données pour guider des cycles d'apprentissage relatifs aux domaines suivants : planification, action, évaluation et amélioration. Les mécanismes d'amélioration de la qualité ne doivent pas être considérés comme l'étape finale de la prestation de services ou de l'élaboration des systèmes de santé. Au contraire, il faut les envisager comme la base à partir de laquelle les planificateurs sanitaires peuvent fixer les objectifs et établir la planification de la prestation de services, indépendamment de la maturité ou du contexte du système de santé.

122. Le rôle essentiel des directives nationales sur la qualité est développé dans le *Guide d'élaboration d'une politique et d'une stratégie nationales relatives à la qualité* de l'OMS.(64) Les autres ressources clés sont le document *Quality in primary health care* et la série de publications techniques de l'OMS sur la sécurité des soins primaires.(65,66)

123. Toute démarche d'amélioration de la qualité doit tenir compte du fait qu'un processus de gestion du changement est généralement nécessaire. Ainsi, il faut définir un but (et des cibles), rallier des soutiens en faveur du changement, communiquer clairement à leur sujet et suivre les progrès. Différentes parties prenantes issues de plusieurs secteurs peuvent participer à ces efforts : individus et communautés, prestataires de services (publics et privés), organismes professionnels,

organisations religieuses et non gouvernementales, établissements universitaires et établissements de formation des professionnels de santé, agences externes d'évaluation ou d'accréditation, agences d'évaluation des technologies de la santé, ministères de la santé et équipes chargées de la qualité au niveau infranational, au sein des établissements et dans les communautés.

DRAFT

Tableau 25. Systèmes pour améliorer la qualité des soins : mesures et interventions

Au niveau stratégique
<ul style="list-style-type: none"> • Élaborer une stratégie ou une politique nationale relative à la qualité associant les parties prenantes et conforme aux politiques et aux processus de planification nationaux concernant la santé. • Évaluer régulièrement la qualité des services de santé, y compris l'expérience des patients, et diffuser les résultats auprès du grand public. • Veiller à ce que les efforts d'amélioration de la qualité bénéficient de financements adéquats et soient maintenus, et s'assurer que les interventions sont déployées à grande échelle lorsque les projets pilotes sont concluants. • Intégrer les principes de la qualité à la formation avant la prise de fonction ou en cours d'emploi des professionnels de santé ainsi qu'à la formation continue.
Au niveau opérationnel
<ul style="list-style-type: none"> • Concevoir un plan opérationnel chiffré pour soutenir l'exécution de la politique/stratégie nationale relative à la qualité. • Instaurer des mécanismes permettant aux individus, aux familles et aux communautés de donner leur avis sur la qualité des services de santé (par exemple, formulaires de doléances), et tenir compte des commentaires dans les efforts d'amélioration. • Instaurer et conserver une gouvernance, des mécanismes de responsabilisation et un leadership pour la qualité et la sécurité au niveau local, par exemple, des équipes et des responsables de la qualité pour les soins primaires et dans les districts. • Élaborer des systèmes permettant de contrôler le respect des normes de soins. • Mettre en place une infrastructure permettant de produire des connaissances et de partager les enseignements sur les services de santé de qualité.
Individus et communautés
<ul style="list-style-type: none"> • Contribuer à l'élaboration des directives nationales relatives à la qualité ainsi qu'à leur mise en œuvre au niveau infranational. • Collaborer avec les professionnels de santé et les prestataires, par exemple, grâce à des mécanismes de retour d'information et de participation formelle de la communauté afin d'examiner les performances cliniques et de contribuer à la conception des activités d'amélioration.

Tableau 26. Systèmes pour améliorer la qualité des soins : outils et ressources

Outils et ressources pour les systèmes de santé	
A compendium of tools and resources for improving the quality of health services (en anglais)	
Principaux éléments de la prévention et de la lutte contre les infections – outils et ressources pour la mise en œuvre	
Guide d'élaboration d'une politique et d'une stratégie nationales relatives à la qualité : approche pratique de formulation d'une politique et d'une stratégie pour l'amélioration de la qualité des soins	
Improving the quality of health services: tools and resources (en anglais)	
Outils de l'OMS pour des services de santé intégrés (modules pour les soins primaires, les soins d'urgence et les soins intensifs)	
Outils de l'OMS pour les soins d'urgence :	
Outil d'évaluation des systèmes de soins d'urgence (en anglais)	
International Registry for Trauma and Emergency Care (en anglais)	
WHO-ICRC Basic Emergency Care course: approach to the acutely ill and injured (en anglais)	
Liste de contrôle pour les urgences médicales (en anglais)	
Liste de contrôle pour les soins en traumatologie (en anglais)	
Outils pour les soins primaires et pour les soins intensifs à paraître	
Minimum Requirements for infection prevention and control (IPC) programmes (en anglais)	
National Quality Policy and Strategy Tools and Resources Compendium (en anglais)	
Quality in primary health care (en anglais)	
Quality of care: what are effective policy options for governments in low- and middle-income countries to improve and regulate the quality of ambulatory care? (en anglais)	
Mise en œuvre : les étapes 4 et 5 d'un partenariat fondé sur le jumelage pour l'amélioration des services de santé	
Outils et ressources pour les programmes	
Soins pour le développement de l'enfant	
Caring for the sick child in the community, adaptation for high HIV or TB settings (en anglais)	
Companion of choice during labour and childbirth for improved quality of care (en anglais)	
Manuel pour le renforcement des compétences : le conseil pour la prise en charge de la santé maternelle et néonatale	
Triage, évaluation et traitement d'urgence (TETU) : formation	
Enhanced capacity building training for frontline staff on building trust and communication facilitator's guide (en anglais)	
Every Newborn: an action plan to end preventable deaths (en anglais)	
Normes mondiales pour la qualité des services de santé destinés aux adolescents	
Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level (en anglais)	
HEARTS technical package (en anglais)	
Integrated management of adolescent and adult illness (IMAI) modules (en anglais)	
Guide de mise en œuvre des Normes mondiales pour la qualité des services de santé destinés aux adolescents	
Soins intégrés pour les personnes âgées (ICOPE) : Manuel. Conseils sur l'évaluation et les filières axées sur la personne dans les soins de santé primaires	
Soins intégrés pour les personnes âgées (ICOPE) : application du manuel (en anglais)	

<i>Integrated management of childhood illness (IMCI) Chart Booklet</i> (en anglais)
<i>Modules d'enseignement à distance pour la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)</i> (en anglais)
<i>Management of the sick young infant aged up to 2 months</i> (en anglais)
<i>Prise en charge du nourrisson malade âgé de 0 à 2 mois : prise en charge intégrée des maladies de l'enfant</i>
<i>Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors – 2nd ed.</i> (en anglais)
<i>Soins attentifs pour le développement de la petite enfance : un cadre pour aider les enfants à survivre et à s'épanouir afin de transformer la santé et le potentiel humain</i>
<i>Mémento de soins hospitaliers pédiatriques – Deuxième édition</i>
<i>Quality, equity, dignity: A Network for Improving Quality of Care for Maternal, Newborn and Child Health</i> (en anglais)
<i>Quality, equity, dignity: the network to improve quality of care for maternal, newborn and child health – strategic objectives</i> (en anglais)
<i>Cadre et outils pour la prestation de services aux nourrissons, enfants et adolescents vivant avec le VIH</i> (en anglais)
<i>Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé</i>
<i>Standards for improving the quality of care for children and young adolescents in health facilities</i> (en anglais)
<i>Pratique chirurgicale de base dans les structures à moyens limités</i> Révision à paraître, OMS
<i>Survive and thrive: transforming care for every small and sick newborn</i> (en anglais)
<i>Outils pour la mise en œuvre de l'ensemble PEN de (ensemble des interventions essentielles de lutte contre les maladies non transmissibles) l'OMS</i> (en anglais)
<i>Diagrammes de prévision des risques cardio-vasculaires</i> (en anglais)
<i>WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes</i> (en anglais)
<i>WHO recommendations on newborn health</i> (en anglais)

3.9 Recherche axée sur les soins de santé primaires

Recherche et gestion du savoir, y compris diffusion des enseignements tirés de l'expérience et exploitation des connaissances pour rapidement appliquer à plus grande échelle les stratégies efficaces en vue de renforcer les systèmes axés sur les soins de santé primaires.

124. Les politiques, les stratégies et les plans opérationnels doivent être guidés par les données disponibles les plus pertinentes concernant les actions qui fonctionnent. La recherche sur les systèmes de santé et la recherche opérationnelle sur les interventions qui appuient les trois composantes des soins de santé primaires sont essentielles pour fournir ces données. Ce levier facultatif est directement lié à tous les autres leviers du cadre opérationnel, car la recherche sur les systèmes de santé et la recherche opérationnelle doivent favoriser de manière globale la production, la gestion, la diffusion et l'exploitation des connaissances pour tous les leviers afin de faire progresser les soins de santé primaires.

125. La recherche opérationnelle associée aux soins de santé primaires doit relever plusieurs défis importants :

- élaborer des stratégies pour répondre aux besoins de la population ainsi qu'aux priorités politiques et pour adopter des approches efficaces permettant de définir les priorités ;
- définir des façons optimales de collaborer avec les individus, les communautés et d'autres parties prenantes issues de plusieurs secteurs pour l'amélioration des résultats sanitaires ;
- remettre l'accent sur l'équité, par exemple en réduisant efficacement le clivage entre milieux urbains et zones rurales ou en réfléchissant aux problématiques femmes-hommes dans la santé ;
- veiller à proposer les services essentiels en situation d'urgence ;
- recenser les approches les plus adaptées pour résoudre (par la prise en charge et la prévention) les problèmes posés par la multimorbidité et la polypharmacie abusive sur l'ensemble des plateformes de prestation de services ;
- comprendre le concept de qualité des services de santé (des services efficaces, centrés sur la personne, rapides, intégrés, efficaces et sûrs) et la recherche opérationnelle nécessaire pour évaluer les effets des interventions sur l'amélioration de ces dimensions de la qualité ;
- évaluer les effets et les modalités les plus efficaces de la prestation de services par le secteur privé et par le secteur public, ce qui suppose d'évaluer les conséquences sur l'équité ;
- élaborer et soutenir les modèles de partage des connaissances pour combler les lacunes en la matière et encourager l'acquisition de savoirs dans la mise en œuvre et la recherche sur les systèmes de soins de santé primaires.

126. La recherche axée sur les soins de santé primaires doit s'intéresser aux trois composantes de ces soins. C'est pourquoi elle doit également rassembler un large éventail de parties prenantes du secteur de la santé et d'autres secteurs affectant la santé de la population tels que l'éducation, le travail ou le transport. Il s'agit notamment de collaborer avec les organismes de financement de la recherche (organismes publics et organismes caritatifs), les établissements universitaires et les centres de recherche, les organismes d'évaluation des technologies de la santé, les sociétés scientifiques, les ministères chargés de la science et de la recherche ainsi que d'autres décideurs et professionnels de santé. Dans la mesure du possible, les chercheurs externes doivent collaborer avec des structures locales et renforcer les capacités de ces établissements afin d'y diriger les processus de recherche. En outre, il est important que les individus et les communautés participent autant que possible au processus de recherche afin de déterminer quels problèmes doivent faire l'objet d'une recherche opérationnelle et de concevoir correctement les études. Il s'agit ensuite de coopérer avec

la population pour diffuser les résultats et, à terme, les concrétiser par des changements de politique.(67–70) La recherche-action participative reconnaît le rôle important des individus et des communautés dans la hiérarchisation des questions, la production de connaissances et les mesures fondées sur des données probantes dans le domaine de la santé. Ainsi, les individus et les communautés :(71)

- répondent aux questions importantes pour la communauté et permettent de comprendre les déterminants sociaux de la santé ;
- savent de quelle manière les rôles sociaux et les relations sociales affectent les performances des systèmes de santé ;
- renforcent la communication et le respect mutuel entre les parties prenantes du secteur de la santé, y compris les personnes les plus vulnérables et défavorisées ;
- établissent un lien entre les connaissances et la pratique ;
- renforcent la crédibilité des résultats des travaux de recherche ; et
- renforcent les mécanismes de responsabilisation sociale.

127. Mener ces recherches ne suffit pas. Il est indispensable de veiller à la diffusion des résultats pour guider l'élaboration des politiques et la prise de décision. Les modes de diffusion évoluent rapidement avec l'apparition de nouvelles possibilités offertes par les technologies de l'information et de la communication, par exemple, les « wikis » et les modèles d'apprentissage virtuels. Il est important de faire connaître les approches et les modèles fructueux, mais il est tout aussi indispensable de partager les exemples d'échecs pour que d'autres puissent en tirer les enseignements.

128. La volonté politique et le leadership en matière de soins de santé primaires (voir section 2.1) contribuent à la diffusion des nouvelles connaissances et des nouveaux enseignements dans ce domaine ainsi qu'à leur concrétisation dans la gouvernance, les politiques, les stratégies et les plans. Ainsi, dans le financement global des soins de santé primaires (voir section 2.3), il faut prévoir des fonds suffisants et pérennes pour la recherche axée sur les soins de santé primaires afin que celle-ci guide et accélère la prise de décision et les mesures associées aux leviers. La volonté politique et l'attribution de ressources montrent que la recherche axée sur les soins de santé primaires bénéficie aux autres leviers, et vice versa.

Tableau 27. Recherche axée sur les soins de santé primaires : mesures et interventions

Au niveau stratégique
<ul style="list-style-type: none"> • Augmenter les financements ciblés pour les capacités de recherche axée sur les soins de santé primaires (par exemple, dans les instituts nationaux de recherche ou les écoles) et les financements spécifiques, notamment pour les recherches sur les systèmes complexes, grâce à des appels à projets standard et spécifiques. • Adopter des modèles efficaces de transfert de connaissances, éventuellement dans le cadre du mandat spécifique des instituts de recherche sur les soins de santé primaires. • Envisager la recherche et l'évaluation des politiques relatives aux systèmes de santé sous l'angle de l'équité. • Élaborer et mettre en œuvre des approches pour coproduire la recherche axée sur les soins de santé primaires (y compris les thèmes et la conception des recherches, ainsi que la diffusion et l'utilisation des résultats) avec les individus et les communautés, et faire de leur participation un prérequis pour l'accès aux projets financés par les pouvoirs publics.
Au niveau opérationnel
<ul style="list-style-type: none"> • Appuyer la création de réseaux de recherche axée sur les soins de santé primaires. • Soutenir la recherche opérationnelle pour guider l'application à grande échelle d'interventions et de modèles efficaces. • Collaborer avec les communautés pour établir un programme de recherche commun en matière de santé publique.
Individus et communautés
<ul style="list-style-type: none"> • Prôner la participation des individus et des communautés à la définition des thèmes de recherche, à la conception et à l'organisation des études ainsi qu'à la diffusion des résultats. • Participer lorsque la contribution du grand public et des patients est sollicitée (par exemple au sein des conseils consultatifs communautaires).

Tableau 28. Recherche axée sur les soins de santé primaires : outils et ressources

Outils et ressources pour les systèmes de santé
<i>A health policy analysis reader: The politics of policy change in low- and middle-income countries</i> (en anglais)
<i>A Health Policy and Systems Research Reader on Human Resources for Health</i> (en anglais)
<i>Evidence synthesis for health policy and systems: a methods guide</i> (en anglais)
<i>Health Policy and Systems Research - A Methodology Reader</i> (en anglais)
<i>La Recherche sur la mise en œuvre en santé : guide pratique</i>
<i>Outils pour la recherche opérationnelle</i> (en anglais)
<i>Participatory Action Research in health systems - A Methods Reader</i> (en anglais)
<i>Études de cas sur les systèmes de soins de santé primaires</i> (en anglais)
<i>Rapid reviews to strengthen health policy and systems: a practical guide</i> (en anglais)

3.10 Suivi et évaluation

Suivi et évaluation grâce à des systèmes d'information sanitaire qui fonctionnent bien, génèrent des données fiables et aident les acteurs locaux, nationaux et mondiaux à exploiter les informations ainsi fournies pour prendre de meilleures décisions et enrichir leurs connaissances.

129. Le suivi, l'évaluation et l'examen des progrès et des performances en matière de santé sont essentiels pour garantir que les actions et décisions prioritaires sont mises en œuvre et planifiées pour atteindre les objectifs et cibles prévus. Concernant les soins de santé primaires, cela signifie que les pays doivent évaluer les lacunes, déterminer les priorités, définir les données de départ et les cibles, mais aussi suivre les progrès et les performances pour tous les leviers stratégiques et facultatifs du cadre opérationnel afin de renforcer les trois composantes des soins de santé primaires.

130. Le but ultime du renforcement des soins de santé primaires est la santé pour toutes et tous sans aucune distinction, objectif également visé par la couverture sanitaire universelle et les ODD en matière santé. C'est pourquoi les pays devront évaluer de quelle manière leurs décisions, leurs actions et leurs investissements en faveur des soins de santé primaires répondent aux besoins en matière de couverture des services, de protection contre les risques financiers, de déterminants de la santé, et améliorent en définitive l'état de santé des individus et des populations.

131. Pour cela, les pays doivent adopter une approche globale, cohérente et intégrée du suivi et de l'évaluation qui s'appuie sur un cadre logique axé sur les résultats et intégrant la dimension de l'équité ainsi que des composantes multisectorielles. Ce cadre doit intégrer des indicateurs correspondant aux leviers du cadre opérationnel et aux autres outils de suivi (par exemple pour les performances du système de santé, la CSU et les ODD), s'appuyer sur des données précises et actualisées issues de différents systèmes de données nationaux efficaces, et permettre une analyse par étape ou « en cascade » qui établit un lien entre ressources et résultats et facilite la prise de décisions et l'amélioration des performances. Les indicateurs doivent être suffisamment détaillés et spécifiques pour permettre aux pays d'évaluer, de planifier, de gérer et de hiérarchiser les domaines de performances des soins de santé primaires au niveau national et infranational, dans les établissements et les communautés, et ce, afin de prendre des mesures correctives, d'attribuer des ressources adéquates et de guider le dialogue stratégique. Pour éviter les redondances et la fragmentation, le suivi des performances en matière de soins de santé primaires doit correspondre aux processus de suivi et d'examen des plans, des stratégies et des mécanismes de responsabilisation du secteur de la santé, et doit y être intégré.

Indicateurs

132. Ces dernières années, des progrès considérables ont été réalisés pour parvenir à un accord sur les indicateurs normalisés utilisables pour suivre les progrès en matière de soins de santé primaires.(28,72–75) Pourtant, des désaccords subsistent, notamment dans les domaines autres que la prestation de services (par exemple, « autonomisation des individus et des communautés » et « politique et action multisectorielles ») où il n'existe pas de véritable consensus sur les méthodes les plus adaptées. Mais la nécessité d'évaluer la couverture des services réelle et l'intégration des ODD ont attiré l'attention vers ces domaines et conduit à une évolution des méthodes, à des innovations et à des apprentissages.(62,76,77)

Source des données

133. Pour effectuer une évaluation et un suivi efficaces des performances des soins de santé primaires, les pays devront s'appuyer sur des sources de données très diverses et investir en leur faveur.

134. Les systèmes d'information des établissements de santé, y compris les systèmes de notification clinique de routine et les évaluations des établissements, constituent la clé de voûte du suivi des soins de santé primaires. Les systèmes de notification de routine des établissements, parfois appelés systèmes d'information pour la gestion sanitaire, fournissent des informations en temps réel sur l'utilisation et la couverture des services, les soins des patients individuels et les résultats sanitaires. Ces données sont essentielles pour améliorer la prestation de services.

135. Les pays doivent également mettre en place un système d'évaluation régulière des établissements afin de déterminer de manière objective la disponibilité, la préparation, la qualité et la sécurité des services de santé, et de disposer d'indicateurs permettant d'évaluer les capacités de préparation et d'intervention (« résilience ») aux situations d'urgence ou de flambée épidémique. Des questionnaires individuels doivent être proposés pour évaluer l'expérience des patients et les résultats, et pour mieux cerner les connaissances et les besoins de la communauté. Tous les pays doivent disposer de systèmes d'information logistique électroniques et de bases de données complètes sur les établissements de santé (liste centrale des établissements) regroupant les prestataires publics et privés. Dans tous les pays, les comptes nationaux de la santé et les comptes nationaux des personnels de santé doivent être tenus conformément aux normes internationales.

136. Des systèmes de surveillance de la santé publique s'appuyant sur les données courantes des établissements ainsi que sur des bases de données d'événements issues d'un grand nombre de sources seront également nécessaires. Il convient de s'appuyer sur les sources communautaires étant donné le rôle essentiel des établissements de soins primaires et leurs liens avec la communauté pour ce qui concerne la détection et les alertes précoces.

137. Il sera également important d'utiliser des enquêtes en population pour mieux comprendre les besoins élargis de la population, par exemple, les obstacles à l'accès aux soins, et mieux y répondre afin d'accroître l'efficacité de la couverture.

138. Des évaluations qualitatives régulières seront nécessaires pour suivre les progrès concernant de nombreux leviers, par exemple, en matière de mise en œuvre de la législation, de mécanismes de gouvernance, de réformes politiques, de systèmes réglementaires, de conception des soins de santé primaires et de modèles de soins.

139. La politique et les actions multisectorielles s'avérant essentielles aux soins de santé primaires, les données doivent également provenir d'autres secteurs tels que l'eau et l'assainissement, l'éducation, l'environnement et l'agriculture. En outre, les données relatives à la santé doivent être intégrées aux évaluations des performances dans d'autres secteurs. L'examen des données multisectorielles ayant une incidence sur la santé doit également être envisagé dans le cadre des mécanismes de coordination multisectoriels existants. Les données spécifiques varieront selon les pays en fonction des déterminants de la santé les plus pertinents, et une collaboration avec d'autres ministères sera généralement nécessaire pour la collecte de données.

140. Comme indiqué dans la section 3.7, les technologies de l'information et de la communication ouvrent de nouvelles possibilités. De plus, les téléphones portables et les tablettes permettent de recueillir et de partager rapidement les données. Grâce à ces appareils, il est également possible de tenir compte du fait que tous les prestataires – y compris les agents de santé communautaires, les prestataires privés et les prestataires des zones reculées – sont concernés par les systèmes de collecte de données. Ces technologies peuvent également renforcer le rôle important des individus et des communautés dans la production d'information concernant leur santé et leurs interactions avec les systèmes de santé. Ainsi, dans les pays à revenu élevé, les technologies de l'information et de la communication permettent aux personnes de suivre leur état de santé ainsi que les principaux déterminants de la santé (par exemple, leur apport calorique et leur niveau d'exercice) et de donner leur avis sur la qualité des soins qu'ils reçoivent avec une précision beaucoup plus importante que dans les générations précédentes. (78)

141. Pour toutes les sources de données, des systèmes de confidentialité et de protection des données doivent être mis en place.

Indicateurs pour stimuler l'amélioration des performances

142. Pour améliorer les performances, il est nécessaire de disposer de sources de données fiables, mais cela ne suffit pas : les données doivent également être utilisées pour repérer les blocages et appliquer des mesures correctives. Les responsables des ministères de la santé, de districts et d'établissements, les associations de professionnels de santé, les prestataires (publics et privés), les organes législatifs, les communautés, les patients et les médias exigent tous des informations sanitaires accessibles et de qualité pour de multiples raisons.

143. Il existe des difficultés techniques, par exemple la nécessité de mettre en place des systèmes interopérables et de fournir un accès rapide aux données, dans un format facile à intégrer. Il s'agit d'un facteur essentiel pour bâtir une culture de la prise de décisions fondées sur l'exploitation et l'examen réguliers des données. Cependant, pour recueillir, analyser et exploiter les données, des changements comportementaux sont nécessaires, en plus des solutions techniques. Ces changements peuvent être favorisés par des formations ou des mesures d'incitation. Pour institutionnaliser l'exploitation des informations, il est par exemple possible d'organiser des événements récurrents au cours desquels les parties prenantes se réunissent, analysent les données et prennent des mesures correctives en fonction de cette analyse. De nombreux pays procèdent à un examen annuel des progrès, parfois sous la forme d'une assemblée nationale consultative de la santé rassemblant un large éventail d'acteurs. (79) Les examens des stratégies nationales à mi-parcours constituent eux aussi des moments importants pour synthétiser et analyser les données, et pour se pencher sur les performances. Ces examens doivent s'appuyer sur un rapport analytique global fournissant une synthèse et une analyse approfondies de toutes les données pertinentes. Dans les établissements de santé et au niveau infranational, les tableaux de bord présentant quelques indicateurs avec des cibles et des « feux » peuvent jouer un rôle important pour favoriser l'examen régulier des performances des soins primaires et améliorer la qualité des données.

Lignes directrices

144. Pour soutenir les efforts de suivi des pays en matière de performances des soins de santé primaires, le Secrétariat élabore des lignes directrices. Il s'agit de fournir un cadre cohérent orienté sur les résultats pour le suivi et le renforcement des systèmes axés sur les soins de santé primaires vers la réalisation de la couverture sanitaire universelle et des ODD en matière de santé. Ces lignes directrices fourniront aux pays un ensemble d'indicateurs permettant de suivre les progrès pour les

trois composantes et les 14 leviers du cadre opérationnel. Ces indicateurs correspondent à ceux utilisés pour le suivi de la couverture sanitaire universelle et des ODD. Les lignes directrices préciseront également où et comment les pays peuvent investir dans des sources de données afin de disposer d'informations régulières et fiables. Enfin, elles décriront les méthodes et les meilleures pratiques pour analyser et exploiter les données afin d'améliorer les performances, et ce, en fournissant des exemples d'analyse en cascade, d'analyse comparative et d'exploitation des données ayant permis d'éclairer les dialogues stratégiques, les processus de réforme des soins de santé primaires et l'évaluation des performances du secteur de la santé au sens large. Des tableaux et profils de meilleures pratiques en matière d'investissement et de plaidoyer seront également présentés.

DRAFT

Tableau 29. Suivi et évaluation : mesures et interventions

Au niveau stratégique
<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place des mécanismes efficaces de gouvernance conduits par les pays pour le suivi et l'évaluation des soins de santé primaires dans le contexte du suivi de la stratégie nationale de santé et de l'examen des stratégies de santé. • Veiller à la participation de toutes les parties prenantes (par exemple, communautés, secteur privé, organisations de la société civile et groupes de patients) dans l'élaboration et la mise en œuvre du suivi et de l'évaluation des performances des soins de santé primaires. • Veiller à ce que les activités de suivi et d'évaluation ainsi que les activités de renforcement des systèmes d'information sanitaire soient chiffrées et financées et à ce qu'elles bénéficient du soutien des parties prenantes. • Dans le cadre de la planification nationale concernant les soins de santé primaires, concevoir et mettre en œuvre un cadre global qui guide le suivi, l'évaluation prospective et l'examen des soins de santé primaires, et qui correspond aux efforts de suivi menés pour réaliser à CSU et atteindre d'autres objectifs prioritaires nationaux, notamment les ODD. • Forger une culture de l'examen des progrès et des performances, notamment en instaurant des analyses systématiques des informations qualitatives et quantitatives, et en exploitant les résultats pour prendre des décisions grâce à des examens réguliers et transparents réalisés par plusieurs parties prenantes. • Veiller à ce que les résultats des examens soient utilisés pour orienter les ressources vers les populations les plus vulnérables et les domaines prioritaires.
Au niveau opérationnel
<ul style="list-style-type: none"> • Convenir d'indicateurs adaptés à l'échelle nationale permettant de suivre les progrès en matière de renforcement des soins de santé primaires pour les trois composantes du cadre opérationnel. • Afin de produire des données pour élaborer certains indicateurs, renforcer un certain nombre de systèmes : systèmes de notification de routine des établissements, évaluations des établissements de santé, comptes nationaux de la santé et comptes nationaux des personnels de santé, systèmes d'information pour la gestion de la logistique, évaluations qualitatives, systèmes de suivi des patients et des communautés et enquêtes menées auprès de ceux-ci, enquêtes auprès des ménages, et autres travaux de recherche et évaluations. • Utiliser les technologies de l'information et de la communication pour élargir la couverture des systèmes d'information pour la gestion sanitaire et des systèmes de suivi des patients, par exemple aux communautés, au secteur privé et aux zones reculées. • Élaborer des mesures d'incitation (financières et non financières) pour encourager l'amélioration de la qualité des données et superviser le système de collecte des données grâce à des techniques comme les évaluations aléatoires ou les méthodes d'échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité. • Utiliser les informations issues des systèmes de routine comme point de départ pour améliorer la supervision constructive du personnel de première ligne. • Renforcer les capacités pour recueillir, analyser et exploiter les données à tous les niveaux afin de prendre des décisions à l'échelle communautaire, institutionnelle, infranationale et nationale. • Veiller à ce que les résultats des examens et les informations liées aux soins de santé primaires, y compris celles issues d'autres secteurs, soient publiés et largement diffusés auprès de toutes les parties prenantes.

Individus et communautés

- Utiliser les technologies de l'information et de la communication pour améliorer le suivi de sa propre santé et participer aux systèmes de suivi communautaires.
- Participer aux efforts visant l'amélioration de la qualité des services de santé en utilisant les mécanismes prévus pour recenser les bonnes et les mauvaises pratiques.

DRAFT

Tableau 30. Suivi et évaluation : outils et ressources

Outils et ressources pour les systèmes de santé
<u>Outils d'analyse et d'utilisation des données fournies par les établissements de santé</u> (en anglais)
<u>Outils pour l'examen de la qualité des données (DQR)</u>
<u>Global Reference List of 100 Core Health Indicators (plus health-related SDGs), 2018</u> (en anglais)
<u>Approche harmonisée des évaluations des établissements de santé</u> (en anglais)
<u>Health Data Collaborative</u> (en anglais)
<u>Health facility and community data toolkit</u> (en anglais)
<u>Évaluation des performances des systèmes de santé : vers une conception commune</u>
<u>Répertoire des indicateurs et des métadonnées</u> (en anglais)
<u>Évaluer les performances des soins de santé primaires</u> (en anglais)
<u>Monitoring, evaluation and review of national health strategies: a country-led platform for information and accountability</u> (en anglais)
Primary health for universal health coverage and the Sustainable Development Goals – performance measurement and monitoring À paraître, OMS
<u>Service Availability and Readiness Assessment (SARA) –</u> (en anglais)
Outils et ressources pour les programmes
<u>Analysis and use of health facility data – Guidance for RMNCAH programme managers</u> (en anglais)
<u>Surveillance des anomalies congénitales – Atlas de certaines anomalies congénitales</u>
<u>Pour que chaque enfant compte : audit et examen des mortinaissances et des décès néonataux</u>
<u>Surveillance des décès maternels et riposte : directives techniques – prévention des décès maternels, informations au service de l'action</u>
<u>The WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period: ICD-PM</u> (en anglais)
<u>Tripartite Monitoring and Evaluation (M&E) framework for the Global Action Plan on Antimicrobial Resistance</u> (en anglais)
<u>Recommandations de l'OMS sur les fiches de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant tenues à domicile</u>

4. Contributions des partenaires internationaux

145. Comme précisé dans les engagements de la Déclaration d'Astana, il est essentiel que les parties prenantes, guidées par les pays, soutiennent les politiques, stratégies et plans nationaux pour réaliser des progrès durables en matière de soins de santé primaires afin d'instaurer une couverture sanitaire universelle. Les partenaires internationaux – notamment les organisations du système des Nations Unies, les donateurs bilatéraux et multilatéraux, les organismes philanthropiques et les partenariats – soutiennent le développement des soins de santé primaires dans les pays de diverses manières, au niveau national, régional et mondial. Ils s'efforcent notamment de fournir des orientations normatives et une assistance technique, de renforcer les capacités, de proposer des financements, de soutenir l'apprentissage par-delà les frontières, de concevoir des outils ainsi que de produire et de gérer les connaissances. Pour accélérer les progrès, ces efforts doivent être intensifiés.

146. Les partenaires internationaux continuent d'apporter leur soutien par ces différents moyens, mais de plus en plus, ils se rendent compte qu'ils peuvent accroître l'efficacité de leur aide en coordonnant mieux leurs efforts, sous l'égide des pays. Les partenaires internationaux doivent soutenir les soins de santé primaires grâce à une approche intégrée qui optimise les forces et les capacités des différentes parties prenantes tout en répondant aux priorités et aux besoins identifiés par les pays. Pour que l'ambition des soins de santé primaires se concrétise, il est particulièrement important que l'aide des donateurs et le soutien technique apportés aux politiques, stratégies et plans nationaux de santé correspondent aux besoins, notamment dans les pays très dépendants des financements externes.

147. Au cours des vingt dernières années, les pays et les organismes internationaux œuvrant pour le développement se sont engagés à respecter les principes de l'efficacité du développement, notamment en adoptant les « sept comportements » favorables à l'efficacité du développement sanitaire ainsi que les principes qui guident le Pacte mondial CSU2030 en vue de réaliser des progrès sur la voie de la couverture sanitaire universelle (voir tableau 31). En outre, lors du Quatrième Forum de haut niveau sur l'efficacité de l'aide en 2011, plus de 160 pays et 50 organisations signataires de l'accord de partenariat de Busan ont adopté les principes suivants établis à partir des accords précédents sur l'efficacité de l'aide signés à Rome (2003), à Paris (2005) et à Accra (2008) : 1) des partenariats pour le développement ouverts à tous ; 2) l'appropriation des priorités de développement par les pays en développement ; 3) l'orientation vers les résultats ; et 4) la transparence et la redevabilité réciproque.

Tableau 31. Principes de l'efficacité du développement

Sept comportements favorables à l'efficacité du développement sanitaire	Principes directeurs du Pacte mondial CSU2030
<ul style="list-style-type: none">• Fournir une assistance technique bien coordonnée• Soutenir une stratégie nationale de la santé unique• Inscrire tous les fonds alloués à la santé au budget national	<ul style="list-style-type: none">• Ne laisser personne de côté : une aspiration à l'équité et à la non-discrimination et une approche fondée sur les droits• Transparence et redevabilité en matière de résultats• Des stratégies et un leadership des pays en matière de santé à base factuelle, avec administration du gouvernement pour garantir la disponibilité,

<ul style="list-style-type: none"> • Modifier les systèmes pour qu'ils correspondent aux systèmes nationaux de gestion des finances • Modifier les systèmes pour qu'ils correspondent aux systèmes nationaux d'achat et d'approvisionnement • Utiliser une seule plateforme pour les informations et la responsabilisation • Soutenir la coopération Sud-Sud et la coopération triangulaire 	<ul style="list-style-type: none"> • l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité de la prestation des services • Faire en sorte que les systèmes de santé soient l'affaire de tous, avec la participation des citoyens, des communautés, de la société civile et du secteur privé • Une coopération internationale fondée sur l'apprentissage mutuel entre les pays, quels que soient l'état de développement et les progrès accomplis pour réaliser et conserver la CSU, et sur les principes de l'efficacité du développement
---	---

Le Partenariat international de santé pour la couverture sanitaire universelle à l'horizon 2030 (CSU2030)

148. Le CSU2030 est un mouvement associant plusieurs parties prenantes et cherchant à accélérer les progrès vers la CSU. Il est composé de pays, d'organisations internationales et d'initiatives mondiales pour la santé, de fondations philanthropiques, d'organismes de la société civile et d'acteurs du secteur privé.

149. L'objectif du CSU2030 est de participer à l'édification de systèmes de santé plus solides et plus résilients ainsi qu'à l'élargissement de la couverture et de la protection financière. Son but est de renforcer les engagements (politiques et financiers) et la responsabilisation envers la CSU et d'encourager la cohérence des efforts conjoints menés par les pays et tous les partenaires de la santé afin de répondre aux besoins des systèmes de santé nationaux et aux besoins en matière de CSU.

Plan d'action mondial pour permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous

150. En partenariat avec 11 autres organisations du système des Nations Unies, l'OMS participe à une initiative visant l'amélioration de la collaboration entre les acteurs internationaux pour exploiter le rayonnement, l'expérience et l'expertise de la communauté sanitaire mondiale, et ce, afin d'accélérer les progrès vers la réalisation des cibles du Programme de développement durable à l'horizon 2030. Dans le cadre du Plan d'action mondial pour permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous (Plan d'action mondial en faveur de l'ODD 3), 12 organisations du système des Nations Unies ont adopté une approche commune fondée sur quatre engagements stratégiques : (80,81)

- collaborer : un engagement à collaborer avec les pays pour mieux définir les priorités et assurer ensemble la planification et la mise en œuvre ;
- accélérer : un engagement à mener une action conjointe pour aider les pays autour de thèmes spécifiques, notamment l'égalité des sexes et les biens publics mondiaux ;
- harmoniser : un engagement à harmoniser les stratégies, politiques et approches opérationnelles et financières ;
- responsabiliser : un engagement à faire le point sur les progrès accomplis et à tirer ensemble les enseignements voulus afin de renforcer la responsabilisation commune.

151. Dans le cadre du Plan d'action mondial en faveur de l'ODD 3, les soins de santé primaires ont été identifiés comme le premier des sept thèmes accélérateurs dans lesquels une collaboration et une action commune ouvriraient des perspectives importantes de progrès vers la réalisation de l'Objectif 3 et des autres ODD en matière de santé. (81) Les six autres thèmes accélérateurs (financement durable pour la santé ; participation des communautés et de la société civile ; déterminants de la santé ; programmation innovante dans des cadres de fragilité et de vulnérabilité et pour la riposte aux flambées de maladies ; recherche-développement, innovation et accès ; et données et santé numérique) sont étroitement liés aux leviers stratégiques et facultatifs pour les soins de santé primaires, et ouvrent aux partenaires d'autres perspectives de collaboration dans le cadre d'une démarche collective en faveur des soins de santé primaires.

152. Au-delà de ces 12 entités des Nations Unies, les partenaires internationaux œuvrant en faveur des soins de santé primaires s'étaient auparavant réunis au sein d'un groupe des « partenaires d'exécution pour les soins de santé primaires » qui se penchait également sur les enjeux liés à la coordination. En 2019, le groupe s'est associé aux partenaires du Plan d'action mondial en faveur de l'ODD 3 à travers un accord visant une meilleure coordination et une plus grande collaboration sur la mise en œuvre des soins de santé primaires dans le cadre des accélérateurs. Ce groupe élargi envisage la création d'un partenariat sous l'égide du CSU2030.

153. Les partenaires du Plan d'action mondial en faveur de l'ODD 3 ont convenu de plusieurs actions conjointes relatives aux soins de santé primaires (tableau 32).

Tableau 32. Plan d'action mondial pour permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous : actions conjointes concertées en matière de soins de santé primaires

Actions au niveau national	Actions au niveau mondial/régional
<p>Soutenir les pays grâce à une action harmonisée et collective dans les domaines suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • soutenir l'évaluation des soins de santé primaires en harmonisant les approches existantes au niveau des organismes et en adoptant une démarche commune pour l'évaluation des systèmes de santé ; • apporter un soutien personnalisé et coordonné aux pays afin de renforcer les soins de santé primaires en produisant des données factuelles, en établissant des priorités à l'échelle nationale, en planifiant et en préparant un budget, en mobilisant des financements et en développant le personnel de santé afin d'améliorer la couverture et l'équité, notamment dans les environnements fragiles et vulnérables ; • proposer une aide afin de repérer les personnes laissées de côté et d'en identifier les raisons, et accorder la priorité à l'intégration avec d'autres secteurs afin d'agir sur les déterminants de la santé et les résultats sanitaires. 	<p>Assurer un soutien plus cohérent et plus efficace aux pays en harmonisant les approches et les outils, et en encourageant l'action sur les biens publics dans les domaines suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • collaborer sur les trois composantes des soins de santé primaires grâce aux mécanismes existants, notamment grâce à une nouvelle conception du soutien financier, le cas échéant ; • utiliser les mécanismes internationaux existants pour convenir d'un cadre de suivi des soins de santé primaires en mettant à disposition des indicateurs améliorés pouvant être adaptés et utilisés par les pays, notamment en matière de financement ; • améliorer et renforcer la capacité des partenaires à participer efficacement aux activités, à accélérer les progrès, à harmoniser les approches et à rendre des comptes afin de faire progresser les soins de santé primaires au niveau national grâce à des approches, outils et instruments communs ; • concevoir, finaliser et appliquer à grande échelle des outils et des approches visant à n'exclure personne afin de favoriser l'élaboration de lignes directrices communes aux équipes des Nations Unies dans les pays.

154. L'UNICEF et l'OMS, qui dirigent les accélérateurs des soins de santé primaires, soutiendront la coordination aux niveaux national et mondial. Ce mécanisme de coordination ne remplace pas les éventuels mécanismes de coordination du secteur de la santé déjà présents dans les pays.

155. Le changement progressif des soins de santé primaires consécutif aux mesures et interventions isolées menées au titre des leviers du présent projet de cadre opérationnel ne sera pas suffisant pour instaurer la CSU et atteindre les ODD en matière de santé. La réalisation de ces deux derniers objectifs exigera une action énergique, fondée sur un leadership politique qui défend une vision clairement définie et dynamique de l'avenir, en mobilisant les individus, les communautés et les autres parties prenantes, et en s'appuyant sur les données factuelles et un cadre de suivi et d'évaluation adéquat pour les soins de santé primaires. Pour que les partenaires internationaux

participent à la transformation réussie des soins de santé primaires dans les pays, il convient de tirer les enseignements des efforts menés précédemment pour coordonner les activités des partenaires en matière de politiques, de stratégies et de plans de santé nationaux, et de les appliquer aux mécanismes actuels. Dans chacun des pays, un leadership gouvernemental fort et des actions de plaidoyer continues en faveur de l'harmonisation et de la coordination des contributions des donateurs et des partenaires techniques participant au renforcement des soins de santé primaires sont nécessaires si nous voulons concrétiser l'ambition pour les soins de santé primaires et les engagements pris dans la Déclaration d'Astana.

DRAFT

Bibliographie

1. WHO, UNICEF. A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/328065>).
2. OMS. *Rapport sur la santé dans le monde 2008 : les soins de santé primaires – maintenant plus que jamais*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43951>).
3. WHO technical document on primary health care. Regional reports on primary health care. (<https://www.who.int/primary-health/technical-documents>, consulté le 19 novembre 2019).
4. OMS, Banque internationale pour la reconstruction et le développement /Banque mondiale. Rapport mondial de suivi 2017 : la couverture-santé universelle. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272598/9789242513554-fre.pdf?ua=1>).
5. Schmets G, Rajan D, Kadandale S, editors. Strategizing national health in the 21st century: a handbook. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250221>).
6. OMS. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43918>).
7. Siddiqi S, Masud T, Nishtar S, Peters DH, Sabri B, Bile KM et al. Framework for assessing governance of the health system in developing countries: gateway to good governance. Health Policy. 2009;90(1):13–25.
8. WHO. The 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland, 10–14 June 2013: the Helsinki Statement on Health in All Policies. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.
9. Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé. Contribuer au développement économique et social : une action intersectorielle durable pour améliorer la santé et l'équité en santé. Résolution WHA67.12 (2014). (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-fr.pdf).
10. OMS. Adelaide Statement II: Outcome Statement from the 2017 International Conference Health in All Policies: Progressing the Sustainable Development Goals. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017.
11. Gouvernement de l'Australie-Méridionale, OMS. Progressing the Sustainable Development Goals through Health in All Policies: case studies from around the world. Adelaide: Government of South Australia; 2017.
12. OMS. *Enseignements essentiels tirés de la mise en œuvre d'approches de la santé dans toutes les politiques dans le monde entier : brochure d'information* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331361>).

13. OMS. Social determinants of health. Health and development governance: Health in All Policies. Genève, Organisation mondiale de la Santé
(http://www.who.int/social_determinants/healthinallpolicies-hiap/en/, consulté le 19 octobre 2018).
14. OMS. Global spending on health: a world in transition. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/330357>)
15. OMS. Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019
(https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/uhc_report_2019.pdf, consulté le 24 avril 2020).
16. Xu K, Soucat A, Kutzin J, Brindley C, Van de Maele N, Touré H et al. Public spending on health: a closer look at global trends. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018
(<https://apps.who.int/iris/handle/10665/276728>).
17. OMS. Data from the Global Health Expenditure Database
(<http://apps.who.int/nha/database/Home/Index/en/>, consulté le 18 avril 2020).
18. Sarrami-Foroushani P, Travaglia J, Debono D, Braithwaite J. Implementing strategies in consumer and community engagement in health care: results of a large-scale, scoping meta-review. BMC Health Services Research 2014;14:402.
19. OMS. WHO community engagement framework for quality, people-centred and resilient health services. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017
(<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259280>).
20. Primary Health Care Performance Initiative. Community engagement
(<https://improvingphc.org/improvement-strategies/population-health-management/community-engagement>, consulté le 30 avril 2020).
21. Clarke D, Doerr S, Hunter M, Schmets G, Soucat A, Pavisa A. The private sector and universal health coverage. Bulletin of the World Health Organization 2019;97:434-435.
22. OMS, UNICEF. Technical Series on Primary Health Care. Primary health care: closing the gap between public health and primary care through integration. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/326458>).
23. Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Integrated care models: an overview (working document). Copenhague, Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Europe, 2016 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf, consulté le 24 avril 2020).
24. OMS. People-centred and integrated health services: an overview of the evidence. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015
(http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/155004/WHO_HIS_SDS_2015.7_eng.pdf?sequence=1).
25. OMS. Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne : rapport du Secrétariat. Soixante-neuvième Assemblée mondiale de la santé, point 16.1 de l'ordre du jour, document A69/39. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016
(https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-fr.pdf).

26. Kruk ME, Porignon D, Rockers PC, Van Lerberghe W. The contribution of primary care to health and health systems in low-and middle-income countries: a critical review of major primary care initiatives. *Social Science and Medicine*. 2010;70(6):904-11.
27. Kane J, Landes M, Carroll C, Nolen A, Sodhi S. A systematic review of primary care models for non-communicable disease interventions in sub-Saharan Africa. *BMC Family Practice*. 2017;18:46. doi:10.1186/s12875-017-0613-5.
28. Primary Health Care Performance Initiative: indicators library (<https://improvingphc.org/content/indicator-library>, consulté le 30 avril 2020).
29. OMS. Lessons from transforming health services delivery: compendium of initiatives in the WHO European Region. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-services-delivery/publications/2016/lessons-from-transforming-health-services-delivery-compendium-of-initiatives-in-the-who-european-region-2016>, consulté le 20 octobre 2018).
30. OMS. Building the primary health care workforce of the 21st century. Organisation mondiale de la Santé, 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/328072>).
31. OMS. Health workforce requirements for universal health coverage and the sustainable development goals. Human Resources for Health Observer Series No. 17. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250330/9789241511407-eng.pdf?sequence=1>).
32. OMS. *Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon 2030*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (https://www.who.int/hrh/resources/global_strategy2030fr.pdf?ua=1).
33. OMS. WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275474/9789241550369-eng.pdf?ua=1&ua=1>).
34. Day-Stirk F, Massoud R. Improving health worker productivity and performance in the context of universal health coverage: the roles of standards, quality improvement, and regulation. Technical Working Group (TWG) #7 (http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/WG7_Productivityandperformance.pdf, consulté le 20 octobre 2018).
35. Bouzid M, Hunter P. What is the impact of water, sanitation and hygiene in health care facilities on care seeking behaviour and patient satisfaction? A systematic review of evidence from low- and middle-income countries. 2018. *BMJ Global Health*. 3;3.
36. Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est. Strengthening frontline services for universal health coverage by 2030: Report of the Regional Consultation, 23-25 July 2019. New Delhi: Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Asie du Sud-Est, 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/329858>).
37. OMS. *Étude de l'impact socioéconomique et sur la santé publique des produits médicaux de qualité inférieure et falsifiés*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017

- (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331691/9789242513431-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, consulté le 20 octobre 2018).
38. OMS. Health technology assessment. (<http://www.who.int/health-technology-assessment/en/>, consulté le 20 octobre 2018).
 39. Organisation mondiale de la Santé. Model list of essential medicines: 21st list. 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/325771>).
 40. Groupe de la Banque mondiale. Climate-smart healthcare: Low-carbon and resilience strategies for the health sector. 2017 (<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/27809>, consulté le 10 juillet 2019).
 41. Mackintosh M, Channon A, Karan A, Selvaraj S, Cavagnero E, Zhao H. What is the private sector? Understanding private provision in the health systems of low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2016;388(10044):596-605.
 42. Grépin K. Private sector an important but not dominant provider of key health services in low- and middle-income countries. *Health Affairs*. 2016;35(7):1214-21.
 43. Powell-Jackson T, Macleod D, Benova L, Lynch C, Campbell OM. The role of the private sector in the provision of antenatal care: a study of Demographic and Health Surveys from 46 low- and middle-income countries. *Tropical Medicine and International Health*. 2015;20(2):230–9.
 44. Private sector accounts (<http://www.privatesectorcounts.org/>, consulté le 20 octobre 2018).
 45. McPake B, Hanson K. Managing the public–private mix to achieve universal health coverage. *Lancet*. 2016;388(10044):622-30.
 46. Thomas C, Makinen M, Blanchet N, Krusell K, editors. Engaging the private sector in primary health care to achieve universal health coverage: advice from implementers, to implementers. Joint Learning Network for Universal Health Coverage Primary Health Care Technical Initiative; 2016.
 47. Montagu D, Goodman C. Prohibit, constrain, encourage, or purchase: how should we engage with the private health-care sector? *Lancet*. 2016;388(10044):613-21.
 48. OMS. Draft for Consultation - Engaging the private health service delivery sector through governance in mixed health systems. 2019. The Advisory Group on the Governance of the Private Sector for UHC. Organisation mondiale de la Santé, 2019 (<https://www.who.int/news-room/articles-detail/public-consultation-on-the-draft-who-roadmap-engaging-the-private-health-sector-through-integrated-service-delivery-governance-in-mixed-health-systems>, consulté le 20 avril 2020).
 49. SHOPS Plus. Assessment to action: a guide to conducting private health sector assessments (<https://assessment-action.net/>, consulté le 20 octobre 2018).
 50. Phalkey RK, Butsch C, Belesova K, Kroll M, Kraas F. From habits of attrition to modes of inclusion: enhancing the role of private practitioners in routine disease surveillance. *BMC Health Services Research* 2017;17:599.
 51. Langenbrunner JC, Cashin CS, O'Dougherty S, editors. Designing and implementing health care provider payment systems: how-to manuals. Washington, Banque mondiale, 2009.

52. Cashin C, Chi Y-L, Smith PC, Borowitz M, Thomson S. Paying for performance in health care: implications for health system performance and accountability. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Maidenhead, United Kingdom: McGraw-Hill Education; 2014 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/271073/Paying-for-Performance-in-Health-Care.pdf, consulté le 21 octobre 2018).
53. Joint Learning Network. Using Data Analytics to Monitor Health Provider Payment Systems. 2017 (<http://www.jointlearningnetwork.org/resources/data-analytics-for-monitoring-provider-payment-toolkit>, consulté le 10 juillet 2019).
54. ICT facts and figures 2017 [and related downloads]. International Telecommunication Union (<https://www.itu.int/en/ITU-D/Statistics/Pages/facts/default.aspx>, consulté le 21 octobre 2018).
55. *Rapport sur le développement dans le monde 2016 : les dividendes du numérique*. Washington, D.C., Banque mondiale, 2016 (<http://www.worldbank.org/en/publication/wdr2016>, consulté le 21 octobre 2018).
56. Global diffusion of eHealth: Making universal health coverage achievable. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252529/9789241511780-eng.pdf?sequence=1>).
57. *Guide pratique sur les stratégies nationales en matière de cybersanté* Organisation mondiale de la Santé et Union internationale des télécommunications, 2012 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/96729>).
58. OMS. Classification of digital health interventions v1.0: A shared language to describe the uses of digital technology for health. 2018 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/mhealth/classification-digital-health-interventions/en/>, consulté le 10 juillet 2019).
59. OMS. WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/311941>).
60. District Health Information System 2 (DHIS2), accessible à l'adresse <https://www.dhis2.org/>, consulté le 21 octobre 2018.
61. *Données et innovation : projet de stratégie mondiale pour la santé numérique*, accessible à l'adresse https://www.who.int/docs/default-source/documents/200067-lb-full-draft-digital-health-strategy-with-annex-cf-6jan20-cf-rev-10-1-clean-fr.pdf?sfvrsn=4b12a8a7_2 (consulté le 30 avril 2020). Voir également *Données et innovation : projet de stratégie mondiale pour la santé numérique*, document EB146/26. Organisation mondiale de la Santé, Conseil exécutif, Cent quarante-sixième session, 2019 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB146/B146_26-fr.pdf, consulté le 20 avril 2020).
62. Kruk ME, Gage A, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al. for the Lancet Global Health Commission on High-Quality Health Systems in the SDG Era. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Global Health*. 2018;6(11):E1196-E1252 doi:10.1016/S2214-109X(18)30386-3.

63. *La qualité des services de santé : un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle*. Genève, Organisation de coopération et de développement économiques, et Banque mondiale, 2018
(<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324737/9789242513905-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>).
64. OMS. *Guide d'élaboration d'une politique et d'une stratégie nationales relatives à la qualité : approche pratique de formulation d'une politique et d'une stratégie pour l'amélioration de la qualité des soins*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018
(<https://apps.who.int/iris/handle/10665/310942>).
65. OMS. Technical Series on Safer Primary Care. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (http://www.who.int/patientsafety/topics/primary-care/technical_series/en/, consulté le 20 octobre 2018).
66. OMS. *Quality in primary health care*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018
(<https://apps.who.int/iris/handle/10665/326461>).
67. Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales. Implementation research toolkit. Genève, Organisation mondiale de la Santé
(<https://apps.who.int/iris/handle/10665/110523>).
68. Goodyear-Smith F, Mash R. *How to do primary care research*. Boca Raton, United States of America: CRC Press; 2018.
69. Awoonor-Williams JK, Appiah-Denkyira E. Bridging the intervention–implementation gap in primary health care delivery: the critical role of integrated implementation research. *BMC Health Services Research*. 2017;17(3):772.
70. Paina L, Ekirapa-Kiracho E, Ghaffar A, Bennett S, editors. *Engaging stakeholders in implementation research: tools, approaches, and lessons learned from application*. Health Research Policy and Systems; 2017.
71. Loewenson R, Laurell AC, Hogstedt C, D'Ambruoso L, Schroff Z (2014). *Participatory action research in health systems: a methods reader*. TARSC, AHPSR, WHO, IDRC Canada, EQUINET, Harare. ISBN 9780797459762
(https://equinetafrica.org/sites/default/files/uploads/documents/PAR_Methods_Reader2014_for_web.pdf, consulté le 21 avril 2020).
72. OMS. 2018 Global reference list of 100 core health indicators (plus health-related SDGs). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018
(<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259951>).
73. OCDE. *Panorama de la santé 2019 : les indicateurs de l'OCDE*. Paris, Organisation de coopération et de développement économiques, 2019
(<https://www.oecd.org/fr/sante/systemes-sante/panorama-de-la-sante-19991320.htm>, consulté le 27 avril 2020).
74. OCDE, Office statistique des Communautés européennes, OMS. *A system of health accounts*, 2011 edition. Paris, Organisation de coopération et de développement économiques, 2011
(<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44775>).

75. OMS. *Manuel sur les comptes nationaux des personnels de santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/275750>).
76. Global Sustainable Development Goals Indicators Database. Division de la statistique de l'Organisation des Nations Unies (<https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/>, consulté le 27 avril 2020).
77. Recommendations to OECD ministers of health from the high level reflection group on the future of health statistics – Strengthening the international comparison of health system performance through patient-reported indicators. Paris, Organisation de coopération et de développement économiques, 2017 (<https://www.oecd.org/els/health-systems/Recommendations-from-high-level-reflection-group-on-the-future-of-health-statistics.pdf>, consulté le 27 avril 2020).
78. U-Report (<https://ureport.in/>, consulté le 21 octobre 2018).
79. OMS. The triangle that moves the mountain: nine years of Thailand's National Health Assembly. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017.
80. OMS. *Plan d'action mondial pour permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous*. Organisation mondiale de la Santé, 2019 (<https://www.who.int/sdg/global-action-plan>, consulté le 10 juillet 2019).
81. OMS. *Une collaboration renforcée pour une meilleure santé : Plan d'action mondial pour permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/327846>).

Annexe 1 : Outils et ressources destinés à soutenir la mise en œuvre des leviers pour les soins de santé primaires

Outil/ressource	Adresse	Levier(s) ³
Base de données AWaRe de classement des antibiotiques – OMS, 2019 (en anglais)	https://adoptaware.org/	Médicaments et autres produits pour améliorer la santé
A compendium of tools and resources for improving the quality of health services (en anglais)	https://www.who.int/servicedeliverysafety/compendium-tools-resources/en/	Systèmes pour améliorer la qualité des soins
<i>A health policy analysis reader: The politics of policy change in low- and middle-income countries (en anglais)</i>	https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/publications/health-policy-reader/en/	Recherche axée sur les soins de santé primaires
<i>A Health Policy and Systems Research Reader on Human Resources for Health (en anglais)</i>	https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/publications/9789241513357/en/	Recherche axée sur les soins de santé primaires
<i>Approche systémique pour analyser l'efficacité des programmes de santé</i>	https://apps.who.int/iris/handle/10665/279651	Financement et répartition des ressources
<i>Access to rehabilitation in primary health care: an ongoing challenge (en anglais)</i>	https://apps.who.int/iris/handle/10665/325522	Modèles de soins
AccessMod (en anglais)	https://www.who.int/choice/geoaccess/en/	Modèles de soins Infrastructure physique
<i>Access to Modern Energy Services for Health Facilities in Resource-Constrained Settings: a review of status, significance, challenges and measurement (en anglais)</i>	https://apps.who.int/iris/handle/10665/156847	Infrastructure physique
<i>Age-friendly Primary Health Care Centres Toolkit (en anglais)</i>	https://apps.who.int/iris/handle/10665/43860	Modèles de soins
<i>An evidence map of social, behavioural and community engagement interventions for reproductive, maternal, newborn and child health (en anglais)</i>	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/social-behavioural-community-engagement-interventions-evidence/en/	Participation des communautés et d'autres parties prenantes

³ Les ressources/outils transversaux peuvent être associés à d'autres leviers que ceux des différents tableaux présentés dans le document.

Outils d'analyse et d'utilisation des données fournies par les établissements de santé (en anglais)	https://www.who.int/healthinfo/tools_data_analysis_routine_facility/en/	Suivi et évaluation
<i>Analysis and use of health facility data – Guidance for RMNCAH programme managers</i> (en anglais)	https://www.who.int/healthinfo/FacilityAnalysisGuidance_RMNCAH.pdf?ua=1	Suivi et évaluation
<i>Analytical guide to assess a mixed provider payment system</i> (en anglais)	https://www.who.int/publications-detail/analytical-guide-to-assess-a-mixed-provider-payment-system	Systèmes d'achat et de paiement
<i>Antimicrobial resistance and primary health care: brief</i> (en anglais)	https://apps.who.int/iris/handle/10665/328084 Document complet à paraître, OMS : https://www.who.int/primary-health/technical-documents	Gouvernance et cadres stratégiques Médicaments et autres produits pour améliorer la santé Systèmes pour améliorer la qualité des soins
<i>Appropriate storage and management of oxytocin – a key commodity for maternal health WHO/UNICEF/UNFPA Joint Statement</i> (en anglais)	https://www.who.int/reproductivehealth/publications/appropriate-storage-management-oxytocin/en/	Médicaments et autres produits pour améliorer la santé
<i>Surveillance des anomalies congénitales – Atlas de certaines anomalies congénitales</i>	https://www.who.int/nutrition/publications/birthdefects_atlas/fr/	Suivi et évaluation
<i>Développer les compétences du personnel de santé dans le domaine de la santé de l'adolescent</i>	https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255138/WHO-FWC-MCA-15.05-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y	Personnel dispensant les soins de santé primaires
<i>Building the economic case for primary health care: a scoping review</i> (en anglais)	https://apps.who.int/iris/handle/10665/326293	Financement et répartition des ressources
<i>Building the Primary Health Care Workforce of the 21st Century</i> (en anglais)	https://apps.who.int/iris/handle/10665/328072	Personnel dispensant les soins de santé primaires
Cancer workforce strategy for comprehensive prevention and control	À paraître, OMS	Personnel dispensant les soins de santé primaires
Soins pour le développement de l'enfant	https://www.unicef.org/earlychildhood/index_68195.html	Systèmes pour améliorer la qualité des soins

Care for child development: improving the care for young children (en anglais)	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/care_child_development/en/	Participation des communautés et d'autres parties prenantes
Caring for newborns and children in the community – Package of resources (en anglais)	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/community-care-newborns-children/en/	Participation des communautés et d'autres parties prenantes
Caring for the child's healthy growth and development: Caring for newborns and children in the community (en anglais)	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/child-healthy-growth-development/en/	Participation des communautés et d'autres parties prenantes
Caring for the sick child in the community, adaptation for high HIV or TB settings (en anglais)	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/newborn-child-community-care/en/	Systèmes pour améliorer la qualité des soins
<i>Child Friendly Communities in ESAR: An Integrated Approach to Community Platforms (en anglais)</i>	https://unicef.sharepoint.com/teams/ESAR-Health/Child%20Health/UNICEF%20ESAR%20Child%20Friendly%20Communities%20Ref%20Guide%20FINAL%2028May2018.pdf	Modèles de soins
Lignes directrices concernant les agents de santé communautaires : aide du système de santé pour les agents de santé communautaires (en anglais)	https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275474/9789241550369-eng.pdf?ua=1	Personnel dispensant les soins de santé primaires
Community health planning & costing tool (en anglais)	https://www.msh.org/resources/community-health-planning-and-costing-tool	Financement et répartition des ressources Participation des communautés et d'autres parties prenantes
<i>Community Health Worker Assessment and Improvement Matrix (CHW AIM): Updated Program Functionality Matrix for Optimizing Community Health Programs (en anglais)</i>	https://www.unicef.org/media/58176/file	Participation des communautés et d'autres parties prenantes Personnel dispensant les soins de santé primaires
L'intégration des informations relatives à la communauté (CII) et le registre central des patients (CPAT), un outil pour	https://actt.albertadoctors.org/PMH/panel-continuity/CII-CPAR/Pages/CII-Tools-and-Resources.aspx	Participation des communautés et d'autres parties prenantes

intégrer les dossiers médicaux électroniques de la communauté (en anglais)		Technologies numériques pour la santé
Community planning toolkit (en anglais)	https://www.communityplanningtoolkit.org/community-engagement	Participation des communautés et d'autres parties prenantes
Community Tool Box (en anglais)	https://ctb.ku.edu/en	Participation des communautés et d'autres parties prenantes
<i>Companion of choice during labour and childbirth for improved quality of care</i> (en anglais)	https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/companion-during-labour-childbirth/en/	Systèmes pour améliorer la qualité des soins
Compassion resilience toolkit (en anglais)	https://compassionresiliencetoolkit.org/health-care/a-toolkit-for-healthcare/	Participation des communautés et d'autres parties prenantes
Cadre conceptuel concernant la contribution de la législation à la CSU (en anglais)	https://www.who.int/publications-detail/uhc-law-infographic	Volonté politique et leadership Gouvernance et cadres stratégiques
<i>Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of WHO's framework on integrated, people-centred health services</i> (en anglais)	https://apps.who.int/iris/handle/10665/274628	Modèles de soins
<i>Compétences de base en santé et développement de l'adolescent pour les prestataires de soins primaires</i>	https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/181465/9789242508314_fre.pdf?sequence=1	Personnel des soins de santé primaires
Principaux éléments de la prévention et de la lutte contre les infections – outils et ressources pour la mise en œuvre	https://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/en/	Systèmes pour améliorer la qualité des soins
<i>Questions et indicateurs de base destinés au suivi de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'hygiène (EAH) au sein des établissements de soins de santé (ESS) dans le cadre des objectifs de développement durable</i>	https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/core-questions-and-indicators-for-monitoring-wash/fr/	Infrastructure physique

<i>Manuel pour le renforcement des compétences : le conseil pour la prise en charge de la santé maternelle et néonatale</i>	https://apps.who.int/iris/handle/10665/44392	Systèmes pour améliorer la qualité des soins
Base de données des cycles de planification nationaux (en anglais)	https://extranet.who.int/countryplanningcycles/	Volonté politique et leadership Gouvernance et cadres stratégiques Financement et répartition des ressources Participation des communautés et d'autres parties prenantes Suivi et évaluation
Critical pathways towards integrated people-centred health services	À paraître, OMS	Modèles de soins
<i>Données et innovation : projet de stratégie mondiale pour la santé numérique</i>	https://www.who.int/docs/default-source/documents/200067-lb-full-draft-digital-health-strategy-with-annex-cf-6jan20-cf-rev-10-1-clean-fr.pdf?sfvrsn=4b12a8a7_2 Document complet à paraître, OMS	Technologies numériques pour la santé
Outils pour l'examen de la qualité des données (DQR)	https://www.who.int/healthinfo/tools_data_analysis/en/	Suivi et évaluation
<i>Designing Digital Health Interventions for Impact</i> (en anglais)	https://www.unicef.org/innovation/reports/designing-digital-interventions-lasting-impact	Technologies numériques pour la santé
<i>Digital education for building health workforce capacity</i> (en anglais)	https://apps.who.int/iris/handle/10665/331524	Technologies numériques pour la santé
Atlas de la santé numérique	https://digitalhealthatlas.org/fr/-/	Technologies numériques pour la santé
Lignes directrices du Fonds mondial pour des systèmes résistants et pérennes pour la santé (en anglais)	https://www.theglobalfund.org/media/4759/core_resilient_sustainable_systems_for_health_in_fonote_en.pdf	Technologies numériques pour la santé
<i>Digital technologies: shaping the future of primary health care</i> (en anglais)	https://apps.who.int/iris/handle/10665/326573	Technologies numériques pour la santé

Projet de feuille de route pour la participation du secteur privé à la couverture sanitaire universelle (en anglais)	https://www.who.int/news-room/articles-detail/public-consultation-on-the-draft-who-roadmap-engaging-the-private-health-sector-through-integrated-service-delivery-governance-in-mixed-health-systems Document complet à paraître, OMS	Collaboration avec les prestataires du secteur privé
Triage, évaluation et traitement d'urgence (TETU) : formation	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241546875/fr/	Systèmes pour améliorer la qualité des soins
Engaging the private sector for service delivery (en anglais)	https://www.who.int/news-room/articles-detail/public-consultation-on-the-draft-who-roadmap-engaging-the-private-health-sector-through-integrated-service-delivery-governance-in-mixed-health-systems	Collaboration avec les prestataires du secteur privé
<i>Engaging the Private Sector in Primary Health Care to Achieve universal health coverage: Advice from Implementers, to Implementers (en anglais)</i>	https://www.jointlearningnetwork.org/resources/primary-health-care-indicator-inventory/	Collaboration avec les prestataires du secteur privé
<i>Enhanced capacity building training for frontline staff on building trust and communication facilitator's guide (en anglais)</i>	https://www.who.int/services/elivysafety/areas/qhc/trust-communication_training-guide.pdf?ua=1	Systèmes pour améliorer la qualité des soins
<i>Normes essentielles en matière de santé environnementale dans les structures de soins</i>	https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/ehs_hc/fr/	Infrastructure physique
<i>Every Newborn: an action plan to end preventable deaths (en anglais)</i>	https://www.who.int/publications-detail/every-newborn-an-action-plan-to-end-preventable-deaths	Systèmes pour améliorer la qualité des soins
<i>Evidence synthesis for health policy and systems: a methods guide (en anglais)</i>	https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/publications/hpsr-synthesis/en/	Recherche axée sur les soins de santé primaires
<i>Framework for the implementation of a</i>	https://iris.paho.org/handle/10665.2/28414	Technologies numériques pour la santé

<i>telemedicine service</i> (en anglais)		
Global Competency Framework for Universal Health Coverage	À paraître, OMS	Personnel dispensant les soins de santé primaires
Base de données mondiale sur les dépenses de santé – estimations des dépenses en faveur des soins de santé primaires (en anglais)	https://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/Index/en	Financement et répartition des ressources
Global Reference List of 100 Core Health Indicators (plus health-related SDGs), 2018 (en anglais)	https://www.who.int/healthinfo/indicators/2018/en/	Suivi et évaluation
Normes mondiales pour la qualité des services de santé destinés aux adolescents	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/global-standards-adolescent-care/fr/	Systèmes pour améliorer la qualité des soins
Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030 (en anglais)	https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9/789241511131-eng.pdf?sequence=1	Personnel dispensant les soins de santé primaires
Good governance for medicines: model framework, updated version 2014 (en anglais)	https://apps.who.int/iris/handle/10665/129495	Médicaments et autres produits pour améliorer la santé
Governance for strategic purchasing: An analytical framework to guide a country assessment (en anglais)	https://www.who.int/publications-detail/governance-for-strategic-purchasing-an-analytical-framework-to-guide-a-country-assessment	Systèmes d'achat et de paiement
Guide to integrated community case management procurement and supply and management Planning for Global Fund Grants (en anglais)	https://www.childhealthtaskforce.org/sites/default/files/2018-12/Guide%20to%20iCCM%20PSM%20Planning%20for%20Global%20Fund%20Grants%20%28English%29_Nairobi%20iCCM%20Meeting%202016.pdf	Participation des communautés et d'autres parties prenantes Médicaments et autres produits pour améliorer la santé
Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level (en anglais)	https://www.who.int/gpsc/ipc-components-guidelines/en/	Systèmes pour améliorer la qualité des soins

Guide d'élaboration d'une politique et d'une stratégie nationales relatives à la qualité : approche pratique de formulation d'une politique et d'une stratégie pour l'amélioration de la qualité des soins	https://apps.who.int/iris/handle/10665/310942	Systèmes pour améliorer la qualité des soins
Approche harmonisée des évaluations des établissements de santé (en anglais)	https://www.who.int/healthinfo/systems/Standardized-HFA-Flier-Dec2019.pdf?ua=1	Suivi et évaluation
Health Data Collaborative (en anglais)	https://www.healthdatacollaborative.org/	Suivi et évaluation
Health facility and community data toolkit (en anglais)	https://www.who.int/healthinfo/facility_information_systems/Facility_Community_Data_Toolkit_final.pdf?ua=1	Suivi et évaluation
Health in All Policies as part of the primary health care agenda on multisectoral action (en anglais)	https://extranet.who.int/iris/restricted/handle/10665/326463	Gouvernance et cadres stratégiques
Health in all policies: training manual (en anglais)	https://apps.who.int/iris/handle/10665/151788	Gouvernance et cadres stratégiques Participation des communautés et d'autres parties prenantes
Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action (en anglais)	https://apps.who.int/iris/handle/10665/112636	Gouvernance et cadres stratégiques Participation des communautés et d'autres parties prenantes
Health Policy and Systems Research - A Methodology Reader (en anglais)	https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/publications/9789241503136/en/	Recherche axée sur les soins de santé primaires
Évaluation des performances des systèmes de santé : vers une conception commune	https://www.uhc2030.org/fr/notre-action/working-better-together/groupe-de-travail-technique-sur-le2%80%99evaluation-des-systemes-de-sante/	Volonté politique et leadership Gouvernance et cadres stratégiques Suivi et évaluation
HEARTS technical package (en anglais)	https://www.who.int/cardiovascular_diseases/hearts/en/	Systèmes pour améliorer la qualité des soins

Imbalances in rural primary care: a scoping literature review with an emphasis on the WHO European Region	À paraître, OMS : https://www.who.int/primary-health/technical-documents	Modèles de soins
Guide de mise en œuvre des Normes mondiales pour la qualité des services de santé destinés aux adolescents	https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252726/9789242549331-vol2-fre.pdf?sequence=2&isAllowed=y	Systèmes pour améliorer la qualité des soins
La Recherche sur la mise en œuvre en santé : guide pratique	https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/implementationresearchguide/en/	Recherche axée sur les soins de santé primaires
Outils pour la recherche opérationnelle (en anglais)	https://www.who.int/tdr/publications/topics/ir-toolkit/en/	Recherche axée sur les soins de santé primaires
Mise en œuvre des programmes de paludisme pendant la grossesse dans le contexte des recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive	https://www.who.int/reproductivehealth/publications/implementing-malaria-pregnancy-programmes-brief/fr/	Modèles de soins
Improving the quality of health services: tools and resources (en anglais)	https://apps.who.int/iris/handle/10665/310944?locale-attribute=pt&	Systèmes pour améliorer la qualité des soins
Répertoire des indicateurs et des métadonnées (en anglais)	https://apps.who.int/gho/data/node.wrapper.imr?x-id=1	Suivi et évaluation
Soins intégrés pour les personnes âgées (ICOPE) – Cadre de mise en œuvre : Directives concernant les systèmes et les services	https://www.who.int/ageing/publications/icope-framework/fr/	Modèles de soins
Soins intégrés pour les personnes âgées (ICOPE) : Manuel. Conseils sur l'évaluation et les filières axées sur la personne dans les soins de santé primaires	https://www.who.int/ageing/publications/icope-handbook/fr/	Systèmes pour améliorer la qualité des soins
Soins intégrés pour les personnes âgées (ICOPE) : application du manuel (en anglais)	https://www.who.int/ageing/health-systems/icope/en/	Systèmes pour améliorer la qualité des soins

<i>Integrated care for older people: realigning primary health care to respond to population ageing</i> (en anglais)	https://apps.who.int/iris/handle/10665/326295	Modèles de soins
Integrated Community Case Management Gap Analysis Tool	À paraître, UNICEF	Financement et répartition des ressources Participation des communautés et d'autres parties prenantes
Outils de l'OMS pour des services de santé intégrés (modules pour les soins primaires, les soins d'urgence et les soins intensifs)	<p>Outils de l'OMS pour les soins d'urgence :</p> <p>Outil d'évaluation des systèmes de soins d'urgence (en anglais) :</p> <p>https://www.who.int/emergencycare/activities/en/</p> <p>International Registry for Trauma and Emergency Care (en anglais) :</p> <p>https://www.who.int/emergencycare/irtec/en</p> <p><i>WHO-ICRC Basic Emergency Care course: approach to the acutely ill and injured</i> (en anglais) :</p> <p>https://www.who.int/publications-detail/basic-emergency-care-approach-to-the-acutely-ill-and-injured</p> <p>Liste de contrôle pour les urgences médicales (en anglais) :</p> <p>https://www.who.int/publications-detail/who-medical-emergency-checklist</p> <p>Liste de contrôle pour les soins en traumatologie (en anglais) :</p> <p>https://www.who.int/emergencycare/trauma-care-checklist-launch/en/</p> <p>Outils pour les soins primaires et pour les soins intensifs à paraître</p>	Systèmes pour améliorer la qualité des soins

Integrated management of adolescent and adult illness (IMAI) modules (en anglais)	https://www.who.int/3by5/publications/documents/imai/en/	Systèmes pour améliorer la qualité des soins
<i>Integrated management of childhood illness (IMCI) Chart Booklet (en anglais)</i>	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/IMCI_chartbooklet/en/	Systèmes pour améliorer la qualité des soins
Modules d'enseignement à distance pour la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) (en anglais)	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241506823/en	Systèmes pour améliorer la qualité des soins
<i>Integrating health services: brief (en anglais)</i>	https://apps.who.int/iris/handle/10665/326459	Modèles de soins
<i>Liste interinstitutions de dispositifs médicaux prioritaires pour des interventions essentielles en santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile</i>	https://apps.who.int/iris/handle/10665/255208	Médicaments et autres produits pour améliorer la santé
Interagency package: essential health products for primary health care	À paraître, OMS	Médicaments et autres produits pour améliorer la santé
<i>Enseignements essentiels tirés de la mise en œuvre d'approches de la santé dans toutes les politiques dans le monde entier : brochure d'information</i>	https://apps.who.int/iris/handle/10665/331361	Gouvernance et cadres stratégiques Participation des communautés et d'autres parties prenantes
<i>Legal access rights to health care (en anglais)</i>	https://www.who.int/publications-detail/uhc-law-in-practice-legal-access-rights-to-health-care-introduction	Volonté politique et leadership Gouvernance et cadres stratégiques
Local Engagement Assessment and Planning (LEAP): A toolkit for enhancing integrated and people-centred health services	À paraître, OMS	Modèles de soins
<i>Aperçu des technologies pour le traitement de déchets infectieux et de déchets piquants/coupants/tranchants provenant des établissements de santé</i>	https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/technologies-for-the-treatment-of-infectious-and-sharp-waste/fr/	Infrastructure physique
<i>Pour que chaque enfant compte : audit et examen des mortalités et des décès néonataux</i>	https://apps.who.int/iris/handle/10665/255352	Suivi et évaluation

<i>Management of the sick young infant aged up to 2 months (en anglais)</i>	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/management-sick-young-infant-0-2-months/en/	Systèmes pour améliorer la qualité des soins
<i>Prise en charge du nourrisson malade âgé de 0 à 2 mois : prise en charge intégrée des maladies de l'enfant</i>	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/management-sick-young-infant-0-2-months-training/en/	Systèmes pour améliorer la qualité des soins
<i>Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors – 2nd ed. (en anglais)</i>	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/managing-complications-pregnancy-childbirth/en/	Systèmes pour améliorer la qualité des soins
<i>Surveillance des décès maternels et riposte : directives techniques – prévention des décès maternels, informations au service de l'action</i>	https://apps.who.int/iris/handle/10665/194270	Suivi et évaluation
<i>Évaluer les performances des soins de santé primaires (en anglais)</i>	https://www.jointlearningnetwork.org/resources/primary-health-care-indicator-inventory/	Systèmes pour améliorer la qualité des soins
<i>Mental health in primary care: illusion or inclusion? (en anglais)</i>	https://apps.who.int/iris/handle/10665/326298	Modèles de soins
<i>Midwifery education modules – Education material for teachers of midwifery (en anglais)</i>	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241546662/en/	Personnel dispensant les soins de santé primaires
<i>Minimum Quality Standards and Indicators for Community Engagement (en anglais)</i>	https://www.unicef.org/mena/reports/community-engagement-standards	Participation des communautés et d'autres parties prenantes
<i>Minimum Requirements for infection prevention and control (IPC) programmes (en anglais)</i>	https://www.who.int/infection-prevention/publications/min-req-ipc-manual/en/	Systèmes pour améliorer la qualité des soins
<i>Monitoring, evaluation and review of national health strategies: a country-led platform for information and accountability (en anglais)</i>	https://apps.who.int/iris/handle/10665/85877	Suivi et évaluation
<i>Guide pratique sur les stratégies nationales en matière de cybersanté</i>	https://apps.who.int/iris/handle/10665/96729	Technologies numériques pour la santé

Manuel et guide pour la mise en œuvre des comptes nationaux des personnels de santé (en anglais)	https://www.who.int/hrh/statistics/nhwa/en/	Personnel dispensant les soins de santé primaires
National Quality Policy and Strategy Tools and Resources Compendium (en anglais)	https://apps.who.int/iris/handle/10665/329961	Systèmes pour améliorer la qualité des soins
Soins attentifs pour le développement de la petite enfance : un cadre pour aider les enfants à survivre et à s'épanouir afin de transformer la santé et le potentiel humain	https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325724/9789242514063-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y	Systèmes pour améliorer la qualité des soins
Nutrition – WASH Toolkit. Guide for Practical Joint Actions (en anglais)	https://www.unicef.org/eap/reports/nutrition-wash-toolkit-guide-practical-joint-actions	Modèles de soins
Outil « OneHealth » (en anglais)	https://www.who.int/choice/onehealthtool/en/	Financement et répartition des ressources
Participatory Action Research in health systems – A Methods Reader (en anglais)	https://equinetafrica.org/sites/default/files/uploads/documents/PAR_Methods_Reader2014_for_web.pdf	Recherche axée sur les soins de santé primaires
Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers (en anglais)	https://www.who.int/ncds/management/palliative-care/palliative_care_services/en/	Modèles de soins
Mémento de soins hospitaliers pédiatriques – Deuxième édition	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/child_hospital_care/fr/	Systèmes pour améliorer la qualité des soins
Primary health care and health emergencies: brief (en anglais)	https://extranet.who.int/iris/restricted/handle/10665/326451	Gouvernance et cadres stratégiques Participation des communautés et d'autres parties prenantes Modèles de soins
Primary health care and health emergencies (document complet, en anglais)	https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1251548/retrieve	Gouvernance et cadres stratégiques Participation des communautés et d'autres parties prenantes Modèles de soins
Primary health care as an enabler for "ending the epidemics" of high-impact communicable diseases: brief (en anglais)	https://apps.who.int/iris/handle/10665/326294 Document complet à paraître, OMS :	Modèles de soins

	https://www.who.int/primary-health/technical-documents	
<i>Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report</i> (en anglais)	https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/uhc_report_2019.pdf?ua=1	Financement et répartition des ressources Participation des communautés et d'autres parties prenantes Modèles de soins
Études de cas sur les systèmes de soins de santé primaires (en anglais)	https://www.who.int/alliance-hpsr/projects/primasys/en/	Recherche axée sur les soins de santé primaires
<i>Primary health care: closing the gap between public health and primary care through integration</i> (en anglais)	https://apps.who.int/iris/handle/10665/326458	Modèles de soins
Primary health for universal health coverage and the Sustainable Development Goals – performance measurement and monitoring	À paraître, OMS	Suivi et évaluation
<i>Progressing the Sustainable Development Goals through Health in All Policies – Case studies from around the world</i> (en anglais)	https://www.who.int/social_determinants/publications/Hiap-case-studies-2017/en/	Gouvernance et cadres stratégiques
<i>Purchasing health services for universal health coverage: how to make it more strategic?</i> (en anglais)	https://www.who.int/publications-detail/purchasing-health-services-for-universal-health-coverage-how-to-make-it-more-strategic	Systèmes d'achat et de paiement
<i>Quality in primary health care</i> (en anglais)	https://apps.who.int/iris/handle/10665/326461	Systèmes pour améliorer la qualité des soins
<i>Quality, equity, dignity: A Network for Improving Quality of Care for Maternal, Newborn and Child Health</i> (en anglais)	https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/advisory-groups/quality-of-care/quality-of-care-for-maternal-and-newborn-health-a-monitoring-framework-for-network-countries.pdf?sfvrsn=b4a1a346_2	Systèmes pour améliorer la qualité des soins Suivi et évaluation
<i>Quality of care: what are effective policy options for governments in low- and middle-income countries to improve and regulate the</i>	https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208217/9789290616955_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y	Systèmes pour améliorer la qualité des soins

quality of ambulatory care? (en anglais)		
Quality, equity, dignity: the network to improve quality of care for maternal, newborn and child health – strategic objectives (en anglais)	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/quality-care-network-objectives/en/	Systèmes pour améliorer la qualité des soins
Rapid reviews to strengthen health policy and systems: a practical guide (en anglais)	https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/publications/rapid-review-guide/en/	Recherche axée sur les soins de santé primaires
Realising the value: Ten key actions to put people and communities at the heart of health and wellbeing (en anglais)	https://www.health.org.uk/publications/realising-the-value	Participation des communautés et d'autres parties prenantes Systèmes pour améliorer la qualité des soins
Réglementation applicable aux soins de santé primaires privés (en anglais)	https://www.jointlearningnetwork.org/resources/primary-health-care-indicator-inventory/	Collaboration avec les prestataires du secteur privé Systèmes pour améliorer la qualité des soins
Road Map for the Plan of Action on Health in All Policies (en anglais)	https://iris.paho.org/handle/10665.2/31313	Gouvernance et cadres stratégiques Participation des communautés et d'autres parties prenantes
Roadmap for access to medicines, vaccines and health product 2019-2023: comprehensive support for access to medicines, vaccines and other health products (en anglais)	https://apps.who.int/iris/handle/10665/330145	Médicaments et autres produits pour améliorer la santé
La gestion sécurisée des déchets médicaux : Résumé	https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/safe-management-of-waste-summary/fr/	Infrastructure physique
Selection of essential medicines at country level – Using the WHO model list of essential medicines to update a national essential medicines list (en anglais)	https://www.who.int/publications-detail/selection-of-essential-medicines-at-country-level	Médicaments et autres produits pour améliorer la santé
Service Availability and Readiness Assessment (SARA) – (en anglais)	https://www.who.int/healthinfo/systems/sara_introduction/en/	Suivi et évaluation

Cadre et outils pour la prestation de services aux nourrissons, enfants et adolescents vivant avec le VIH (en anglais)	http://www.childrenandaids.org/Paediatric-Service-Delivery-Framework	Systèmes pour améliorer la qualité des soins Modèles de soins
<i>Sexual, reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health in the context of primary health care</i> (en anglais)	https://apps.who.int/iris/handle/10665/326297	Modèles de soins
<i>Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé</i>	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/improving-maternal-newborn-care-quality/fr/	Systèmes pour améliorer la qualité des soins
<i>Standards for improving the quality of care for children and young adolescents in health facilities</i> (en anglais)	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/quality-standards-child-adolescent/en/	Systèmes pour améliorer la qualité des soins
<i>L'achat stratégique en vue de la couverture sanitaire universelle: Enjeux et questions politiques-clés – Résumé des discussions d'experts et de praticiens</i>	https://www.who.int/health_financing/documents/strategic-purchasing-discussion-summary/fr/	Systèmes d'achat et de paiement
<i>Strategizing national health in the 21st century: a handbook</i> (en anglais)	https://apps.who.int/iris/handle/10665/250221	Volonté politique et leadership Gouvernance et cadres stratégiques Financement et répartition des ressources Participation des communautés et d'autres parties prenantes Suivi et évaluation
<i>Strengthening midwifery toolkit</i> (en anglais)	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/strengthening_midwifery_toolkit/en/	Personnel dispensant les soins de santé primaires
<i>Strengthening Primary Health Care through Community Health Workers - Investment Case and Financing Recommendations</i> (en anglais)	https://www.who.int/hrh/news/2015/CHW-Financing-FINAL-July-15-2015.pdf	Financement et répartition des ressources Participation des communautés et d'autres parties prenantes
<i>Strengthening quality midwifery education for universal health coverage 2030: Framework for action</i> (en anglais)	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/strengthening-quality-midwifery-education-framework/en/	Personnel dispensant les soins de santé primaires

<i>Strengthening the capacity of community health workers to deliver care for sexual, reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health</i> (en anglais)	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/community-capacity-h4plus/en/	Personnel dispensant les soins de santé primaires
<i>Pratique chirurgicale de base dans les structures à moyens limités</i>	https://www.who.int/publications/list/scdh_manual/fr/ Révision à paraître, OMS	Systèmes pour améliorer la qualité des soins
<i>Survive and thrive: transforming care for every small and sick newborn</i> (en anglais)	https://www.who.int/publications-detail/survive-and-thrive-transforming-care-for-every-small-and-sick-newborn	Systèmes pour améliorer la qualité des soins
<i>Combattre les MNT : « meilleurs choix » et autres interventions recommandées pour lutter contre les maladies non transmissibles</i>	https://apps.who.int/iris/handle/10665/259350	Modèles de soins
<i>Mise en œuvre : les étapes 4 et 5 d'un partenariat fondé sur le jumelage pour l'amélioration des services de santé</i>	https://www.who.int/service-delivery/safety/twinning-partnerships/steps4-5/en/	Systèmes pour améliorer la qualité des soins
<i>The AIDS response and primary health care: linkages and opportunities</i> (en anglais)	https://extranet.who.int/iris/restricted/handle/10665/328102	Modèles de soins
<i>The private sector, universal health coverage and primary health care</i> (en anglais)	https://extranet.who.int/iris/restricted/handle/10665/312248	Collaboration avec les prestataires du secteur privé
<i>The transformative role of hospitals in the future of primary health care</i> (en anglais)	https://apps.who.int/iris/handle/10665/326296	Modèles de soins
<i>The WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period: ICD-PM</i> (en anglais)	https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249515/9789241549752-eng.pdf?sequence=1	Suivi et évaluation
<i>Outils pour la mise en œuvre de l'ensemble PEN de (ensemble des interventions essentielles de lutte contre les maladies non transmissibles) l'OMS</i> (en anglais)	https://www.who.int/ncds/management/pen_tools/en/	Modèles de soins Systèmes pour améliorer la qualité des soins

<i>VERS L'ACCÈS 2030 – Cadre stratégique de l'OMS en matière de médicaments et produits de santé 2016-2030</i>	https://www.who.int/medicines/publications/vers_access2030/fr/	Médicaments et autres produits pour améliorer la santé
<i>Traditional and complementary medicine in primary health care</i> (en anglais)	À paraître, OMS : https://www.who.int/primary-health/technical-documents	Modèles de soins
Tripartite Monitoring and Evaluation (M&E) framework for the Global Action Plan on Antimicrobial Resistance (en anglais)	https://www.who.int/antimicrobial-resistance/global-action-plan/monitoring-evaluation/tripartite-framework/en/	Suivi et évaluation
UHC intervention compendium	À paraître, OMS	Financement et répartition des ressources Modèles de soins
Approche de la santé numérique de l'UNICEF (en anglais)	https://www.unicef.org/innovation/reports/unicefs-approach-digital-health%E2%80%8B%E2%80%8B	Technologies numériques pour la santé
<i>Using auxiliary nurse midwives to improve access to key maternal and newborn health interventions in sexual and reproductive health</i> (en anglais)	https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/rhr1422/en/	Personnel dispensant les soins de santé primaires
<i>L'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de santé</i>	https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/wash-in-health-care-facilities/fr/	Infrastructure physique
<i>Outil d'amélioration de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène dans les établissements de santé (WASH FIT) – Guide pratique pour l'amélioration de la qualité des soins grâce à de meilleurs services d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les établissements de santé</i>	https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/water-and-sanitation-for-health-facility-improvement-tool/fr/	Infrastructure physique
<i>Programmes pour le bon usage des antimicrobiens dans les établissements de santé dans les pays à revenu intermédiaire, tranche</i>	https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332624/9789240003071-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y	Médicaments et autres produits pour améliorer la santé

<i>inférieure : une boîte à outils pratique de l'OMS</i>		
Diagrammes de prévision des risques cardio-vasculaires de l'OMS (en anglais)	https://www.who.int/news-room/detail/02-09-2019-who-updates-cardiovascular-risk-charts	Systèmes pour améliorer la qualité des soins
Projet CHOICE de l'OMS	https://www.avenirhealth.org/software-onehealth.php	Financement et répartition des ressources
<i>WHO community engagement framework for quality, people-centred and resilient health services (en anglais)</i>	https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259280/WHO-HIS-SDS-2017.15-eng.pdf	Participation des communautés et d'autres parties prenantes
<i>WHO Competency Framework for Health Workers' Education and Training on Antimicrobial Resistance (en anglais)</i>	https://www.who.int/hrh/resources/WHO-HIS-HWF-AMR-2018.1/en/	Personnel dispensant les soins de santé primaires
<i>Le modèle de cadre réglementaire mondial de l'OMS relatif aux dispositifs médicaux incluant les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro</i>	https://www.who.int/medical_devices/publications/global_model_regulatory_framework_meddev/fr/	Médicaments et autres produits pour améliorer la santé
<i>Système mondial de surveillance et de suivi de l'OMS pour les produits médicaux de qualité inférieure et falsifiés (GSMS)</i>	https://www.who.int/medicines/regulation/ssffc/publications/gsms-report-sf/en/	Médicaments et autres produits pour améliorer la santé
<i>WHO guideline on country pharmaceutical pricing policies (en anglais)</i>	https://apps.who.int/iris/handle/10665/153920	Médicaments et autres produits pour améliorer la santé
<i>WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes (en anglais)</i>	https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275474/9789241550369-eng.pdf?ua=1	Personnel dispensant les soins de santé primaires
<i>WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening (en anglais)</i>	https://apps.who.int/iris/handle/10665/311941	Technologies numériques pour la santé
WHO Handbook on Social Participation for Universal Health Coverage	https://www.who.int/activities/promoting-participatory-governance-social-participation-and-accountability	Participation des communautés et d'autres parties prenantes

	https://www.uhc2030.org/fr/n otre- action/voices/redevabilite/con sultation-de-la-societe-civile- concernant-le-manuel-sur-la- participation-sociale-pour-la- csu/	
Liste des dispositifs médicaux prioritaires de l'OMS	https://www.who.int/medical _devices/priority/fr/	Médicaments et autres produits pour améliorer la santé
Directives de l'OMS concernant l'assurance de la qualité des médicaments (en anglais)	https://www.who.int/medicin es/areas/quality_safety/qualit y_assurance/guidelines/en/	Médicaments et autres produits pour améliorer la santé
Liste modèle OMS des produits essentiels pour le diagnostic in vitro (en anglais)	https://apps.who.int/iris/hand le/10665/329527	Médicaments et autres produits pour améliorer la santé
<i>Recommandation de l'OMS relative à la mobilisation communautaire pour la santé de la mère et du nouveau-né au moyen de cycles d'apprentissage et d'action participatifs avec les associations féminines sous la conduite d'animateurs</i>	https://www.who.int/materna l_child_adolescent/documents /community-mobilization- maternal-newborn/fr/	Participation des communautés et d'autres parties prenantes
<i>Recommandations de l'OMS sur les fiches de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant tenues à domicile</i>	https://www.who.int/materna l_child_adolescent/documents /home-based-records- guidelines/fr/	Suivi et évaluation
<i>WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes (en anglais)</i>	https://www.who.int/reprodu ctivehealth/publications/mate rnal_perinatal_health/preterm -birth-guideline/en/	Systèmes pour améliorer la qualité des soins
<i>WHO recommendations on newborn health (en anglais)</i>	https://www.who.int/materna l_child_adolescent/documents /newborn-health- recommendations/en/	Systèmes pour améliorer la qualité des soins

Directives de l'OMS et de l'UNICEF concernant les indicateurs des établissements de santé	https://www.who.int/healthinfo/tools_data_analysis_routine_facility/en/	Infrastructure physique
<i>Why palliative care is an essential function of primary health care</i> (en anglais)	https://apps.who.int/iris/handle/10665/328101	Modèles de soins
<i>S'engager pour la santé et la croissance : Investir dans les personnels de santé</i>	https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250100/9789242511307-fre.pdf?sequence=3	Personnel dispensant les soins de santé primaires
Working Together: A toolkit for health professionals on how to involve the public (en anglais)	https://www.weahsn.net/our-work/involving-our-patients-and-the-public/working-together/	Participation des communautés et d'autres parties prenantes Systèmes pour améliorer la qualité des soins
<i>Collaborer avec les individus, les familles et les communautés pour améliorer la santé maternelle et néonatale</i>	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_fch_rhr_0311/fr/	Participation des communautés et d'autres parties prenantes
<i>Working with individuals, families and communities to improve maternal and newborn health: a toolkit for implementation</i> (en anglais)	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/community-engagement-mnh-toolkit/en/	Participation des communautés et d'autres parties prenantes
Manuel de l'utilisateur des indicateurs des besoins en personnel par rapport à la charge de travail (WISN)	https://www.who.int/hrh/resources/wisn_user_manual/en/	Personnel dispensant les soins de santé primaires
<i>World Health Organization model list of essential medicines: 21st list 2019</i> (en anglais)	https://apps.who.int/iris/handle/10665/325771	Médicaments et autres produits pour améliorer la santé