

Bilan de 40 années de mise en œuvre des soins de santé primaires au niveau des pays

Décembre 2019

Remerciements

L'équipe chargée du présent bilan tient à remercier tous les participants à l'enquête en ligne destiné aux États Membres. Leurs points de vue et perspectives sur la mise en œuvre des soins de santé primaires au niveau national nous ont été très précieux. En outre, le travail du groupe de référence constitué pour cette étude et qui a fourni des commentaires sur la note conceptuelle et le projet de rapport a été très apprécié.

La publication des rapports d'évaluation produits par le Bureau de l'évaluation de l'OMS vise à respecter l'engagement de l'Organisation en matière de transparence grâce à la publication de toutes les évaluations terminées. Les rapports sont conçus pour stimuler un libre échange d'idées entre les personnes intéressées par le sujet et pour assurer à ceux qui soutiennent le travail de l'OMS qu'elle examine de manière rigoureuse ses stratégies, ses résultats et son efficacité globale.

L'analyse et les recommandations de ce rapport sont celles de l'équipe d'évaluation indépendante et ne reflètent pas nécessairement les vues de l'Organisation mondiale de la Santé. Il s'agit d'une publication indépendante du Bureau OMS de l'évaluation. Le texte n'a pas été édité conformément aux normes de publication officielles et l'OMS n'accepte aucune responsabilité due aux erreurs. Les appellations employées dans la présente publication n'impliquent aucune prise de position quant au statut juridique des pays ou territoires, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

Toute demande de renseignements concernant cette évaluation doit être adressée à :

Bureau de l'évaluation, Organisation mondiale de la Santé

Email : evaluation@who.int

Table des matières

Contents

| | |
|--|----|
| Résumé d'orientation | i |
| 1. Contexte..... | 1 |
| 2. Méthodologie..... | 5 |
| 3. Conclusions | 8 |
| Conclusions du questionnaire destiné aux États Membres..... | 8 |
| Conclusions de l'examen documentaire..... | 23 |
| 3.1. Progrès dans la mise en œuvre des SSP : principales réalisations..... | 23 |
| 3.2. Défis dans la mise en œuvre des SSP : principales lacunes | 28 |
| 3.3. Facteurs clés influant sur la mise en œuvre des SSP | 33 |
| Principales conclusions | 39 |
| 4. Conclusions et prochaines étapes..... | 45 |
| Annexe 1: Termes de référence | 53 |
| Annex 2: Questionnaire en ligne a l'intention des États Membres | 55 |
| Annexe 3 : Liste des documents examinés | 60 |

Acronymes et abréviations

| | |
|--------|--|
| ANE | acteur non étatique |
| CSU | couverture sanitaire universelle |
| MNT | maladie non transmissible |
| MT | maladie transmissible |
| OBC | organisation à base communautaire |
| ODD | objectif de développement durable |
| OMD | objectif du Millénaire pour le développement |
| OMS | Organisation mondiale de la Santé |
| ONG | organisation non gouvernementale |
| OSC | organisation de la société civile |
| PIB | produit intérieur brut |
| SIS | systèmes d'information sanitaire |
| SSP | soins de santé primaires |
| TIC | technologies de l'information et de la communication |
| UNICEF | Fonds des Nations Unies pour l'enfance |

Résumé d'orientation

Contexte

Dans la Déclaration d’Alma-Ata de 1978, les États Membres signataires de ce document fondateur « [ont souligné] la nécessité d’une action urgente de tous les gouvernements, de tous les personnels des secteurs de la santé et du développement ainsi que de la communauté internationale pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde ».¹ Ce faisant, ils ont affirmé leur engagement en faveur des principes fondamentaux des soins de santé primaires : la santé en tant que droit humain qui est à la base du développement économique et social comme de la paix mondiale ; la santé en tant qu’état ne consistant pas seulement en l’absence de maladie ou d’infirmité ; l’équité en santé à la fois entre les pays et au sein d’un même pays ; et les rôles et les responsabilités des gouvernements vis-à-vis de la santé de leurs populations, et des individus pour ce qui est de la participation à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui leur sont destinés. En fixant l’objectif de « donner à tous les peuples du monde, d’ici l’an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive », les États Membres ont placé les soins de santé primaires au centre de cet objectif et ont énoncé les éléments essentiels des soins de santé primaires décrits ailleurs dans le présent rapport. Les États Membres ont souligné qu’il était nécessaire « que s’affirme la volonté politique de mobiliser les ressources [de leurs pays respectifs] et d’utiliser rationnellement les ressources extérieures disponibles », et que l’OMS, l’UNICEF et d’autres organisations internationales les soutiennent dans leurs efforts.

Bien que le concept des soins de santé primaires se soit traduit de multiples façons au cours du temps et dans différents contextes, aux fins du présent bilan, la définition globale mise au point par l’OMS et l’UNICEF dans le document présentant leur vision commune des soins de santé primaires fournit l’éclairage au moyen duquel les progrès mondiaux, les réalisations et les succès obtenus, les meilleures pratiques et les principaux problèmes rencontrés ont été mis en lumière dans le présent bilan. Cette définition décrit les soins de santé primaires comme étant :

une approche de la santé tenant compte de la société dans son ensemble qui vise à garantir le niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible et sa répartition équitable en accordant la priorité aux besoins et aux préférences des populations (en tant qu’individus, familles et communautés) le plus tôt possible tout au long de la chaîne de soins allant de la promotion de la santé et de la prévention des maladies au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs, et en restant le plus proche possible de l’environnement quotidien des populations.²

Une distinction claire est établie entre le terme « soins de santé primaires » et le terme très proche de « soins primaires », qui fait référence à l’organisation des services de santé de base principalement au premier niveau de soins. En tant que tels, les soins primaires représentent un élément important des soins de santé primaires, mais se distinguent aussi clairement du concept beaucoup plus large des soins de santé primaires en tant qu’approche globale de la santé.

¹ Déclaration d’Alma-Ata sur les soins de santé primaires, Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/113882/E93945.pdf?ua=1, consulté le 28 octobre 2019).

² *A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals*. Genève, Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l’enfance (UNICEF), 2018 (WHO/HIS/SDS/2018.X, <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision.pdf>, consulté le 28 octobre 2019).

À l'occasion du quarantième anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata, les participants à la Conférence internationale sur les soins de santé primaires qui s'est tenue à Astana (Kazakhstan) les 25 et 26 octobre 2018 ont publié la Déclaration d'Astana « réaffirmant les engagements pris dans la Déclaration ambitieuse et visionnaire d'Alma-Ata de 1978 et dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030, pour parvenir à la santé pour tous ».³ Ce faisant, ils se sont engagés à « faire des choix politiques ambitieux pour la santé dans tous les secteurs », à « construire des soins de santé primaires durables », à « donner aux individus et aux communautés les moyens d'agir » et à « aligner le soutien des parties prenantes sur les politiques, les stratégies et les plans nationaux », notamment par les connaissances et le renforcement des capacités, les ressources humaines pour la santé, les technologies et le financement.

Dans ce contexte, lors de sa cent quarante-deuxième session en janvier 2018, le Conseil exécutif de l'OMS a demandé un bilan de 40 années de mise en œuvre des soins de santé primaires au niveau des pays.⁴ Les modalités de ce bilan ont été présentées à la cent quarante-quatrième session du Conseil exécutif en janvier 2019, et le Conseil en a pris note.⁵

Le bilan a porté sur les 40 années écoulées depuis la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, adoptée en 1978, jusqu'en 2018. Outre le recensement des réalisations obtenues, des problèmes rencontrés, des enseignements tirés et des meilleures pratiques associées aux soins de santé primaires d'une manière générale jusqu'en 2018, le bilan avait aussi pour objectif de formuler des recommandations sur les mesures à prendre pour accélérer l'application de stratégies et de plans nationaux, régionaux et mondiaux en faveur de la couverture sanitaire universelle, des soins de santé primaires et des objectifs de développement durable. Pour offrir cet angle de vue tourné vers l'avenir, le bilan a intégré à son analyse rétrospective un examen visant à déterminer si les efforts en matière de soins de santé primaires avaient contribué à la réalisation de la couverture sanitaire universelle et de l'objectif 3 de développement durable (Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge) et des cibles qui lui sont associées, et de quelle manière. Deux fils conducteurs ont contribué concrètement à structurer le bilan à cet égard.

- **Rôle des soins de santé primaires dans la réalisation de la couverture sanitaire universelle.** Le document sur la vision des soins de santé primaires exposée par l'OMS et l'UNICEF présente les différents moyens par lesquels chacun des principaux composants des soins de santé primaires (à savoir les soins primaires et les fonctions de santé publique essentielles, les politiques et l'action multisectorielles, et les individus et les communautés dotés des moyens d'agir) contribue à renforcer la couverture sanitaire universelle, selon trois aspects majeurs favorisant sa mise en œuvre, notamment par : i) la promotion de la protection financière/la réduction des dépenses des ménages consacrées à la santé ; ii) des services, des médicaments et des vaccins de qualité ; et iii) un accès équitable. L'examen a explicitement pris la mesure des réalisations et des problèmes rencontrés dans ces trois domaines afin d'identifier les meilleures pratiques et les enseignements à retenir pour l'avenir. Deux documents publiés plus récemment réitèrent ce lien. Le récent rapport mondial de suivi 2019 de l'OMS sur la couverture sanitaire universelle définit les soins de santé primaires comme « le moteur programmatique de la [couverture sanitaire universelle] [dans la plupart des situations] »,⁶ et ce de diverses façons : ces soins

³ Déclaration d'Astana. Genève, Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), 2018 (WHO/HIS/SDS/2018.61, <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-fr.pdf>, consulté le 28 octobre 2019).

⁴ Voir le document EB142/2018/REC/2, procès-verbaux de la cent quarante-deuxième session du Conseil exécutif, onzième séance, section 2 (en anglais seulement).

⁵ Voir le document EB144/51 et le document EB144/2019/REC/2, procès-verbaux de la cent quarante-quatrième session du Conseil exécutif, quinzième séance, section 3 (en anglais seulement).

⁶ Les soins de santé primaires sur la voie de la couverture sanitaire universelle : Rapport de suivi 2019. Organisation mondiale de la Santé, 2019 (https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2019/en/, résumé d'orientation en

mettent l'accent sur l'autonomisation des communautés et la responsabilité sociale ; ils sont de nature multisectorielle et reconnaissent le lien entre la santé et les autres secteurs ; ils permettent d'intégrer des services distincts de manière globale ; ils mettent l'accent sur le rapport coût/efficacité en répondant aux besoins en santé des personnes au plus près de leur domicile et de leur communauté, et visent l'équité pour garantir une couverture à tous. Ce lien a été réaffirmé par les États Membres à la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la couverture sanitaire universelle tenue le 23 septembre 2019, au cours de laquelle il a été fait référence aux soins de santé primaires en tant que « pierre angulaire d'un système de santé durable et propice à la mise en place de la couverture sanitaire universelle et à la réalisation des objectifs de développement durable liés à la santé ».⁷

- **Rôle des soins de santé primaires dans la réalisation des objectifs de développement durable.** Dans le cadre du bilan, l'intersection conceptuelle entre les principales caractéristiques des soins de santé primaires/de la couverture sanitaire universelle et les objectifs de développement durable (en particulier l'objectif 3) a été examinée, les pays s'étant engagés par le Programme de développement durable à l'horizon 2030 à réaliser la couverture sanitaire universelle d'ici à 2030. Les éléments des soins de santé primaires qui sont spécifiquement mentionnés dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030 comme moyen de parvenir à la couverture sanitaire universelle sont notamment : la protection contre le risque financier ; l'accès à des services de soins de santé essentiels de qualité ; et l'accès de tous à des médicaments et des vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et abordables. En outre, comme il est indiqué plus haut, la réunion de haut niveau de septembre 2019 a souligné que les soins de santé primaires constituaient « la pierre angulaire » d'un système de santé propice à la réalisation des objectifs de développement durable.

Le bilan visait à évaluer les progrès accomplis au niveau mondial en vue de la mise en œuvre des soins de santé primaires au moyen de deux sources d'information complémentaires : un examen systématique des sources de données existantes publiées ; et une évaluation de la mise en œuvre au niveau des pays grâce à la collaboration des États Membres et aux éléments obtenus au moyen d'un questionnaire en ligne destiné à tous les États Membres. L'**examen documentaire** a consisté en un examen des rapports des six Régions de l'OMS et en une analyse et une synthèse de documents de haut niveau et de rapports portant sur des études de cas au niveau des pays. Un **questionnaire en ligne destiné à tous les États Membres** a été lancé dans les six langues officielles de l'Organisation sur une plateforme électronique OMS sécurisée. Quatre-vingt-quatorze États Membres ont désigné des points focaux et un total de 50 réponses ont été reçues.⁸

L'ensemble du processus et l'approche méthodologique ont suivi les principes énoncés dans le manuel OMS sur la pratique de l'évaluation (*WHO Evaluation Practice Handbook*)⁹ et les normes et lignes directrices éthiques pour l'évaluation du Groupe des Nations Unies pour l'évaluation.¹⁰ On a aussi tenu compte des stratégies d'évaluation transversale de l'OMS concernant le genre, l'équité, les

français : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328922/WHO-HIS-HGF-19.1-fre.pdf?ua=1>, consultés le 28 octobre 2019).

⁷ Déclaration politique issue de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle. Couverture sanitaire universelle : œuvrer ensemble pour un monde en meilleure santé. Document A/RES/74/2 (<https://undocs.org/fr/A/RES/74/2>, consulté le 28 octobre 2019).

⁸ Des réponses ont été reçues de 49 États Membres et d'un territoire.

⁹ *WHO Evaluation Practice Handbook*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/96311/9789241548687_eng.pdf;jsessionid=B9451D6A553A070BADE75ED7E874F623?sequence=1, consulté le 29 octobre 2019).

¹⁰ *Normes et règles d'évaluation*. New York, Groupe des Nations Unies pour l'évaluation, 2017 (<http://www.unevaluation.org/document/download/2700>) et UNEG Ethical Guidelines for Evaluation, United Nations Evaluation Group Foundation Document (UNEG/FN/ETH(2008), <http://www.unevaluation.org/document/detail/102>) (consultés le 29 octobre 2019).

populations vulnérables et les droits humains et l'on a utilisé, dans la mesure du possible, une analyse et des données ventilées. Les données issues de l'enquête en ligne et de l'examen documentaire ont fait l'objet de vérifications croisées, et ont été vérifiées et validées pour en garantir l'exactitude et la cohérence.

Principales conclusions

Les principales conclusions issues de l'examen documentaire et du questionnaire en ligne sont résumées sous forme de réponses aux quatre questions ci-dessous :

a) **Quels ont été les problèmes rencontrés et les facteurs qui ont favorisé l'élaboration et la mise en œuvre des approches de soins de santé primaires dans les pays au cours des 40 dernières années ?**

Les **principaux facteurs qui ont favorisé l'élaboration et la mise en œuvre des approches de soins de santé primaires dans les pays au cours des 40 dernières années et qui ont été mentionnés dans le cadre du bilan** sont les suivants :

i) *Volonté politique et bonne gouvernance.* Les États Membres ayant répondu au questionnaire ont mis en lumière le rôle joué par les fonctionnaires des ministères, les responsables politiques et autres dirigeants qui ont la volonté et les capacités de défendre et d'adopter une législation, et de mettre en œuvre des réformes de la santé à l'appui des soins de santé primaires. Toutefois, il a aussi été noté que des dispositions institutionnelles officielles telles que des commissions ministérielles créées pour superviser les soins de santé primaires contribuent à assurer que les avancées sont maintenues au-delà des cycles électoraux.

ii) *Promotion des réformes dans le domaine de la santé.* Les réformes visant à réorienter les systèmes de soins de santé vers les soins de santé primaires prennent du temps et ne sont souvent consolidées qu'après des changements progressifs survenus au cours de plusieurs décennies. Elles portent sur divers aspects du système de santé tels que la législation relative à la couverture sanitaire universelle, l'augmentation du financement et la mise en commun des risques financiers, les initiatives de promotion de l'équité, les systèmes d'information sanitaire et les autres usages de la technologie.

iii) *Renforcement des systèmes de santé dans l'optique des soins de santé primaires.* Ce vaste domaine englobe la nécessité de veiller à la participation communautaire et à la collaboration intersectorielle.

iv) *Amélioration de l'accès aux initiatives programmatiques essentielles.* Parmi celles-ci figurent les initiatives relatives aux soins destinés à la mère et à l'enfant, à la nutrition, à la vaccination, aux soins et au traitement des maladies non transmissibles et à d'autres éléments essentiels des systèmes de soins de santé primaires.

v) *Partenariats.* Il s'agit notamment de la collaboration des autorités publiques avec la société civile, des organisations non gouvernementales, des organisations communautaires et des entités du secteur privé.

vi) *Gestion de l'organisation des soins.* On peut notamment citer les changements dans la gestion de l'organisation des soins, en particulier la mise en place d'une médecine de famille et/ou d'équipes multidisciplinaires et l'introduction du dépistage à l'échelle du pays ou de mesures préventives en matière de soins.

Bon nombre des **principaux problèmes rencontrés** recensés dans le cadre du bilan représentent l'inverse des facteurs favorables décrits ci-dessus. On peut également citer les problèmes suivants :

- i) *Ressources humaines pour la santé.* Le personnel de santé est l'un des principaux problèmes identifiés dans le questionnaire en ligne comme dans l'examen documentaire, et en particulier la répartition des agents de santé (disparités entre zones urbaines et zones rurales) au sein des pays, ainsi que le recrutement international des professionnels de la santé et le phénomène de la fuite des cerveaux. Le niveau élevé de rotation du personnel (résultant des départs) et l'absence de mesures d'incitation encourageant les membres du personnel à poursuivre leur formation professionnelle à la fois pour progresser et pour conserver les compétences et qualifications requises ont aussi été notés. Les difficultés rencontrées pour conserver un personnel de santé suffisamment qualifié sont particulièrement criantes dans les zones éloignées et mal desservies.
- ii) *Ressources financières limitées.* Ce problème peut être dû à un ralentissement économique ou à un contexte politique en mutation, ou encore à des allocations budgétaires inadaptées résultant d'une distorsion inappropriée en faveur des soins secondaires et tertiaires (qui sont plus coûteux). Les soins de santé primaires éprouvent souvent des difficultés à attirer un financement suffisant par rapport aux demandes émanant des soins secondaires et tertiaires. La réduction des budgets de santé publique a des conséquences négatives pour les groupes vulnérables, de même que les paiements exigés des utilisateurs et les augmentations dans les coûts directs.
- iii) *Cadres politiques inappropriés.* Une mauvaise coordination des politiques entre les secteurs et des lacunes dans certaines politiques liées aux soins de santé primaires ont été citées comme posant particulièrement problème. Il ressort des réponses au questionnaire que le manque de clarté du programme politique était un obstacle à l'élaboration et à la mise en œuvre des soins de santé primaires. Une coordination insuffisante des politiques au sein du gouvernement, combinée à une mauvaise coordination des politiques entre le gouvernement et les autres parties prenantes, a été signalée comme un exemple de ce type d'obstacles. L'existence de lacunes dans la législation relative aux soins de santé primaires dans les pays concernés a également été mentionnée dans certaines réponses.
- iv) *Médiocre qualité des services de santé.* Même lorsqu'une couverture universelle et complète existe ou sera probablement mise en place, l'accès en temps voulu à des services de santé de qualité est mentionné comme posant problème. L'examen documentaire a permis de noter des pénuries chroniques de personnel qualifié, de matériel et de fournitures, combinées à une absence de normes de base dans la prestation des soins de santé ou à une application insuffisante de ces normes lorsqu'elles existent, ce qui exacerbe davantage les inégalités dans l'accès à des soins de santé de qualité.
- v) *Systèmes d'information sanitaire.* L'information sanitaire est essentielle pour favoriser la compréhension des besoins sanitaires de la population, pour assurer le suivi des services et pour entreprendre une planification et prendre des décisions en matière de programmation sur la base de données factuelles. La prise de décisions sur la base de données factuelles est souvent limitée par les difficultés soulevées par la médiocre qualité des données, la disponibilité restreinte de ces données et la sous-utilisation des données disponibles. L'absence d'interopérabilité entre les systèmes d'information existants au niveau national se traduit par la collecte, par des entités différentes, d'informations (souvent redondantes) qui ne peuvent être partagées entre les institutions nationales.
- vi) *Problèmes spécifiques à des contextes particuliers, liés aux inégalités en santé et aux obstacles à l'accès.* Ces problèmes sont ceux rencontrés par les groupes vulnérables tels que les

femmes, les populations socioéconomiquement défavorisées, les habitants des zones rurales, les réfugiés et les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays, les minorités ethniques et les autres groupes marginalisés.

b) Comment les soins de santé primaires et les innovations qui s'y rapportent ont-ils contribué à l'amélioration des résultats en matière de santé, de l'équité, de la collaboration intersectorielle et de l'efficacité ?

i) *Amélioration des résultats en matière de santé.* Les États Membres ayant répondu au questionnaire ont mentionné l'amélioration de la santé de leurs populations comme l'une des principales réalisations de la mise en œuvre des soins de santé primaires, et ont cité, par exemple, les progrès dans la santé de la mère et les soins de l'enfant, la réduction des maladies transmissibles, un taux élevé de couverture vaccinale et les avancées de la lutte contre les maladies évitables par la vaccination, ainsi que l'amélioration de l'espérance de vie. Dans un nombre plus restreint de réponses est mentionnée la réduction des facteurs de risque des maladies non transmissibles tels que le tabagisme et la consommation d'alcool.

ii) *Améliorations dans l'équité.* S'agissant de l'équité, des droits humains et des besoins des groupes vulnérables, des politiques et des stratégies ont été mises au point qui orientent la communauté mondiale de la santé au plus proche des objectifs fixés dans les Déclarations d'Alma-Ata et d'Astana, ainsi que des objectifs du Millénaire pour le développement et des objectifs de développement durable. Parmi ces améliorations figurent l'équité dans l'accès géographique aux services (entre les zones urbaines et rurales/isolées par exemple) et l'amélioration de l'équité entre les différents groupes socioéconomiques dans certains pays.

iii) *Décentralisation de la prise de décisions et amélioration de la responsabilisation.* La décentralisation de la prise de décisions au profit des niveaux infranationaux de gouvernement (municipaux et régionaux par exemple) et les responsabilités accrues qui leur sont dévolues ont permis d'intégrer les soins de santé et les services de protection sociale, d'améliorer la coordination des services avec les soins secondaires et de renforcer les activités de prévention. Les réformes entreprises dans les systèmes de soins de santé décentralisés de certains pays (des niveaux régionaux aux niveaux locaux) ont permis de réorienter les soins de santé primaires en faveur des familles et des communautés.

iv) *Les individus et les communautés sont dotés des moyens d'agir.* Grâce à l'amélioration de l'éducation, de la promotion de la santé et des communications, les individus, les familles et les communautés apprennent à prendre en charge leur propre santé. De nombreux pays permettent désormais à leurs patients de choisir leur médecin de famille. La fourniture de services à des groupes de population spécifiques tels que les réfugiés, les personnes âgées ou les personnes handicapées facilite l'accès à la santé et améliore l'équité en santé.

v) *Innovations pour améliorer les résultats dans le domaine des soins primaires et la prestation des services.* Les initiatives telles que les régimes publics d'assurance-maladie et d'autres mécanismes de financement ont permis de lutter contre les disparités socioéconomiques et ont rendu les soins plus accessibles. D'autres innovations, telles que les systèmes de paiement fondés sur les résultats, ont permis d'améliorer les soins de santé primaires dans certains pays, tandis que l'utilisation des systèmes de cybersanté a renforcé la création de réseaux et le partage des informations entre disciplines médicales et a amélioré la qualité des soins de santé.

vi) *Progrès dans les technologies d'information et de communication.* Sous ce point figurent les progrès dans les télécommunications, Internet, l'utilisation des dossiers médicaux électroniques et la mise au point des applications de cybersanté (télésanté, applications pour

appareils mobiles, consultations électroniques). Les applications mobiles et la télémédecine ont rendu le travail dans les zones isolées, où vivent de nombreuses personnes vulnérables et pauvres, plus attractif pour le personnel de santé dans de nombreux lieux. Les ressources technologiques ont été utilisées pour renforcer le rôle du personnel de santé et pour fournir une formation et une éducation visant à le doter des connaissances et des compétences nécessaires pour gérer efficacement les défis actuels et futurs en matière de santé.

c) **Quelles approches intersectorielles a-t-on mises en œuvre pour les soins de santé primaires ?**

- i) *Approche de la santé mobilisant l'ensemble de la société.* Les soins de santé primaires représentant une approche de la santé tenant compte de l'ensemble de la société, la nature et la portée de la collaboration intersectorielle constituent une dimension importante des progrès réalisés. L'examen documentaire a révélé la richesse des approches intersectorielles élaborées et adoptées depuis 1978, allant de la planification et de la mise en œuvre intersectorielles d'initiatives communes à plusieurs secteurs dans les communautés rurales à la mise en œuvre au niveau national.
- ii) *Approches fondées sur le principe de la santé dans toutes les politiques.* Dans leurs réponses au questionnaire en ligne, plusieurs États Membres ont mentionné l'adoption d'approches fondées sur le principe de la santé dans toutes les politiques qui ont encouragé les organismes publics à évaluer les impacts sanitaires et à en tenir compte dans l'élaboration des politiques ou de la législation.
- iii) *Collaboration et coordination interministérielles (horizontales).* Il existe de nombreux exemples de la collaboration entre divers ministères (au-delà des ministères de la santé), par exemple la collaboration entre les ministères de la santé, de l'éducation et de l'agriculture pour les programmes d'alimentation et de nutrition dans les écoles. Les secteurs de la santé et de l'éducation collaborent aussi pour garantir que les programmes de santé scolaire prévoient des obligations de vaccination en fonction de l'âge avant l'entrée à l'école. D'autres exemples d'action intersectorielle existent pour une large gamme de sujets parmi lesquels figurent la préparation et la riposte aux catastrophes naturelles, la santé environnementale, la sécurité routière, l'eau et l'assainissement, la sécurité alimentaire, la préparation aux pandémies dans l'ensemble de la société, et les mesures pour lutter contre les maladies non transmissibles.
- iv) *Collaboration et coordination intergouvernementales (verticales).* Elles peuvent avoir lieu entre différents niveaux de gouvernement (au niveau local, des États ou au niveau fédéral par exemple).
- v) *Collaboration et coordination entre le gouvernement et les acteurs non étatiques.* Il s'agit notamment de la collaboration et de la coordination entre les secteurs public et privé.
- vi) *Niveau communautaire.* Pour améliorer les services sociaux et les services de santé, plusieurs pays ont choisi de fusionner en une seule entité les organismes du secteur de la santé et ceux qui sont responsables des autres services de protection sociale, afin d'assurer une meilleure coordination du financement et des prestations. Dans certaines réponses à l'enquête, il est indiqué qu'une telle démarche offre des perspectives encourageantes pour le renforcement de la coordination et l'intégration des services, d'autant plus pour les groupes particulièrement vulnérables tels que les personnes âgées, les personnes atteintes de troubles de la santé mentale et les personnes faisant un usage abusif de l'alcool ou de substances psychoactives.

vii) *Collaboration au sein du secteur de la santé.* L'examen documentaire a montré que les gouvernements ont aussi encouragé les partenariats pour les soins intégrés entre les représentants des organisations bénévoles et des communautés et les utilisateurs des services dans le cadre de réseaux de collaboration, pour répondre de façon innovante aux besoins des communautés locales. La coordination intersectorielle entre les entités du secteur de la santé suppose une collaboration plus étroite entre les secteurs public et privé, mobilisant les médecins généralistes, le système de médecine familiale, les laboratoires, les fournisseurs de matériel médical et de médicaments, ainsi qu'un renforcement des systèmes d'orientation (coordination verticale entre soins primaires, secondaires et tertiaires).

d) **Quels enseignements et innovations de différents contextes techniques et de développement au niveau des pays et des Régions peut-on adapter et échanger pour promouvoir et renforcer les efforts futurs en matière de couverture sanitaire universelle et de soins de santé primaires ?**

i) *Volonté politique, bonne gouvernance et leadership.* Ces éléments sont nécessaires au succès des soins de santé primaires, y compris moyennant un engagement en faveur de leur financement. La bonne gouvernance est mentionnée comme étant la pierre angulaire de la réalisation des objectifs en matière de soins de santé primaires, le plus fréquemment en garantissant que des politiques et des stratégies cohérentes, centrées sur la personne, sont en place pour promouvoir la santé et le bien-être de la population.

ii) *Les soins de santé primaires favorisent l'utilisation efficace des ressources financières pour la santé.* Les soins primaires jouent un rôle de filtre dans le cadre des soins de santé primaires et permettent de prévenir l'usage excessif des soins spécialisés dans les services secondaires et tertiaires et de réduire les coûts. Ce rôle de filtre dépend de la qualité et de la formation du personnel des soins de santé primaires, et doit s'appuyer sur des politiques bien conçues, des systèmes d'orientation opérationnels et des cadres réglementaires, qui sont essentiels pour réduire les coûts de santé pour les systèmes de santé et les patients. Améliorer la responsabilisation et la transparence dans l'utilisation des fonds est important pour les États Membres, et le financement des soins de santé primaires doit être prévisible et suffisant. Les régimes d'assurance-maladie et des partenariats public-privé novateurs peuvent aussi conduire à des améliorations dans les résultats en matière de santé.

iii) *Un personnel de santé bien formé est nécessaire pour une mise en œuvre réussie des soins de santé primaires.* Un système de soins de santé primaires efficace nécessite un personnel de santé qualifié et des équipes interdisciplinaires. Obtenir un personnel de santé qui soit adapté en termes d'effectifs et de compétences dépend de la qualité de l'éducation et de la formation dans le domaine de la santé, des niveaux de salaire et des cadres réglementaires. L'équité dans l'accès et les soins est liée à la taille des effectifs des personnels de santé qui doivent être suffisamment motivés (financièrement notamment) pour travailler au sein des populations les plus isolées et les plus défavorisées.

iv) *La participation des communautés et des consommateurs engagés permettent d'améliorer l'accès aux soins et leur qualité.* Une participation qui n'exclut personne est indispensable pour garantir que les systèmes de santé restent centrés sur la personne et que les solutions sont adaptées aux besoins des communautés. Solliciter la collaboration des utilisateurs des services de soins de santé primaires avec les responsables des politiques au niveau local est important pour un système de soins de santé primaires réussi. Il est aussi important de veiller à l'existence de cadres réglementaires appropriés et de mécanismes de responsabilisation dans les systèmes de santé.

v) *Les mesures qui reposent sur des données factuelles nécessitent des améliorations dans la collecte et l'utilisation des données.* Dans le cadre de l'examen documentaire, les approches s'appuyant sur les données et les éléments probants sont apparues comme essentielles pour une mise en œuvre efficace et économiquement rationnelle des soins de santé primaires. Pour que les gouvernements et les membres du personnel de santé prennent des décisions en toute connaissance de cause, la production et l'utilisation des données et des éléments probants sont cruciales. Toutefois, la capacité des gouvernements à collecter, analyser et utiliser les données est souvent soumise à des contraintes importantes.

Conclusions et prochaines étapes

Progrès mondiaux vers la mise en œuvre des soins de santé primaires

Comme les États Membres l'ont constaté dans leur autoévaluation globalement positive des progrès accomplis par leurs pays respectifs depuis la Déclaration d'Alma-Ata, les 40 dernières années ont vu s'accomplir un nombre de réalisations importantes dans le domaine de la mise en œuvre des soins de santé primaires. De nombreux indicateurs de santé ont continué à s'améliorer dans la plupart des pays et, globalement, les populations sont en meilleure santé et vivent plus longtemps aujourd'hui qu'il y a 40 ans. En conséquence, de nombreux États Membres ont mis l'accent sur le résultat final des améliorations à la fois dans le niveau de santé de leurs populations et l'équité en santé, comme étant l'une des principales réalisations obtenues au cours des quatre dernières décennies. Comme le bilan effectué l'a montré, divers aspects de la mise en œuvre des soins de santé primaires ont été considérés comme ayant joué un rôle dans ces résultats, avec des progrès particulièrement remarquables dans la couverture des soins de santé essentiels, la couverture vaccinale, et la lutte contre un certain nombre de maladies infectieuses et l'éradication de celles-ci. Dans de nombreux pays, ces réalisations ont été obtenues non seulement dans la population dans son ensemble, mais aussi au sein de segments de la population traditionnellement marginalisés ou particulièrement vulnérables pour des raisons géographiques et socioéconomiques ; de ce fait, ces pays ont accompli des progrès notables vers les objectifs d'équité inhérents aux soins de santé primaires.

À la base de ces réalisations figurent des changements dans les politiques visant à intégrer les principes et les objectifs des soins de santé primaires dans les systèmes de santé des pays. Dans certains pays, ces changements dans les politiques ont conduit à des améliorations ciblées et progressives de certains aspects des systèmes de santé existants. Dans d'autres pays, ces changements ont abouti à une réforme plus fondamentale des systèmes de santé des pays pour les aligner sur les principes et objectifs des soins de santé primaires pour parvenir à des soins équitables, efficaces, efficaces et adaptés aux besoins. Dans de nombreux pays, ces mesures politiques se sont traduites par une augmentation des dépenses consacrées aux systèmes de santé et en particulier aux systèmes de santé axés sur les soins de santé primaires.

L'un des principaux éléments de ces réformes a été le passage à une collaboration intersectorielle plus étroite. Ces approches intersectorielles ont supposé, d'abord et avant tout, une collaboration entre les ministères de la santé et divers autres ministères dont les travaux consolident les objectifs du secteur de la santé. Il convient de noter que d'autres niveaux de collaboration ont été inclus dans ces approches, notamment une collaboration renforcée parmi les diverses professions et disciplines de santé ; une collaboration entre les divers secteurs de la société (y compris les organisations de la société civile, les organisations non gouvernementales et les organisations à base communautaire) et plus généralement entre les gouvernements et les acteurs non étatiques ; et une collaboration entre les différents niveaux de gouvernement et de l'administration publique (les autorités sanitaires aux niveaux national, régional et local, par exemple), ainsi qu'au sein de ceux-ci. Cette démarche associant l'ensemble du gouvernement et de la société, et reposant sur le principe de la santé dans toutes les politiques, constitue en elle-même une avancée pour de nombreux pays.

Il ressort du bilan effectué que la mise en œuvre des soins de santé primaires n'a pas été une simple formule, mais qu'elle a été réalisée moyennant une large gamme d'innovations qui constituent en elles-mêmes les composantes des avancées obtenues. La deuxième moitié de l'ère post-Alma-Ata a été une période de progrès considérables dans les technologies de l'information et de la communication qui ont révolutionné la prestation des soins de santé primaires. Des innovations ont toutefois aussi eu lieu en suivant des voies moins proches de la technologie. Ainsi, certaines de ces innovations se sont attachées à améliorer la prestation des services ou la gestion des soins de santé primaires ; d'autres, à la fois structurelles et administratives, ont décentralisé la prise de décisions vers des niveaux de gouvernement plus proches des populations desservies ; tandis que d'autres encore ont mis l'accent sur des initiatives donnant aux communautés et aux individus eux-mêmes les moyens de jouer un rôle plus actif dans leur santé. Une série d'innovations ont en outre été axées sur le renforcement des ressources pour la santé, à la fois des ressources financières et des ressources humaines.

Bien que de vastes progrès aient été obtenus dans les résultats sanitaires au cours des quatre dernières décennies, il est difficile de déterminer dans quelle mesure ces progrès peuvent être attribués directement à la mise en œuvre des soins de santé primaires. Ces lacunes dans les informations disponibles ne sont pas surprenantes, les discussions entourant le Programme de développement durable à l'horizon 2030 et les objectifs de développement durable ayant pointé du doigt les insuffisances dans les données au niveau des résultats à l'échelle mondiale. Cela étant, de nombreux États Membres considèrent néanmoins que la mise en œuvre des soins de santé primaires a bien contribué à l'amélioration générale des résultats sanitaires comme de l'équité.

Malgré les importants progrès réalisés à l'échelle mondiale dans la mise en œuvre des soins de santé primaires, le bilan a mis en lumière la disparité de ces progrès entre les pays et à l'intérieur d'un même pays, synonyme de défis persistants à relever pour parvenir à l'équité. Au-delà de cette difficulté générale, le bilan a recensé une large gamme de domaines où les efforts pour atteindre les objectifs des soins de santé primaires ont été frustrés. Bien que de nombreux progrès notables aient été accomplis dans certains pays, le domaine des ressources humaines pour la santé est un problème de longue date et reste un défi majeur dans le cadre des efforts de mise en œuvre des soins de santé primaires de la plupart des pays. De même, bien que la plupart des pays, quel que soit leur stade de développement, aient augmenté leur financement pour les soins de santé primaires, le financement de la santé reste insuffisant, notamment compte tenu d'une augmentation de la demande de soins, de la hausse des coûts des soins de santé et de la volatilité économique. Malgré des progrès considérables dans les technologies de l'information et de la communication, ces progrès n'ont pas toujours été utilisés efficacement et mis à profit à l'échelle voulue pour avoir une incidence positive sur la santé et le bien-être et, dans de nombreux pays, les données sont de médiocre qualité, limitées ou inexistantes, ou disponibles mais sous-utilisées.

Une autre vaste catégorie de défis a trait aux nombreuses facettes de la qualité des soins. Au niveau le plus large, de nombreux États Membres ont indiqué que la faible qualité des services, les longs temps d'attente et la difficulté pour obtenir des rendez-vous médicaux représentaient certains des principaux défis. Dans les États Membres où les praticiens des soins primaires jouent un rôle de filtre afin de réduire les demandes inappropriées de soins secondaires et institutionnels, les processus d'orientation ne fonctionnent pas toujours comme ils le devraient, contribuant à une fragmentation ou à des erreurs d'orientation dans les soins. Ailleurs, en particulier dans les pays en proie à des conflits, la faiblesse des infrastructures dans le domaine de la santé est un facteur important qui a une incidence négative sur la qualité des soins.

Au niveau le plus élevé, un défi majeur souligné par le bilan porte sur l'esprit même des Déclarations d'Alma-Ata et d'Astana : la volonté politique des gouvernements de mettre en œuvre les soins de santé primaires, y compris le domaine apparenté de la gouvernance. De nombreux États Membres

indiquent qu'ils sont toujours confrontés à des difficultés pour générer et maintenir durablement cette volonté politique. Dans d'autres pays, la volonté politique peut être présente mais le contexte politique n'est pas propice aux changements ambitieux nécessaires pour mettre en œuvre les soins de santé primaires : il est fréquent que les calendriers politiques, la conception et la cohérence des politiques, ainsi que la gouvernance, ne soient pas à la hauteur, tout comme le cadre réglementaire des soins de santé primaires. Dans certains pays, la collaboration du gouvernement avec les acteurs non étatiques est limitée. Dans d'autres, l'instabilité politique ou les conflits ont fortement entravé les efforts de mise en œuvre des soins de santé primaires.

Le bilan a mis en évidence un grand nombre de facteurs souvent étroitement liés les uns aux autres qui permettent d'expliquer l'éventail des avancées obtenues et des difficultés rencontrées au cours des quatre décennies écoulées. La volonté politique est par exemple l'un des facteurs clés régulièrement mentionné comme contribuant à la mise en œuvre des soins de santé primaires, tandis que son absence est considérée comme une difficulté essentielle pour de nombreux États Membres. Inversement, les mesures de protection financière sont signalées comme ayant une incidence positive sur la mise en œuvre des soins de santé primaires et comme une avancée dans de nombreux pays. Parmi les autres facteurs clés figurent notamment : le dynamisme des organisations de la société civile et le niveau de participation des autres acteurs non étatiques dans un pays donné ; la disponibilité et la répartition efficace de ressources humaines qualifiées pour la santé ; le degré de coordination intersectorielle impulsée par les donateurs ; et le degré d'utilisation des approches reposant sur des données et des éléments probants pour mettre en œuvre les soins de santé primaires.

Toutefois, un ensemble beaucoup plus vaste de facteurs contextuels ayant eu une incidence sur la mise en œuvre des soins de santé primaires au niveau mondial ont été mis en lumière par le bilan. La mondialisation rapide de l'économie a façonné de façon significative les soins de santé primaires de diverses manières, certaines d'entre elles étant positives et d'autres moins. Les tendances démographiques générales se sont traduites par un vieillissement des populations qui vivent plus longtemps, mais non nécessairement plus longtemps en meilleure santé, et fréquemment par l'absence de remplacement des populations par des cohortes plus jeunes, actives économiquement, pouvant soutenir de manière appropriée une longévité accrue. À l'échelle mondiale, le fardeau des maladies non transmissibles, et des traumatismes et incapacités liés à ces maladies, en augmentation, représente un autre changement majeur du contexte mondial dans lequel s'inscrit la mise en œuvre des soins de santé primaires. Les conflits interétatiques ont par ailleurs représenté une lourde charge pour les pays qui en sont la proie – comme pour des pays non parties à ces conflits.

Prochaines étapes

La Déclaration d'Astana adopte une vision claire, tournée vers l'avenir, de la mise en œuvre des soins de santé primaires, en ancrant explicitement la vision pour l'avenir de cette mise en œuvre dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030 et les objectifs de développement durable. Plus récemment, le lien entre les soins de santé primaires, la couverture sanitaire universelle et les objectifs de développement durable a été réaffirmé par les États Membres à l'occasion la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la couverture sanitaire universelle le 23 septembre 2019. Dans la déclaration politique issue de cette réunion, il a été rappelé que les soins de santé primaires sont « la pierre angulaire d'un système de santé durable et propice à la mise en place de la couverture sanitaire universelle et à la réalisation des objectifs de développement durable liés à la santé ».¹¹ Les enseignements qui peuvent être tirés du bilan peuvent ainsi être utiles pour décider des prochaines étapes.

¹¹ Déclaration politique issue de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle. Couverture sanitaire universelle : œuvrer ensemble pour un monde en meilleure santé. Document A/RES/74/2 (<https://undocs.org/fr/A/RES/74/2>, consulté le 28 octobre 2019).

Malgré le large éventail des expériences vécues dans le monde au cours des 40 dernières années, bon nombre des leçons tirées de ces expériences peuvent être synthétisées en un ensemble beaucoup plus restreint de fils conducteurs pour aller de l'avant qui, formulés sous forme d'enseignements, sont présentés ci-après :

- **La traduction de la volonté politique en actes est une condition préalable essentielle à la réalisation des principes et des objectifs des soins de santé primaires.** À la fois dans la Déclaration d'Alma-Ata et dans la Déclaration d'Astana, la communauté internationale s'est engagée à agir pour les soins de santé primaires. Comme l'a suggéré le présent bilan, certains pays ont traduit concrètement cet engagement en un vaste ensemble de mesures politiques, de stratégies et de cadres réglementaires – ainsi que de ressources financières qui sont à la mesure de leurs engagements ambitieux. Dans d'autres pays, la traduction des engagements en mesures concrètes a moins progressé pour diverses raisons. L'un des enseignements tirés du présent bilan est que, pour que la mise en œuvre soit efficace et permette la réalisation des objectifs et des principes des soins de santé primaires, les engagements supposent que la volonté politique se traduise par des mesures stratégiques concrètes et cohérentes, et par des ressources.
- **La mise en œuvre réussie des soins de santé primaires requiert un vaste partenariat.** La Déclaration d'Astana en particulier appelle les gouvernements, ainsi que le système des Nations Unies (l'OMS, l'UNICEF et les autres organisations internationales) et les acteurs non étatiques à travailler en partenariat pour atteindre les objectifs des soins de santé primaires. La portée et la force de ces partenariats ont toutefois considérablement varié d'un pays à l'autre.
- **La collaboration intersectorielle, un élément essentiel de la mise en œuvre des soins de santé primaires, nécessite des efforts concertés.** Le présent bilan a souligné que la collaboration intersectorielle présente de multiples facettes, allant bien au-delà de la collaboration interministérielle entre le secteur de la santé et d'autres secteurs. La collaboration intersectorielle peut ainsi s'instaurer entre les spécialités en santé, et au sein d'une même spécialité, entre divers secteurs de la société (les partenariats à large assise décrits plus haut) et entre les niveaux de gouvernement et d'administration publique, et à l'intérieur de ceux-ci. Le présent bilan laisse penser que la promotion de ces diverses formes de collaboration a soulevé des difficultés et nécessite une transposition des engagements en actes concrets comme il a été décrit plus haut.
- **L'équité reste un défi persistant.** Surmonter les inégalités à la fois au sein des pays et d'un pays à l'autre est un engagement qui a été formulé dans les Déclarations d'Alma-Ata et d'Astana, mais cela reste un défi persistant. De nombreux pays ont accompli de grands progrès dans leurs efforts pour traduire l'engagement en faveur de la santé en tant que droit humain en actes concrets pour assurer l'équité à l'intérieur de leurs frontières. Pour de nombreux autres, les progrès ont été moindres. Les inégalités persistent aussi entre pays, certains ne disposant pas des ressources ou des capacités voulues, tandis que d'autres peinent à générer la volonté politique interne nécessaire pour parvenir à l'équité.
- **Un personnel de santé suffisamment important en nombre et qualifié est nécessaire pour atteindre les objectifs des soins de santé primaires.** Les ressources humaines pour la santé – et plus particulièrement le fait d'attirer, de gérer et de fidéliser un personnel de santé en nombre suffisant et doté des qualifications requises – apparaissent comme une question récurrente dans le présent bilan. Il est important de noter, comme il ressort de l'expérience acquise par de nombreux pays, qu'il est vital de former les personnels de santé non seulement aux aspects techniques de leurs professions respectives mais aussi aux principes et aux objectifs des soins de santé primaires, pour que ces objectifs soient réalisés.

- **Divers aspects de la mise en œuvre des soins de santé primaires peuvent faire l'objet de mesures d'incitation.** Comme de nombreux exemples l'ont montré dans ce bilan, il n'est pas toujours nécessaire d'imposer les objectifs des soins de santé primaires : ceux-ci peuvent aussi être obtenus moyennant divers moyens d'incitation. On peut par exemple citer l'utilisation de mesures salariales pour attirer et retenir le personnel de santé, de mesures financières pour récompenser l'obtention des résultats souhaités dans les pratiques médicales, et de mesures d'incitation visant à encourager la collaboration intersectorielle et l'innovation.
- **Pour développer et pérenniser les systèmes de soins de santé primaires à l'avenir, il sera indispensable de continuer à innover.** Bien que le bilan ne soit pas parti de l'hypothèse que l'innovation est intrinsèquement positive ou a toujours exclusivement des résultats positifs, il a mis en évidence de nombreuses innovations qui ont aidé les pays à saisir les occasions présentées et à surmonter les défis soulevés par la mise en œuvre des soins de santé primaires. Ces innovations ne se limitent pas à la technologie, mais proposent aussi des solutions créatives pour contribuer à affiner les processus, configurer différemment les approches en matière de financement de la santé, restructurer l'administration publique et réformer l'ensemble des systèmes de santé pour qu'ils soient davantage centrés sur l'individu, d'un meilleur rapport coût/efficacité et équitables. Compte tenu des difficultés persistantes que pose la mise en œuvre des soins de santé primaires, alliées à l'évolution notable du contexte mondial soulignée dans le présent bilan (poursuite de la mondialisation, vieillissement des populations, évolution de la charge pesant sur les systèmes de santé du fait des maladies non transmissibles, et conflits dans certains pays), la nécessité de résoudre les problèmes de façon novatrice se fera sans doute de plus en plus sentir.
- **Les approches reposant sur les données factuelles peuvent contribuer à réussir au mieux la mise en œuvre des soins de santé primaires.** Comme le bilan l'a montré, certains pays ont activement cherché à ce que les données factuelles pertinentes influent sur les processus de prise de décisions liés aux soins de santé primaires, tandis que d'autres ont adopté une approche moins systématique. En tirant parti des sources de connaissances, des informations, des données et des expériences, les pays peuvent concevoir en toute connaissance de cause des politiques, des programmes, des stratégies, des cadres réglementaires, des structures d'incitation et des innovations reposant sur ce qui a fonctionné (et ce qui n'a pas fonctionné) plutôt qu'en choisissant des options moins guidées par les données factuelles (et peut-être moins sûres). Les progrès rapides des technologies de l'information et des communications dans les pays, quel que soit le niveau de développement, ont permis de favoriser la production et le partage des connaissances, qui peuvent être essentiels pour accéder aux données factuelles et les utiliser.

Compte tenu de ce vaste aperçu des réalisations, des problèmes rencontrés, des facteurs utiles et des enseignements obtenus, il est possible de recenser un certain nombre de domaines d'action future pour la mise en œuvre des soins de santé primaires. Les recommandations, s'inspirant des réponses des États Membres au questionnaire, peuvent être classées comme suit :

Mesures à prendre par les gouvernements

1. Renforcer, ou continuer à renforcer, l'engagement en faveur des soins de santé primaires en traduisant cet engagement en mesures concrètes (telles que des politiques, des stratégies, des cadres réglementaires, une gouvernance renforcée et des réformes plus larges) moyennant des approches reposant sur des données factuelles chaque fois que cela est possible.

2. Faire correspondre cette volonté politique à un engagement financier – sous la forme à la fois d'un financement global des approches reposant sur les soins de santé primaires et de mesures spécifiques – pour améliorer la protection financière de la population.
3. Entreprendre des mesures pour s'assurer que les ressources humaines pour la santé sont appropriées à la fois en nombre et en qualité – la « qualité » reposant sur les principes et les objectifs des soins de santé primaires ainsi que sur les compétences techniques.
4. Améliorer le rapport coût/efficacité, en cherchant à optimiser les dépenses de santé existantes en rationalisant la prestation de services, en réduisant le gaspillage et en décourageant le recours aux services dont les bienfaits ne sont pas avérés.
5. Renforcer la collaboration intersectorielle au sein du gouvernement en intégrant des approches associant l'ensemble de la société et reposant sur le principe de la santé dans toutes les politiques, dans les politiques, les stratégies, la gouvernance et les mécanismes d'incitation.
6. Renforcer les approches associant l'ensemble de la société moyennant une meilleure collaboration avec les acteurs non étatiques tels que les communautés, le secteur privé et d'autres acteurs non étatiques.
7. Renforcer les services de soins primaires moyennant un développement et une utilisation plus avancés des technologies numériques, des mesures d'incitation pour les prestataires, la mise en place d'organisations et de relations pour favoriser une prestation mieux intégrée des services et un travail d'équipe multiprofessionnel, une gestion plus efficace de l'interface entre soins primaires et soins secondaires (moyennant des mécanismes de filtre et d'orientation-recours améliorés dans le cadre des soins primaires) et un personnel de santé formé de manière appropriée.
8. Encourager et soutenir l'innovation dans les soins de santé primaires ainsi que les approches fondées sur les données factuelles.

Mesures à prendre par l'OMS et d'autres acteurs¹²

Les États Membres ayant répondu au questionnaire ont proposé que les mesures suivantes soient prises par l'OMS en collaboration avec les organismes concernés des Nations Unies, les acteurs non étatiques et les autres partenaires concernés :

1. L'OMS devrait continuer à tirer parti de son rôle fédérateur pour encourager la collaboration intersectorielle sous les diverses formes décrites dans le bilan, à la fois au niveau des politiques mondiales et dans les pays pris individuellement, dans le cadre de son soutien aux gouvernements.
2. Dans le cadre de son rôle normatif, l'OMS devrait continuer à jouer un rôle directeur dans l'élaboration de normes et de lignes directrices stratégiques et opérationnelles pour poursuivre la mise en œuvre des soins de santé primaires conformément aux engagements

¹² Dans le questionnaire destiné aux États Membres, il a été demandé aux personnes répondant d'identifier les domaines d'action potentiels pour l'OMS et d'autres acteurs. Toutefois, la grande majorité des réponses a porté sur le rôle potentiel de l'OMS lors des prochaines étapes.

pris dans la Déclaration d’Astana et, plus largement, au Programme de développement durable à l’horizon 2030 et aux objectifs de développement durable.

3. Pour ce qui est de son rôle dans le domaine de la coopération technique, l’OMS devrait adapter ses efforts de renforcement des capacités aux domaines liés spécifiquement aux soins de santé primaires et requérant le soutien avancé identifié dans certains pays, tel que l’élaboration et la mise en œuvre de stratégies, le renforcement des systèmes de santé, le principe de la santé dans toutes les politiques, la législation sanitaire, le financement de la santé, l’évaluation et la gestion des technologies sanitaires, les ressources humaines pour la santé, les approches en matière de santé communautaire, la recherche pour améliorer la prestation des services, et le suivi et l’évaluation de la mise en œuvre des soins de santé primaires moyennant un soutien aux examens volontaires menés au niveau national.
4. Dans son rôle de sensibilisation, l’OMS devrait identifier et cibler les questions spécifiques liées aux soins de santé primaires requérant un travail de sensibilisation dans certains pays, par exemple en défendant l’augmentation des dépenses de santé, en recensant les lacunes spécifiques dans les politiques exigeant des mesures et en soulignant la nécessité d’une plus grande collaboration intersectorielle et d’une plus grande équité.
5. En remplissant tous ces rôles, l’OMS devrait améliorer le soutien qu’elle apporte à l’action politique reposant sur des données factuelles, notamment en appuyant la recherche systématique et la production de données factuelles pour soutenir l’élaboration des politiques en matière de santé, et en recueillant et diffusant les informations relatives aux enseignements et aux meilleures pratiques.

1. Contexte

1. Dans la Déclaration d’Alma-Ata de 1978, les États Membres signataires de ce document fondateur « [ont souligné] la nécessité d’une action urgente de tous les gouvernements, de tous les personnels des secteurs de la santé et du développement ainsi que de la communauté internationale pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde ».¹³ Ce faisant, ils ont affirmé leur engagement en faveur des principes fondamentaux des soins de santé primaires : la santé en tant que droit humain qui est à la base du développement économique et social comme de la paix mondiale ; la santé en tant qu’état ne consistant pas seulement en l’absence de maladie ou d’infirmité ; l’équité en santé à la fois entre les pays et au sein d’un même pays ; et les rôles et les responsabilités des gouvernements vis-à-vis de la santé de leurs populations, et des individus pour ce qui est de la participation à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui leur sont destinés. En fixant l’objectif de « donner à tous les peuples du monde, d’ici l’an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive », les États Membres ont placé les soins de santé primaires au centre de cet objectif et ont énoncé les éléments essentiels des soins de santé primaires décrits ailleurs dans le présent rapport. Les États Membres ont souligné qu’il était nécessaire « que s’affirme la volonté politique de mobiliser les ressources [de leurs pays respectifs] et d’utiliser rationnellement les ressources extérieures disponibles », et que l’OMS, l’UNICEF et d’autres organisations internationales les soutiennent dans leurs efforts.

2. À l’occasion du quarantième anniversaire de la Déclaration d’Alma-Ata, les participants à la Conférence internationale sur les soins de santé primaires qui s’est tenue à Astana (Kazakhstan) les 25 et 26 octobre 2018 ont publié la Déclaration d’Astana « réaffirmant les engagements pris dans la Déclaration ambitieuse et visionnaire d’Alma-Ata de 1978 et dans le Programme de développement durable à l’horizon 2030, pour parvenir à la santé pour tous ».¹⁴ Ce faisant, ils se sont engagés à « faire des choix politiques ambitieux pour la santé dans tous les secteurs », à « construire des soins de santé primaires durables », à « donner aux individus et aux communautés les moyens d’agir » et à « aligner le soutien des parties prenantes sur les politiques, les stratégies et les plans nationaux », notamment par les connaissances et le renforcement des capacités, les ressources humaines pour la santé, les technologies et le financement.

3. Dans ce contexte, lors de sa cent quarante-deuxième session en janvier 2018, le Conseil exécutif de l’OMS a demandé un bilan de 40 années de mise en œuvre des soins de santé primaires au niveau des pays.¹⁵ Les modalités de ce bilan ont été présentées à la cent quarante-quatrième session du Conseil exécutif en janvier 2019, et le Conseil en a pris note.¹⁶

4. Couvrant les 40 années qui se sont écoulées depuis la Déclaration d’Alma-Ata sur les soins de santé primaires jusqu’en 2018, le principal objectif consiste à :

¹³ Déclaration d’Alma-Ata sur les soins de santé primaires, Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/113882/E93945.pdf?ua=1, consulté le 28 octobre 2019).

¹⁴ Déclaration d’Astana. Genève, Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l’enfance (UNICEF), 2018 (WHO/HIS/SDS/2018.61, <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcpchc-declaration-fr.pdf>, consulté le 28 octobre 2019).

¹⁵ Voir le document EB142/2018/REC/2, procès-verbaux de la cent quarante-deuxième session du Conseil exécutif, onzième séance, section 2 (en anglais seulement).

¹⁶ Voir le document EB144/51 et le document EB144/2019/REC/2, procès-verbaux de la cent quarante-quatrième session du Conseil exécutif, quinzième séance, section 3 (en anglais seulement).

- (a) Illustrer les progress accomplis en vue de la mise en œuvre des soins de santé primaires dans le monde en faisant ressortir les réalisations et les succès obtenus, les meilleures pratiques ainsi que les principaux problèmes rencontrés ; et
- (b) Formuler des recommandations sur les mesures à prendre pour accélérer l'application de stratégies et de plans nationaux, régionaux et mondiaux en faveur des soins de santé universels/primaires et des objectifs de développement durable.

5. Bien que le concept des soins de santé primaires se soit traduit de multiples façons au cours du temps et dans différents contextes, aux fins du présent bilan, la définition globale mise au point par l'OMS et l'UNICEF dans le document présentant leur vision commune des soins de santé primaires fournit l'éclairage au moyen duquel les progrès mondiaux, les réalisations et les succès obtenus, les meilleures pratiques et les principaux problèmes rencontrés ont été mis en lumière dans le présent bilan. Cette définition décrit les soins de santé primaires comme étant :

une approche de la santé tenant compte de la société dans son ensemble qui vise à garantir le niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible et sa répartition équitable en accordant la priorité aux besoins et aux préférences des populations (en tant qu'individus, familles et communautés) le plus tôt possible tout au long de la chaîne de soins allant de la promotion de la santé et de la prévention des maladies au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs, et en restant le plus proche possible de l'environnement quotidien des populations.¹⁷

6. Trois objectifs interdépendants et synergiques font partie intégrante de la définition globale des SSP, à savoir :

1. **répondre aux besoins sanitaires des populations** par le biais de services de santé complets et intégrés (en matière de promotion de la santé, de prévention, de traitement curatif et palliatif et de réadaptation) à toutes les étapes de la vie, en accordant la priorité aux soins de santé primaires et aux fonctions essentielles de la santé publique ;
2. **prendre systématiquement en compte les déterminants de la santé** plus larges (y compris les déterminants sociaux, économiques, environnementaux ainsi que les caractéristiques et les comportements des personnes) grâce à des politiques publiques et des mesures fondées sur des données factuelles, à travers tous les secteurs ; et
3. **doter les individus, les familles et les communautés** de moyens pour améliorer leur santé, afin qu'ils se placent en défenseurs des politiques de promotion et de protection de la santé et du bien-être, qu'ils participent à la mise en place des services de santé et des services sociaux, et qu'ils puissent s'autoadministrer des soins et en prodiguer aux autres.¹⁸

7. Ainsi une distinction claire est établie entre le terme « soins de santé primaires » et le terme très proche de « soins primaires », qui fait référence à l'organisation des services de santé de base principalement au premier niveau de soins. En tant que tels, les soins primaires représentent un élément important des soins de santé primaires, mais se distinguent aussi clairement du concept beaucoup plus large des soins de santé primaires en tant qu'approche globale de la santé.

8. Comme cela a été mentionné plus haut, l'étude, outre le recensement des réalisations obtenues, des problèmes rencontrés, des enseignements tirés et des meilleures pratiques associées aux soins de santé primaires d'une manière générale jusqu'en 2018, le bilan avait aussi pour objectif de formuler des recommandations sur les mesures à prendre pour accélérer l'application de stratégies et de plans nationaux, régionaux et mondiaux en faveur de la couverture sanitaire universelle, des

¹⁷ *A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals*. Genève, Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), 2018 (WHO/HIS/SDS/2018.X, <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision.pdf>, consulté le 28 octobre 2019).

¹⁸ Ibid., pp 2-4.

soins de santé primaires et des objectifs de développement durable. Pour offrir cet angle de vue tourné vers l'avenir, le bilan a intégré à son analyse rétrospective un examen visant à déterminer si les efforts en matière de soins de santé primaires avaient contribué à la réalisation de la couverture sanitaire universelle et de l'objectif 3 de développement durable (Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge) et des cibles qui lui sont associées, et de quelle manière. Deux fils conducteurs ont contribué concrètement à structurer le bilan à cet égard.

1. Rôle des soins de santé primaires dans la réalisation de la couverture sanitaire universelle.

Le document sur la vision des soins de santé primaires exposée par l'OMS et l'UNICEF présente les différents moyens par lesquels chacun des principaux composants des soins de santé primaires (à savoir les soins primaires et les fonctions de santé publique essentielles, les politiques et l'action multisectorielles, et les individus et les communautés dotés des moyens d'agir) contribue à renforcer la couverture sanitaire universelle, selon trois aspects majeurs favorisant sa mise en œuvre, notamment par : i) la promotion de la protection financière/la réduction des dépenses des ménages consacrées à la santé ; ii) des services, des médicaments et des vaccins de qualité ; et iii) un accès équitable. L'examen a explicitement pris la mesure des réalisations et des problèmes rencontrés dans ces trois domaines afin d'identifier les meilleures pratiques et les enseignements à retenir pour l'avenir. Deux documents publiés plus récemment réitèrent ce lien. Le récent rapport mondial de suivi 2019 de l'OMS sur la couverture sanitaire universelle définit les soins de santé primaires comme « le moteur programmatique de la [couverture sanitaire universelle] [dans la plupart des situations] »,¹⁹ et ce de diverses façons : ces soins mettent l'accent sur l'autonomisation des communautés et la responsabilité sociale ; ils sont de nature multisectorielle et reconnaissent le lien entre la santé et les autres secteurs ; ils permettent d'intégrer des services distincts de manière globale ; ils mettent l'accent sur le rapport coût/efficacité en répondant aux besoins en santé des personnes au plus près de leur domicile et de leur communauté, et visent l'équité pour garantir une couverture à tous. Ce lien a été réaffirmé par les États Membres à la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la couverture sanitaire universelle tenue le 23 septembre 2019, au cours de laquelle il a été fait référence aux soins de santé primaires en tant que « pierre angulaire d'un système de santé durable et propice à la mise en place de la couverture sanitaire universelle et à la réalisation des objectifs de développement durable liés à la santé ».²⁰

2. Rôle des soins de santé primaires dans la réalisation des objectifs de développement durable. Dans le cadre du bilan, l'intersection conceptuelle entre les principales caractéristiques des soins de santé primaires/de la couverture sanitaire universelle et les objectifs de développement durable (en particulier l'objectif 3) a été examinée, les pays s'étant engagés par le Programme de développement durable à l'horizon 2030 à réaliser la couverture sanitaire universelle d'ici à 2030. Les éléments des soins de santé primaires qui sont spécifiquement mentionnés dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030 comme moyen de parvenir à la couverture sanitaire universelle sont notamment : la protection contre le risque financier ; l'accès à des services de soins de santé essentiels de qualité ; et l'accès de tous à des médicaments et des vaccins essentiels sûrs, efficaces, de

¹⁹ Les soins de santé primaires sur la voie de la couverture sanitaire universelle : Rapport de suivi 2019.

Organisation mondiale de la Santé, 2019

(https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2019/en/, résumé d'orientation en français : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328922/WHO-HIS-HGF-19.1-fre.pdf?ua=1>, consultés le 28 octobre 2019).

²⁰ Déclaration politique issue de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle. Couverture sanitaire universelle : œuvrer ensemble pour un monde en meilleure santé. Document A/RES/74/2 (<https://undocs.org/fr/A/RES/74/2>, consulté le 28 octobre 2019).

qualité et abordables. En outre, comme il est indiqué plus haut, la réunion de haut niveau de septembre 2019 a souligné que les soins de santé primaires constituaient « la pierre angulaire » d'un système de santé propice à la réalisation des objectifs de développement durable.

9. De plus, dans son document stratégique sur les SSP, l'OMS considère que la CSU et l'ODD3 ont un effet réciproque et synergique sur les SSP. Toutefois, étant donné que cette relation est moins bien développée dans le document stratégique et que le mandat de l'étude n'identifie pas explicitement cette relation réciproque comme devant être un sujet à examiner, elle n'a pas été incluse dans l'étude.

10. En matière de SSP, le bilan visait à apporter des réponses aux questions clés ci-après :

- (a) Quels ont été les problèmes rencontrés et les facteurs qui ont favorisé l'élaboration et la mise en oeuvre des approches de soins de santé primaires dans les pays au cours des 40 dernières années ?
- (b) Comment les soins de santé primaires et les innovations qui s'y rapportent ont-ils contribué à l'amélioration des résultats en matière de santé, de l'équité, de la collaboration intersectorielle et de l'efficacité ?
- (c) Quelles approches intersectorielles a-t-on mis en oeuvre pour les soins de santé primaires ?
- (d) Quels enseignements et innovations de différents contextes techniques et de développement au niveau des pays et des Régions peut-on adapter et échanger pour promouvoir et renforcer les efforts futurs en matière de soins de santé universels/primaires ?

2. Méthodologie

11. Couvrant les 40 années qui se sont écoulées depuis la Déclaration d’Alma-Ata sur les soins de santé primaires jusqu’en 2018, l’étude devra évaluer les progrès accomplis au niveau mondial en vue de la mise en œuvre des soins de santé primaires par le biais de deux sources d’information complémentaires :

- un examen documentaire des sources de données existantes publiées effectué en utilisant un instrument de collecte de données mis au point pour permettre une saisie cohérente et systématique des données dans tous les documents examinés ; et
- une évaluation de la mise en œuvre au niveau des pays grâce à la participation des États Membres et aux éléments obtenus au moyen d’un questionnaire en ligne destiné à tous les États Membres.

12. L'**examen documentaire** consistait en un examen des rapports des six régions OMS et comportait deux niveaux d’analyse, à savoir :

- un examen et une synthèse de 8 documents de haut niveau, dont 2 rapports produits respectivement au moment des vingtième²¹ et trentième²² anniversaires de la Déclaration d’Alma-Ata et 6 rapports produits au niveau régional en préparation de la Conférence mondiale sur les soins de santé primaires à Astana, Kazakhstan, en octobre 2018 ;²³ et
- un examen et une synthèse de 106 rapports d’études de cas pays sur le thème des soins de santé primaires produits par cinq sources faisant autorité.²⁴

13. Par lettre circulaire du 18 mars 2019, les États Membres ont été invités à désigner un point focal ayant une expérience directe dans la mise en œuvre des SSP au niveau national pour répondre à un **questionnaire en ligne destiné aux États Membres**.²⁵ Ce questionnaire a été lancé le 4 juin 2019 dans les six langues officielles de l’Organisation sur une plateforme électronique OMS sécurisée et était accessible pendant six semaines, avec rappel envoyé aux États Membres. Les États Membres ont également été informés du questionnaire par un message du Bureau de l’évaluation adressé aux points focaux des missions basées à Genève. Les représentants de l’OMS ont également été encouragés à informer leurs homologues nationaux de cette enquête. Quatre-vingt-quatorze États Membres ont désigné des points focaux et un total de 50 réponses ont été reçues (49 États Membres et un territoire OMS), soit un taux de réponse de 25 %. Soixante-dix pour cent des répondants

²¹ Primary health care 21: everybody’s business. An international meeting to celebrate 20 years after Alma-Ata, Almaty, Kazakhstan, 27-28 November 1998. World Health Organization; 2000.

²² Rapport sur la santé dans le monde 2008. Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais. Organisation mondiale de la Santé ; 2008.

²³ Pour la Région de l’Afrique : primary health care programme in the WHO African Region from Alma-Ata to Ouagadougou and beyond. The Africa health transformation programme: a vision for universal health coverage. Contribution du Bureau régional de l’OMS pour l’Afrique au rapport mondial de l’OMS ; 2018. Pour la Région de la Méditerranée orientale : Report on primary health care in the Eastern Mediterranean Region: review of progress over the last decade (2008–2018) (en cours de rédaction). Pour la Région de l’Europe : From Alma-Ata to Astana: primary health care – reflecting on the past, transforming for the future. Interim report from the WHO European Region. WHO Regional Office for Europe; 2018. Pour la Région des Amériques : Universal Health in the 21st Century: 40 years of Alma-Ata. Report of the high-level commission. Pan American Health Organization; 2019; et Primary health care at 40 years of Alma Ata. Situation in the Americas. Regional report. Pan American Health Organization; 2018. Pour la Région de l’Asie du Sud-Est : Primary health care at forty: reflections from South-East Asia. WHO Regional Office for South-East Asia; 2018. Pour la Région du Pacifique occidental : Primary health care in the Western Pacific Region: looking back and future directions. WHO Regional Office for the Western Pacific; 2018.

²⁴ Ces rapports incluent : 18 rapports produits dans la période précédant la [Conférence internationale sur les soins de santé primaires Primary Health Care et la déclaration d’Astana](#); 19 rapports produits par l’[Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé \(AHPSR\)](#); 13 rapports produits par le projet [Initiative pour les soins de santé primaires \(PHCI\)](#); 56 rapports produits par l’[Observatoire européen des systèmes et politique de santé](#); et 12 rapports produits par l’[Organisation de coopération et de développement économiques](#).

²⁵ Questionnaire destiné aux États Membres disponible à l’Annexe 2.

appartenaient à des pays à revenu élevé ou à revenu intermédiaire de la tranche supérieure. En termes de représentation régionale, 34 % des répondants étaient de la Région de l'Europe, 20 % de la Région des Amériques, 18 % de la Région de l'Afrique et 16 % de la Région de la Méditerranée orientale. Les régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental représentaient chacune 6 % des répondants :

Tableau 1. Profil des répondants par catégorie de revenu de la Banque mondiale (2019)

| Catégorie de revenu | Répondants |
|---|------------|
| Revenu élevé | 23 |
| Revenu intermédiaire de la tranche supérieure | 12 |
| Revenu intermédiaire de la tranche inférieure | 8 |
| Revenu faible | 7 |
| Total | 50 |

Tableau 2. Profil des répondants par région OMS

| Région OMS | Répondants |
|-------------------------|------------|
| Afrique | 9 |
| Amériques ²⁶ | 10 |
| Méditerranée orientale | 8 |
| Europe | 17 |
| Asie du Sud-Est | 3 |
| Pacifique occidental | 3 |
| Total | 50 |

14. L'ensemble du processus et l'approche méthodologique ont suivi les principes énoncés dans le manuel OMS sur la pratique de l'évaluation (*WHO Evaluation Practice Handbook*)²⁷ et les normes et lignes directrices éthiques pour l'évaluation du Groupe des Nations Unies pour l'évaluation.²⁸ On a aussi tenu compte des stratégies d'évaluation transversale de l'OMS concernant le genre, l'équité, les populations vulnérables et les droits humains et l'on a utilisé, dans la mesure du possible, une analyse et des données ventilées. Les données (qualitatives) des questions ouvertes du questionnaire en ligne et de l'examen documentaire ont été systématiquement codées. Les données issues de l'enquête en ligne et de l'examen documentaire ont fait l'objet de vérifications croisées, et ont été vérifiées et validées pour en garantir l'exactitude et la cohérence.

Limitations

15. Un grand nombre d'ouvrages universitaires spécialisés ainsi que d'autres ouvrages, y compris plusieurs rapports importants produits par l'OMS, décrivent les SSP, en examinent leur mise en œuvre et en évaluent les impacts sous divers angles. Il n'a pas été jugé possible ou approprié de faire porter l'étude sur l'ensemble des documents publiés. Par conséquent, l'étude ne peut être considérée comme une étude systématique exhaustive.

16. Le questionnaire en ligne destiné aux États Membres a été mis à la disposition de tous les États Membres et a donné lieu à 50 réponses. Si ces réponses ont permis de mieux comprendre les points de vue et les expériences de nombreux États Membres, elles ne peuvent être considérées comme un échantillon représentatif. De plus, la majorité des questions visaient à susciter des réponses sous forme de texte libre et direct en évitant de simples oui ou non, des réponses à des questions à choix multiples ou à des échelles d'évaluation. Une analyse textuelle rigoureuse a été utilisée pour coder les réponses, mais on ne peut présumer que tous les États Membres ont interprété les questions de la même manière ou fourni des réponses cohérentes dans leurs explications. Ainsi, le fait que N

²⁶ Dont une réponse provenant d'un territoire OMS de la Région.

²⁷ *WHO Evaluation Practice Handbook*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013

(http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/96311/9789241548687_eng.pdf;jsessionid=B9451D6A553A070BADE75ED7E874F623?sequence=1, consulté le 29 octobre 2019).

²⁸ *Normes et règles d'évaluation*. New York, Groupe des Nations Unies pour l'évaluation, 2017

(<http://www.unevaluation.org/document/download/2700>) et UNEG Ethical Guidelines for Evaluation, United Nations Evaluation Group Foundation Document (UNEG/FN/ETH(2008), <http://www.unevaluation.org/document/detail/102>) (consultés le 29 octobre 2019).

pour cent des réponses des États Membres aient fait état d'un problème ou d'une caractéristique particulière ne doit pas être considéré comme une indication que ce problème ou cette caractéristique n'a pas été constatée dans les autres États Membres (100 % - N %). Cela peut signifier tout simplement que le problème n'a pas été mentionné explicitement dans leurs réponses.

3. Conclusions

Conclusions du questionnaire destiné aux États Membres²⁹

Question 2 : Basé sur les différents aspects des soins de santé primaires décrits dans la Déclaration d'Alma-Ata, quels étaient les éléments clés des soins de santé primaires dans votre pays au cours des 40 dernières années ?

17. Les réponses des États Membres suggèrent qu'au moins quatre groupes d'initiatives en matière de SSP au cours des 40 dernières années sont liées à des réformes sanitaires plus larges. Il s'agit des initiatives suivantes :

- (a) *Les initiatives liées à la législation en matière de santé.* Ces initiatives portent sur les réformes législatives et d'autres mécanismes politiques utilisés par les États Membres, tels que la législation relative à la CSU et les programmes de transformation des services de santé.
- (b) *Les initiatives liées à l'équité.* Elles portent sur la promotion de l'engagement du secteur des soins primaires pour améliorer l'accès aux soins de santé des populations mal desservies, marginalisées et vulnérables et les régimes d'assurance maladie sociale.
- (c) *Les initiatives liées au système de santé et à ses composantes.* Ces initiatives portent sur les responsabilités des gouvernements à faire évoluer les systèmes de financement de la santé vers des approches plus favorables aux SSP, à garantir la participation et l'engagement des populations, la coordination intersectorielle (notamment avec d'autres ministères que celui de la santé, et le secteur privé), à impliquer les médecins généralistes, le système de médecine familiale, et à renforcer les systèmes d'aiguillage. Elles portent également sur les systèmes d'information sanitaire (SIS) et l'utilisation des technologies, ainsi que sur les réformes concernant le personnel de santé.

« Si les dépenses totales de santé par habitant n'ont pas augmenté proportionnellement à la croissance du PIB de ce pays, elles sont néanmoins passées de US \$102 en 2000 à US \$207 en 2013. Parallèlement, les obstacles financiers aux soins de santé semblent diminuer : le pourcentage de femmes ayant signalé des problèmes d'accès à des soins de santé pour des raisons liées au coût, par exemple, est passé de 56 % en 2008 à 42 % en 2013 ». (pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure)

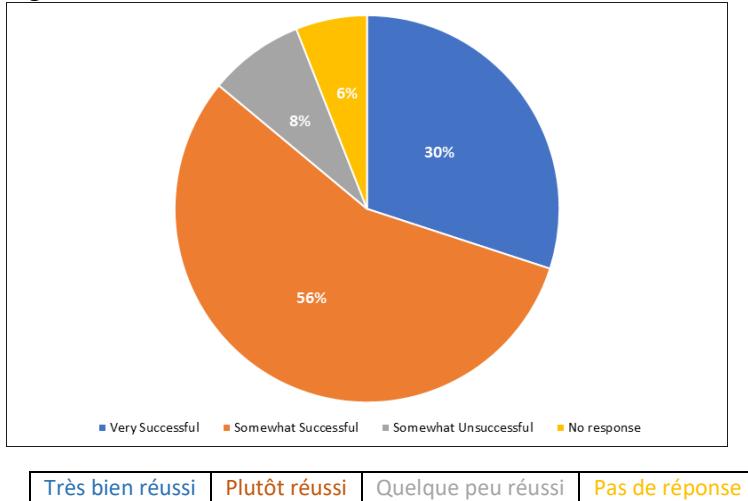
- (d) *Les initiatives liées aux programmes.* Ces initiatives portent sur l'amélioration de l'accès aux services dans le cadre de divers programmes de santé.

Question 3 : Veuillez évaluer le niveau global de réussite de la mise en œuvre des soins de santé primaires dans votre pays ?

18. Environ un tiers des États Membres répondants ont déclaré que le niveau de la mise en œuvre des SSP dans leur pays pouvait être considéré comme « très bien réussi », et plus de la moitié ont déclaré qu'il était « plutôt réussi ». Certains répondants ont indiqué que ce niveau était « quelque peu réussi », et trois pays n'ont pas répondu à la question. La Figure 1 résume les réponses fournies.

²⁹ Questionnaire destiné aux États Membres disponible à l'Annexe 2.

Figure 1. Niveau de réussite déclaré de la mise en œuvre des SSP



19. Comme le montre le Tableau 3 ci-dessous, ce niveau de réussite généralement élevé a été signalé par des pays appartenant à toutes les catégories de revenu.

Tableau 3. Niveau de réussite déclaré de la mise en œuvre des SSP, par catégorie de revenu de la Banque Mondiale

| Catégorie de revenu | Très réussi | Plutôt réussi | Quelque peu réussi | Pas de réponse | Total |
|---|-------------|---------------|--------------------|----------------|-----------|
| Revenu élevé | 9 | 11 | 1 | 2 | 23 |
| Revenu intermédiaire de la tranche supérieure | 3 | 5 | 3 | 1 | 12 |
| Revenu intermédiaire de la tranche inférieure | 2 | 6 | 0 | 0 | 8 |
| Revenu faible | 1 | 6 | 0 | 0 | 7 |
| Total | 15 | 28 | 4 | 3 | 50 |

Question 4 : Quels sont selon vous les principales réalisations dans la mise en œuvre des soins de santé primaires dans votre pays ?

20. Les principales réalisations signalées par les États Membres dans la mise en œuvre des SSP dans leurs pays respectifs se répartissent en quatre grands domaines, à savoir : a) l'amélioration de l'accès et de la qualité ; b) les modifications des politiques ; c) l'amélioration des résultats en matière de santé ; et d) les progrès en matière d'équité.

- (a) *Amélioration de l'accès et de la qualité.* La moitié des répondants ont indiqué que l'accès aux services de SSP s'était amélioré. Les aspects spécifiques de l'amélioration de l'accès et de la qualité cités incluaient : (i) la **protection financière**, de nombreux États Membres donnant la priorité à ce domaine par le biais de l'assurance médicale ou par d'autres moyens en raison de son caractère central pour les objectifs des soins de santé primaires (environ un quart des répondants ont indiqué cette réalisation, certains ayant identifié l'augmentation des dépenses de santé publique en général) ; (ii) les **infrastructures**, les améliorations dans la couverture ou la qualité des infrastructures ayant été mentionnées par un quart des répondants comme contribuant à un meilleur accès aux soins primaires ; et (iii) la **qualité**, certains

répondants considérant que l'amélioration de la qualité, mesurée notamment en termes de satisfaction des patients, est une réalisation clé.

« Une accessibilité physique raisonnablement bonne à un réseau complexe de centres de soins de santé primaires. Plus de 2300 centres offrent de bonnes infrastructures et sont raisonnablement équipés et dotés en personnel. » (pays à revenu élevé)

(b) *Modifications des politiques.* Un quart des répondants ont fait état de mesures visant à (ré)orienter leur système de santé vers des modèles plus fermement ancrés dans les pratiques familiales. Les autres modifications de politiques citées par plusieurs répondants incluaient l'amélioration des systèmes de paiement des soins de santé, des changements dans les personnels et les améliorations technologiques comme l'introduction de la cybersanté. Un nombre tout aussi important de répondants ont mentionné l'introduction d'une approche fondée sur le principe de la « santé dans toutes les politiques » ou le renforcement de la collaboration intersectorielle comme réalisations clés.

« De l'autonomie a été accordée aux structures de soins de santé primaires, notamment les établissements de santé de base, ce qui a permis des améliorations pour le personnel de santé. » (pays à faible revenu)

(c) *Amélioration des résultats en matière de santé.* De nombreux répondants ont fait de l'amélioration de la santé de leurs populations un de leur principal objectif lors de la mise en œuvre des SSP. Par exemple, de nombreux répondants ont cité les progrès réalisés dans le domaine de la santé maternelle et infantile, et plusieurs d'entre eux ont mentionné une diminution des maladies transmissibles (MT), l'augmentation de la couverture vaccinale et le contrôle des maladies évitables par la vaccination comme des succès clés. Certains répondants ont mentionné l'amélioration de l'espérance de vie comme une conséquence des soins de santé primaires et quelques répondants la réduction des facteurs de risque de maladies non transmissibles (MNT) tels que la consommation de tabac et d'alcool

(d) *Progrès en matière d'équité.* Au-delà des améliorations dans l'ensemble de la population, les répondants ont explicitement mentionné les progrès en matière d'équité, soit en termes géographiques ou socioéconomiques, soit les deux. L'équité dans l'accès géographique aux services (entre communautés urbaines et communautés rurales/éloignées) a été citée comme une réalisation par plusieurs répondants, tandis que certains ont signalé une amélioration de l'équité entre groupes socioéconomiques.

Question 5 : Quels ont été les facteurs qui ont favorisé l'élaboration et la mise en œuvre des approches de soins de santé primaires dans votre pays ?

21. La volonté politique et la bonne gouvernance, l'engagement avec les acteurs non étatiques (ANE), la disponibilité d'une protection financière, l'intégration des services, la gestion organisationnelle et la prestation de services ainsi que les SIS sont les principaux facteurs qui, selon les États Membres, ont permis la mise en œuvre des SSP dans leurs pays respectifs.

(a) *Volonté politique et bonne gouvernance.* Les États Membres ayant répondu au questionnaire ont mis en lumière le rôle joué par les fonctionnaires des ministères (jusqu'aux premiers ministres dans certains cas) et d'autres hauts dirigeants politiques dans les efforts de leur pays pour mettre en œuvre les SSP. L'indicateur le plus courant de la volonté politique en tant que facilitateur des SSP qui a été identifié par la plupart des

répondants était un processus de réforme soutenu et progressif qui s'est étendu dans le temps et qui n'a pas été indûment affecté par les cycles électoraux. Quelques répondants ont ajouté que même si un fort plaidoyer en faveur des SSP de la part de personnes influentes a été un moteur important de ces efforts, des arrangements institutionnels plus officiels – comme des commissions ministérielles mises en place pour superviser les SSP – aident à garantir une plus forte pérennité des progrès dans le domaine des SSP. Plusieurs répondants ont mentionné que la traduction de cette volonté politique en un financement accru en faveur des soins de santé et en un soutien au personnel de santé par une augmentation du personnel et des investissements dans la formation constituait un nouvel élan à la bonne mise en œuvre des SSP.

« Un programme continu d'investissement a été mis en place dans le secteur des soins primaires en vue de renforcer les capacités et de garantir un personnel approprié dans les centres de soins primaires. Afin de renforcer les capacités et recruter davantage de personnel médical et infirmier, un financement supplémentaire important a été débloqué en 2019 par rapport à 2018. » (pays à revenu élevé)

- (b) *Engagement avec les ANE.* L'engagement et la collaboration du gouvernement avec les organisations à base communautaire (OBC), les organisations de la société civile (OSC), les organisations non gouvernementales (ONG) et les organisations intergouvernementales ont été cités par de nombreux répondants comme des facteurs clés influant sur la mise en œuvre des SSP. Certains répondants ont spécifiquement cité l'engagement du gouvernement national auprès des donateurs et l'engagement du secteur privé comme facteurs clés.
- (c) *Protection financière.* L'existence d'une protection financière, comme les régimes d'assurance maladie, a été soulignée par un certain nombre de pays à revenu élevé et à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, non seulement comme une réalisation en soi, mais aussi comme un facteur clé favorisant la mise en œuvre des SSP.
- (d) *Intégration des services.* L'intégration des services a été identifiée par de nombreux répondants comme un facteur favorable qui a aidé à faciliter la mise en œuvre des SSP. Les exemples cités ont été l'établissement de prestataires de services à « guichet unique » intégrés et l'introduction d'organisations de « niveau méso » qui consolident le financement des services et remodèlent la prestation afin de mieux répondre aux besoins des populations locales.
- (e) *Gestion organisationnelle et prestation de services.* Plusieurs répondants, pour la plupart des pays à revenu élevé, ont cité les modifications apportées à la gestion organisationnelle comme facilitatrices de la mise en œuvre des SSP. Les modifications les plus fréquemment signalées étaient axées sur la mise en place d'une médecine de famille et/ou d'équipes multidisciplinaires et sur l'introduction du dépistage à l'échelle du pays ou de mesures préventives en matière de soins.
- (f) *Systèmes d'information sanitaires.* Certains répondants ont indiqué que l'utilisation des SIS pour appuyer la prise de décisions fondées sur des données probantes avait été un facteur qui avait facilité le développement des SSP.

Question 6 : Quels ont été les plus gros problèmes rencontrés dans l'élaboration et la mise en œuvre des approches de soins de santé primaires dans votre pays ?

22. Les réponses à cette question ont été variées et axées sur le personnel de santé, les ressources financières, les coûts des soins de santé, le contexte politique général, la demande en soins de santé primaires, la qualité des services de santé et l'information sur la santé. Dans le même ordre d'idées, plusieurs des domaines cités comme des problèmes par certains répondants correspondent pour d'autres à des réalisations et des facteurs favorables.

- (a) *Personnel de santé.* La plupart des répondants ont indiqué que les obstacles liés au personnel de santé constituaient un problème majeur. Les problèmes spécifiques les plus fréquemment cités à cet égard étaient la « fuite des cerveaux », la forte rotation du personnel (résultant de départs) et les départs à la retraite. De nombreux répondants ont également signalé qu'il leur était difficile de garder un personnel suffisamment qualifié et capable d'offrir des soins sûrs et de qualité, et d'assurer un équilibre entre la disponibilité du personnel dans les zones urbaines, d'une part, et dans les localités rurales (ou éloignées géographiquement) et insuffisamment desservies, d'autre part. L'absence de mesures d'incitation susceptibles d'encourager les agents de santé à acquérir ou à conserver les compétences et qualifications requises a été signalée par certains répondants comme un problème connexe.

« Faible compétence des médecins généralistes (en matière de prescription, de performances), qui rend le système inefficace et conduit à des orientations des patients inutiles (le plus grand problème rencontré par notre pays). » (pays à revenu élevé)

- (b) *Ressources financières.* De nombreux répondants ont indiqué que le financement inadéquat a été un obstacle de taille à leurs efforts de mise en œuvre des SSP. Les ressources financières de la santé ont été décrites par certains répondants comme étant influencées par les fluctuations économiques, les répercussions des dépenses élevées à la charge des utilisateurs de services, et la dépendance vis-à-vis des donateurs.

- (c) *Coûts des soins de santé.* L'augmentation des coûts des soins de santé en général, et du coût de la formation d'un personnel de santé qualifié en particulier, a été signalée par les répondants des pays à revenu élevé et à revenu intermédiaire de la tranche supérieure en particulier comme étant les principaux problèmes auxquels ils sont confrontés. Le coût élevé des services pour la population et, en particulier, l'augmentation des frais à leur charge ont été cités comme des problèmes connexes.

« (Notre gouvernement) a introduit des tarifs lors de la réforme du secteur de la santé au début des années 1990, mais beaucoup de personnes n'avaient toujours pas les moyens de payer pour les soins ; cela a entraîné une augmentation des dépenses à la charge des patients. » (pays à faible revenu)

« Les SSP font face à des défis très importants en termes de financement, de capacité existante des infrastructures, des équipements et du personnel de santé et devraient se concentrer sur les populations prioritaires et les plus vulnérables qui ont toujours été exclues par ce système, comme c'est le cas de la population autochtone de notre pays. De cette manière, les SSP continuent d'atteindre leurs objectifs de couverture universelle et garantissent à la population un système de santé de plus en plus robuste et consolidé. » (pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure)

- (d) *Contexte politique général.* Contrairement à près des deux tiers des répondants qui ont cité la volonté politique comme facilitateur des soins de santé primaires, plusieurs répondants

ont indiqué que le manque de clarté du programme politique était un obstacle à l'élaboration et à la mise en œuvre des soins de santé primaires. À titre d'exemple, une coordination insuffisante des politiques au sein du gouvernement, combinée à une mauvaise coordination des politiques entre le gouvernement et les autres parties prenantes, a été signalée comme un exemple de ce type d'obstacles.

- (e) *Demande en SSP.* Certains répondants ont souligné le « double fardeau » des MT et des MNT, ou les répercussions des facteurs de risque liés au mode de vie, comme le tabagisme, l'obésité et la consommation excessive d'alcool, sur la demande en SSP. Certains répondants ont également mentionné la population vieillissante comme un problème pour les soins de santé primaires, de faibles niveaux de connaissances en matière de santé comme faisant augmenter la demande en soins de santé primaires et les déplacements de population comme entraînant une demande supplémentaire en soins de santé primaires.
- (f) *Qualité des services de santé.* La faible qualité des services de santé, les longs temps d'attente et les difficultés à obtenir des rendez-vous médicaux représentaient certains des principaux défis cités en matière de qualité des services de santé. De plus, la délimitation claire des rôles et des responsabilités entre les niveaux de soins primaires, secondaires et tertiaires des services de santé et la fonction d'aiguillage et de filtre des SSP (par les soins primaires) ont été signalées comme d'autres problèmes majeurs.
- (g) *Information sanitaire.* La disponibilité restreinte de données, le manque de SIS adéquats et la sous-utilisation des données disponibles sont quelques-uns des principaux problèmes liés à l'information sanitaire. Certains répondants ont indiqué que la sous-utilisation des données disponibles posait un problème, un seul d'entre eux ayant cité la disponibilité restreinte des données comme un problème en soi et aucun répondant n'ayant indiqué que la mauvaise qualité des données constituait un problème.

Question 7 : Quelles approches intersectorielles a-t-on mis en œuvre pour les soins de santé primaires dans votre pays ?

23. Les soins de santé primaires représentant une approche de la santé tenant compte de l'ensemble de la société, la nature et la portée de la collaboration intersectorielle constituent une dimension importante dans les progrès réalisés. Plus des trois quarts des répondants ont donné des exemples d'approches collaboratives adoptées à l'appui des SSP. Comme le montre le Tableau 4 ci-dessous, ces approches englobaient la collaboration entre un grand nombre de parties prenantes. Des exemples illustratifs d'une telle collaboration sont fournis dans les passages qui suivent :

Tableau 4. Exemples de collaboration à l'appui des SSP cités par les répondants

| Collaboration entre ... | Nombre de répondants |
|--|----------------------|
| Ministère de la Santé et autres ministères | 21 |
| OSC, ONG, milieux universitaires et secteur privé | 20 |
| Autorités de santé aux niveaux national, régional et local | 10 |
| Différentes professions de santé | 7 |
| Niveaux du système de santé | 7 |
| Participation du public/des patients | 7 |

- **Collaboration entre les ministères de la Santé et d'autres ministères**
 - Pays à faible revenu: un programme de prévention du VIH/sida a été mis en œuvre par un comité intersectoriel de haut niveau composé de représentants des ministères de

l'agriculture, de l'éducation, de la sécurité, du travail social, des affaires religieuses, de la condition féminine, des finances, des agences des Nations Unies et des donateurs.

- Pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure : au sein du système décentralisé des services de santé, la responsabilité du renforcement des soins primaires incombe aux autorités sanitaires régionales, qui reçoivent des fonds des autorités locales. Un comité directeur national pour le renforcement des soins primaires réunit les deux principaux groupes de parties prenantes, le ministère de la Santé et les autorités régionales, afin de renforcer la cohérence des politiques. Le ministère de l'Éducation encourage les programmes de santé en milieu scolaire et la protection de l'enfance avec d'autres départements compétents. Les autorités locales sont également impliquées.
- **Collaboration entre OSC, ONG, milieux universitaires et secteur privé et au sein de ces différents groupes :**
 - Pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure : les universités ont conduit une évaluation des schémas comportementaux en matière de santé chez les écoliers, et des messages faisant la promotion d'approches intersectorielles visant à modifier les modes de vie afin d'améliorer la santé ont été systématiquement utilisés dans les crèches, les écoles, les soins primaires et les services de santé publique. Les ONG ont fait la promotion des principes de bonnes pratiques parentales et d'activités éducatives par le biais d'ateliers, de séminaires et de conférences à l'intention des parents et des éducateurs. Des centres publics et privés ont été créés pour les soins de longue durée, la réadaptation et les soins palliatifs des personnes âgées atteintes de démence, d'un AVC ou de cancer.
 - Pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure : depuis janvier 2010, une commission intersectorielle sur la santé, représentant 43 institutions publiques, privées et non gouvernementales, coordonne les activités intersectorielles sur les déterminants de la santé.
- **Collaboration entre autorités de santé et au sein de chacune d'elles au niveau national, régional et local :**
 - Pays à revenu élevé : les réseaux de soins de santé primaires, répartis dans tout le pays, fournissent l'infrastructure nécessaire pour soutenir, ajuster et réformer le système de SSP dans leurs régions respectives. Crées spécifiquement pour identifier et combler les lacunes en matière de soins de santé primaires, ces réseaux collaborent avec d'autres parties prenantes de santé régionales, comme les réseaux hospitaliers locaux et les gouvernements des États et des territoires, pour planifier, concevoir et mettre en place des services de santé qui se fondent sur des données probantes répondant aux besoins particuliers des populations locales et qui intègrent mieux le système de santé à l'échelle locale.
- **Collaboration entre les professions de santé et au sein de chacune d'elles :**
 - Pays à revenu élevé : les médecins généralistes sont les filtres placés entre le niveau de soins primaires et le système de soins de santé spécialisés. Le cas échéant, avec l'aide diagnostique des hôpitaux (analyses de laboratoire, scanners et radiographies), le médecin généraliste oriente les patients vers des spécialistes, des soins hospitaliers ou des services de soins de santé dispensés par les municipalités. Cela signifie que le médecin généraliste a pour responsabilité de s'assurer que les patients reçoivent le traitement le plus approprié et le meilleur possible.

- **Collaboration entre les différents niveaux du système de santé (primaire, secondaire et tertiaire) et au sein de chacun d'eux :**
 - Pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure : le système national de santé a mis en place un système d'aiguillage entre les SSP et d'autres spécialités médicales qui a permis une collaboration plus efficace dans l'intérêt des patients.
- **Collaboration avec participation du public/des patients :**
 - Pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure : un programme pour des communautés et environnements sains est opérationnel dans les municipalités, les communautés et les divers environnements où les gens naissent, vivent, travaillent et vieillissent. Le programme comprend des éléments de SSP sous la forme d'actions de prévention et de promotion de la santé intégrées, à travers desquelles les déterminants sociaux de la santé sont identifiés, contribuant ainsi à l'amélioration de la santé des populations des communautés par la promotion de modes de vie sains.

Question 8 : Quelles innovations importantes ont été introduites dans la mise en œuvre des soins de santé primaires dans votre pays ?

24. Les innovations signalées par les États Membres concernaient principalement les domaines suivants : a) les technologies de l'information et de la communication (TIC) ; b) l'élimination des disparités géographiques ; et c) l'amélioration de la prestation des services, y compris de leur qualité.

- (a) *TIC.* Pour un tiers des répondants, les innovations dans le domaine des TIC se sont concentrées sur l'utilisation des dossiers médicaux électroniques afin d'améliorer la collecte et l'utilisation des données. Plusieurs répondants ont mentionné le développement d'autres applications de cybersanté, comme les applications mobiles qui rendent plus aisément l'accès aux services ou à l'information, et l'aiguillage électronique pour faciliter le transfert des patients au sein des services de soins primaires et secondaires et entre ces différents services.
- (b) *Élimination des disparités géographiques.* Certains répondants ont cité des mesures utilisées pour contribuer à réduire les disparités géographiques, qui correspondaient à celles observées dans le domaine des TIC. Ces mesures englobaient des mesures d'incitation innovantes destinées à rendre le travail dans les régions éloignées plus attrayant, des approches utilisant la numérisation, des applications mobiles afin de faciliter la collecte et l'utilisation des données, et l'introduction de la télémédecine.
- (c) *Amélioration de la prestation des services.* De nombreux répondants ont indiqué qu'ils avaient introduit plusieurs approches innovantes pour améliorer la prestation des services. Le développement de réseaux et des mesures visant à faciliter le partage des données entre prestataires ont été le plus souvent cités. Certains répondants ont également mentionné l'introduction de mesures d'incitation visant spécifiquement à améliorer la qualité des soins, de mesures visant à encourager une plus grande participation du public et l'auto-prise en charge et l'introduction de nouveaux services pour répondre aux demandes en constante évolution dans des domaines comme les soins aux personnes âgées.

Question 9 : Le cas échéant, quels sont les effets plus larges de la mise en œuvre des soins de santé primaires (y compris les innovations qui s'y rapportent) dans votre pays ?

25. Les répondants ont indiqué plus largement que la mise en œuvre des SSP dans leurs pays respectifs s'accompagnait d'amélioration des résultats en matière de santé et d'une plus grande équité :

- (a) *Amélioration des résultats en matière de santé.* De nombreux répondants ont indiqué que la mise en œuvre des SSP a contribué à l'amélioration globale des résultats en matière de santé. À l'inverse, un pays à revenu élevé a signalé que l'absence de mise en œuvre des soins de santé primaires s'était traduite par de mauvais résultats en matière de santé et un pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure a souligné que la mise en œuvre des soins de santé primaires avait permis d'améliorer les résultats en matière de santé à un coût moindre.
- (b) *Meilleur accès.* Plusieurs répondants ont indiqué qu'à la suite de la mise en œuvre des SSP, l'accès aux soins de santé s'était amélioré en général.
- (c) *Plus grande équité.* Plusieurs pays répondants n'ayant pas le même niveau de développement ont indiqué que l'écart entre les groupes socioéconomiques sur le plan de l'état de santé a été réduit grâce à la mise en œuvre des SSP. Certains d'entre eux considèrent également que les SSP ont permis la prestation de services de santé aux populations vulnérables.

Question 10 : Quels enseignements, meilleures pratiques et innovations de l'expérience de votre pays peut-on adapter et échanger pour promouvoir et renforcer les efforts futurs dans la mise en œuvre de soins de santé primaires – et la réalisation de la couverture sanitaire universelle, en concordance avec la cible 3.8 de l'objectif 3 de développement durable ?

26. L'enquête auprès des États Membres a permis de recueillir des suggestions sur les enseignements tirés, les meilleures pratiques et les innovations qui pourraient être adaptés et partagés afin de promouvoir et d'intensifier les efforts futurs dans d'autres domaines de la mise en œuvre des SSP et de la réalisation de la CSU.

Enseignements clés

27. *Disponibilité d'un personnel de santé qualifié.* Plusieurs répondants, représentant en grande partie des pays à revenu faible ou intermédiaire de la tranche inférieure, ont souligné l'importance de disposer d'un personnel qualifié, formé et motivé pour dispenser des services de santé de qualité. Certains d'entre eux ont, en outre, souligné que la mise en œuvre des SSP ne dépendait pas seulement des effectifs de santé mais aussi de la qualité de ce personnel.

« La construction d'établissements de santé, leur équipement et l'affectation de personnel qualifié a amélioré l'accessibilité géographique des soins de santé de base dans tout le pays et a permis de renforcer l'équité. » (pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure)

28. *Volonté politique, bonne gouvernance et leadership.* Les répondants ont souligné qu'une vision et un engagement politiques partagés et soutenus sont nécessaires « de haut en bas » – c'est-à-dire à tous les niveaux de gouvernement – pour parvenir à mettre en œuvre les SSP. Les progrès graduels et le renforcement des capacités au sein du gouvernement et dans le secteur public ont également été cités comme des éléments clés de la capacité d'un gouvernement à exercer un leadership politique de manière positive.

29. *SSP en tant que filtre.* Plusieurs répondants ont fait référence à la fonction de filtre des SSP (par le biais des soins primaires), qui permet aux patients d'être dirigés vers le niveau de soins approprié. Dans le cas contraire, une plus grande importance serait accordée à des mesures curatives plutôt que préventives.

Meilleurs pratiques

30. *Collaboration.* De nombreux répondants ont indiqué que l'engagement avec les décideurs locaux ou avec les utilisateurs des services était la clé du succès – en particulier ceux qui encouragent la participation active des populations et leur appropriation des interventions.

« Le point de départ est le droit à la santé, un droit qui implique à la fois des droits et des responsabilités de la part des personnes, des familles et des communautés qui utilisent les services de santé, ainsi que l'obligation pour l'État de respecter, protéger et réaliser ce droit pour tous ses citoyens autour des principes de disponibilité, accessibilité, acceptabilité, qualité, chaleur humaine et humanité. » (pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure)

31. *Filtre et aiguillage.* Le rôle d'aiguillage et de filtre des SSP (par le biais des soins primaires) a été également cité comme une bonne pratique clé par plusieurs répondants.

32. *Élaboration de programmes fondés sur des données probantes.* Deux pays répondants à revenu intermédiaire de la tranche supérieure ont fait état de bonnes pratiques dans le domaine de l'élaboration de programmes fondés sur des données probantes, tels que la prévention systématique et structurée au niveau des SSP et les soins pour les maladies chroniques.

Innovations

33. *Modèles de financement.* De nombreux répondants ont fait état de l'utilisation de fonds renouvelables, abordant les questions socioéconomiques dans le cadre d'un système subventionné, et certains ont mentionné la fourniture de médicaments/subventions afin de réduire le coût du traitement des maladies chroniques.

« Introduire des mécanismes de financement souples et adéquats pour soutenir les différentes stratégies prioritaires de paiement des services de SSP (une capitation bien pondérée de 70 à 80 % combinée à une rémunération à l'acte bien définie/priorisée de 10 à 20 % et 10 % récompensant une qualité particulière), et des mécanismes de récompense pour les activités de collaboration dans les domaines des soins à domicile, des soins palliatifs, des services de réadaptation, les soins aux femmes enceintes ou ayant accouché, et la pharmacie (c'est-à-dire les services de sevrage tabagique, les politiques sur la sécurité des médicaments), etc. » (pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure).

34. *Cybersanté et innovations liées au système de dossiers électroniques.* Plusieurs répondants ont signalé des innovations clés dans le domaine de la cybersanté. Certains d'entre eux ont introduit leurs technologies récemment adoptées, telles que : a) la mise en œuvre de projets de télémédecine, en particulier dans les provinces enclavées ; b) un système de dossiers médicaux électroniques ; et c) des technologies basées sur des applications mobiles.

35. *Mesures de santé intégrées innovantes.* Plusieurs répondants ont fait mention de mesures de santé intégrées innovantes, telles que des services coordonnés de SSP axés sur le patient pour garantir la continuité des soins ainsi que des équipes interdisciplinaires basées dans les centres de santé communautaires offrant des services de sensibilisation sur place et à domicile.

« Le modèle mixte d'entreprises privées au sein d'un système de santé publique entièrement financé représente un défi de taille et exige un engagement pangouvernemental ferme à l'égard de l'élaboration de solutions innovantes. » (pays à revenu élevé)

36. *Soins innovants destinés à des groupes de population spécifiques*, tels que les soins à domicile, les soins palliatifs, les soins intégrés pour les personnes souffrant d'un handicap et les soins ponctuels et de longue durée pour les personnes âgées, ont été cités comme importants pour les pays confrontés à de profondes transformations démographiques.

Question 11 : À quels problèmes votre pays est-il confronté dans ses efforts de mise en œuvre complète des soins de santé primaires et d'atteindre la cible 3.8 de l'objectif 3 de développement durable d'ici 2030 ?

37. Les principaux problèmes identifiés par les répondants portaient sur le personnel de santé, les SIS, le financement de la santé, la participation des populations, la demande en soins de santé et l'accès à ces soins.

- (a) *Personnel de santé.* De nombreux répondants ont cité le personnel de santé comme représentant un problème pour eux. La grande majorité de ces répondants, provenant principalement de pays à faible revenu, ont particulièrement insisté sur la question de la pénurie de personnel de santé. Toutefois, quelques pays à revenu élevé ont également souligné la menace potentielle d'une pénurie de personnel de santé dans un avenir proche. Un nombre important de répondants ont indiqué que l'insuffisance des compétences en SSP constituait une lacune importante dans les efforts visant à mettre pleinement en œuvre les SSP. L'absence de « bonne gouvernance » dans les systèmes de santé nationaux et les inégalités régionales dans la répartition du personnel de santé sont d'autres défis majeurs signalés par les répondants.

« [Problèmes identifiés :] *Manque de disponibilité de professionnels de la santé spécialisés et manque de prise en compte de la part des établissements qui réglementent la formation universitaire de niveau supérieur (notamment en termes de programmes d'études et de spécialisation) des besoins de santé des populations des zones reculées.* » (pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure)

« [Problèmes identifiés :] *Capacité de réglementation du gouvernement faible – mettre davantage l'accent sur la prestation plutôt que sur la garantie des services de santé ; urbanisation rapide et non planifiée associée à une faible mise en œuvre des SSP en milieu urbain ; faible gestion du personnel de santé (production, recrutement, déploiement, maintien en poste du personnel).* » (pays à faible revenu)

- (b) *SIS.* Plusieurs répondants ont indiqué que le sous-développement des SIS était l'une des principales lacunes constatées. Les liens en termes d'information entre les niveaux de soins de santé qui ont une incidence sur la continuité des soins seraient faibles, et il y a un manque évident de planification fondée sur des données probantes. Ce manque de développement des SIS est principalement imputable à la très faible allocation budgétaire et aux investissements limités dans l'infrastructure des technologies de l'information et de la communication dans le secteur de la santé.
- (c) *Financement de la santé.* De nombreux répondants, provenant principalement de pays à revenu faible ou intermédiaire de la tranche inférieure, ont identifié les ressources financières limitées ou peu fiables comme étant une lacune majeure, et plusieurs d'entre eux ont indiqué que l'absence de répartition équitable des ressources en matière de soins de santé était un problème. En outre, une absence de mécanismes viables de protection

financière, une insuffisance des infrastructures sanitaires, un approvisionnement en produits de santé non pérenne et désorganisé, et un financement public limité ou peu fiable figureront parmi les principaux problèmes qui se poseront dans le futur, principalement aux pays répondants à revenu faible ou intermédiaire de la tranche inférieure.

- (d) *Participation des populations.* Plusieurs répondants ont indiqué que le manque de participation du public/des populations dans le domaine de la santé constituait une préoccupation majeure pour les activités futures. La faible priorité accordée aux soins centrés sur le patient et les populations, la participation insuffisante du secteur privé, le manque de transparence et de redevabilité (notamment de la part des partenaires au développement et des gouvernements) ont été cités par les répondants comme les principaux défis auxquels les États Membres ont à faire face.
- (e) *Demande en soins de santé et accès.* Les répondants ont cité les évolutions démographiques, les défis croissants posés par les MNT et l'évolution des schémas de morbidité comme pouvant avoir un effet important sur la demande en soins de santé à l'avenir. En outre, les inégalités socioéconomiques dans l'accès aux soins de santé et, même là où une couverture universelle et complète a été ou sera probablement atteinte, l'accès en temps voulu à des services de santé de qualité dans l'ensemble du pays a été cité comme d'autres défis majeurs auxquels les États Membres sont encore actuellement confrontés.

Question 12 : Quels efforts doivent être entrepris dans l'avenir par les acteurs gouvernementaux au niveau national et sous-national dans votre pays pour la mise en œuvre complète des soins de santé primaires et la réalisation de la cible 3.8 de l'objectif 3 de développement durable d'ici 2030 ?

38. Les répondants ont mentionné plusieurs mesures clés à prendre par les acteurs gouvernementaux aux niveaux national et sous-national pour mettre pleinement en œuvre les SSP et atteindre l'OMD 3.8 d'ici 2030. Il s'agit notamment de mesures dans les domaines prioritaires suivants :

- (a) *Engagement financier et financement diversifié.* Un engagement financier du gouvernement à l'égard des SSP a été jugé essentiel pour garantir la mise en œuvre complète des SSP et l'atteinte de l'ODD 3.8. Certains répondants ont spécifiquement identifié la nécessité de diversifier le financement des SSP, en mettant en place par exemple des mécanismes innovants pour mobiliser des ressources supplémentaires, comme l'une des mesures les plus importantes à prendre par les gouvernements.

« Des investissements continus dans des modèles de financement mixte qui encouragent des services de SSP souples et proactifs dispensés en équipe pour ceux qui doivent en bénéficier ainsi que des résultats de qualité en matière de santé. » (pays à revenu élevé)

« Le budget de la santé du pays devrait représenter 6 % du PIB national, dont 30 % devraient être consacrés aux SSP. » (pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure)

- (b) *Utilisation efficace du financement.* Outre les engagements du gouvernement en matière de financement des SSP, l'utilisation efficace de ce financement et d'autres ressources, par l'établissement de priorités en matière de ressources et l'optimisation des ressources, a également été citée comme étant essentielle à une meilleure mise en œuvre des SSP et à la réalisation des résultats souhaités à l'avenir. Plus d'un quart des répondants ont suggéré

d'améliorer l'efficacité de l'utilisation du financement et des ressources. Certains répondants ont souligné l'importance d'accroître la redevabilité et la transparence dans l'utilisation des fonds.

« Le Ministère de la Santé Publique a principalement un rôle d'intendance car les services (via des packages) sont mis en œuvre principalement par des ONG dans les zones rurales et défavorisées du pays. En vertu de ce rôle, le Ministère de la Santé Publique doit mettre davantage l'accent sur le contrôle des dépenses des ONG et exercer une surveillance stricte sur la qualité de leurs services. » (pays à faible revenu)

- (c) *Amélioration de la protection financière en matière de santé.* Les répondants ont mentionné la nécessité d'accroître l'accès au financement commun et de réduire les dépenses de santé à la charge des patients. Plusieurs répondants ont suggéré qu'un accès accru à un financement commun et à d'autres formes de protection financière est essentiel pour garantir la mise en œuvre complète des SSP et la réalisation de l'ODD 3.8.
- (d) *Législation relative aux SSP et élaboration d'une stratégie globale.* Une orientation stratégique sous forme de mesures législatives et d'élaboration de stratégies a été citée par les répondants comme un domaine d'action très important. Certains répondants ont signalé une lacune dans la législation en matière de SSP dans leurs pays respectifs – en particulier dans les domaines de la médecine familiale, des soins infirmiers, des soins dispensés par les sages-femmes, des soins communautaires, des soins de réadaptation, des soins palliatifs et des services de soins à domicile. Près de la moitié des répondants ont souligné l'importance du rôle du gouvernement dans l'élaboration des stratégies SSP.

« La législation de la Politique nationale de santé publique sera la clé de la sécurité des personnes dans notre pays. » (pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure)

- (e) *Renforcement de la capacité de leadership.* Ce domaine a été mentionné par de nombreux répondants comme une mesure gouvernementale clé pour améliorer la mise en œuvre des SSP. La moitié des répondants ont souligné l'importance de la coordination et de la participation avec d'autres parties prenantes et environ un tiers des répondants ont indiqué que la capacité de gestion interne du gouvernement devait être renforcée. En outre, plusieurs répondants ont souligné la nécessité de renforcer les capacités techniques au sein du gouvernement.

« Gouvernance du secteur de la santé – les rôles et les responsabilités doivent être clairement séparés. Il est urgent de clarifier les rôles des différents niveaux de gouvernement (fédéral, provincial, local) et de mettre en place des structures adéquates pour piloter ces fonctions. » (pays à faible revenu)

Question 13 : Comment percevez-vous le rôle futur de l'OMS et d'autres partenaires (par exemple les organisations non gouvernementales, les organisations locales, la société civile et les secteurs privé et philanthropique, d'autres entités des Nations Unies) dans la mise en œuvre des soins de santé primaires dans votre pays ?

39. Presque tous les répondants ont exprimé leurs attentes à l'égard de l'OMS et d'autres partenaires pour l'avenir. En particulier, le rôle de l'OMS en tant qu'« autorité technique, normative et fédératrice en matière de santé » a été souligné par les répondants. Voici quelques-uns des rôles clés attendus de l'OMS et d'autres partenaires pour soutenir la mise en œuvre des SSP :

- (a) *Rôle fédérateur.* De nombreux répondants ont exprimé l'espoir que l'OMS apporterait un soutien continu à la coordination de l'ensemble des partenaires, notamment les ANE

(certains mentionnant spécifiquement le secteur privé), les ONG et les OSC, pour une mise en œuvre efficace des SSP dans les années qui viennent. Certains pays à revenu faible ou intermédiaire de la tranche inférieure ont souligné la nécessité pour l'OMS de mettre à disposition davantage de ressources financières aux pays dans le cadre de ce rôle fédérateur, notamment en mobilisant des partenaires pour l'élaboration de programmes communs.

« Faire converger les efforts de tous les partenaires sous l'égide de l'OMS par l'élaboration de programmes/projets conjoints répondant aux priorités stratégiques nationales. »
(pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure)

- (b) *Rôle dans la coopération technique.* La coopération technique en vue de l'élaboration et de la mise en œuvre de stratégies, le renforcement des systèmes de santé sur la base des six piliers – santé dans toutes les politiques, financement de la santé, législation en matière de santé, évaluation et gestion des technologies de la santé, approches en matière de santé communautaire et recherche pour améliorer la prestation des services – sont quelques-uns des rôles essentiels que les répondants aimeraient voir l'OMS et d'autres partenaires assumer. En outre, quelques répondants aimeraient également recevoir de l'aide pour élaborer un cadre d'évaluation et pour évaluer la mise en œuvre des SSP au niveau national.
- (c) *Renforcement des capacités.* Plusieurs répondants, en particulier les pays à revenu faible et intermédiaire de la tranche inférieure, ont souligné la nécessité pour l'OMS et ses partenaires d'appuyer le renforcement des capacités des systèmes de santé en privilégiant une « vision à long terme » dans les domaines suivants : a) le personnel de santé (formation des agents de santé, notamment les agents de santé communautaires) ; b) la surveillance ; c) la capacité en matière de réglementation ; et d) la mise à disposition d'installations de diagnostic et de logistique dans les établissements de SSP curatifs.
- (d) *Politiques et transfert de connaissances fondés sur des données probantes.* Plusieurs répondants ont indiqué qu'ils souhaitaient que l'OMS conduise des recherches systématiques et produise des données probantes pour appuyer l'élaboration des politiques en matière de santé, l'évaluation des meilleures pratiques, la documentation et le partage des meilleures pratiques entre États Membres et la facilitation des échanges d'expériences entre États Membres.

« Sur la base des expériences nationales, la collaboration avec l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, qui est hébergé par l'Organisation mondiale de la santé/Bureau régional de l'Europe, est parvenue très efficacement à réduire l'écart entre l'élaboration de politiques et la science, ce qui a permis de prendre des décisions fondées sur des données factuelles. »
(pays à revenu élevé)

- (e) *Plaidoyer.* Les répondants ont spécifiquement cité le plaidoyer auprès des gouvernements en faveur d'une augmentation des dépenses de santé en pourcentage du PIB, d'une plus grande équité en matière de santé et de l'institutionnalisation des soins de base, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire de la tranche inférieure, comme certains des rôles clés que les répondants attendent être assumés par l'OMS et d'autres partenaires. D'autres répondants ont cité le plaidoyer pour la santé dans toutes les politiques et pour une législation spécifique sur les soins de santé primaires. Certains répondants des pays à revenu faible et intermédiaire de la tranche inférieure ont souligné la nécessité de mener des activités de plaidoyer auprès de plusieurs parties prenantes, notamment les donateurs, les décideurs, les universitaires, les organisations professionnelles et les partenaires au développement, pour renforcer les capacités de mise en œuvre des SSP.

« Notre système de santé est axé sur les soins de santé primaires, mais l'OMS pourrait accroître ses activités de plaidoyer afin d'inscrire les soins de santé primaires dans les agendas politiques de notre pays et renforcer les partenariats pour les soins de santé primaires et leur mise en œuvre. En outre, l'OMS pourrait appuyer les réformes en matière de soins de santé primaires dans notre pays, mobiliser davantage d'organisations du système des Nations Unies, la coopération bilatérale et multilatérale et les OSC pour soutenir les soins de santé primaires. » (pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure)

- (f) *Rôle normatif.* Les répondants souhaitent que l'OMS continue de jouer un rôle de chef de file dans l'élaboration de normes et de lignes directrices stratégiques et opérationnelles pour poursuivre la mise en œuvre des soins de santé primaires au niveau mondial dans l'intérêt des États Membres.

« L'Organisation mondiale de la santé devrait continuer d'être un chef de file au niveau mondial et de montrer la voie en matière de santé. L'organisation indique ce qui « devrait être fait » tout en fournissant des données probantes et des conseils sur la façon d'y parvenir. Elle partage les innovations performantes, tient le gouvernement redétable afin de s'assurer que les soins primaires sont en mesure de jouer un rôle prépondérant dans la viabilité du système de santé et l'amélioration de la santé des populations. » (pays à revenu élevé)

Conclusions de l'examen documentaire

40. Les problèmes qui se dégagent de l'examen documentaire sont très proches de ceux signalés dans le questionnaire destiné aux États Membres. La présente section donne un aperçu des principaux enseignements tirés de cet axe d'analyse.

3.1. Progrès dans la mise en œuvre des SSP : principales réalisations

41. Les documents examinés font état d'une évolution généralement positive au cours des 40 dernières années. De nombreux indicateurs de santé ont continué de s'améliorer dans la plupart des pays du monde et, dans l'ensemble, les gens sont en meilleure santé et vivent plus longtemps qu'il y a 40 ans. Des progrès particulièrement importants ont été accomplis dans la couverture des soins de santé de base, la santé des enfants, la vaccination, et la lutte contre un certain nombre de maladies infectieuses et l'éradication de celles-ci. En outre, en réponse à l'émergence des MNT comme menace pour la santé et fardeau toujours plus lourd pour les systèmes de santé, l'accès aux services essentiels de santé préventive et curative dans ce domaine a considérablement progressé dans de nombreuses régions du monde.

42. Ces documents donnent à penser que les mesures prises par les États Membres et d'autres acteurs pour mettre en œuvre les SSP ont contribué à ces résultats. Depuis la Déclaration d'Alma-Ata de 1978, de nombreux gouvernements ont reconnu que la santé était un droit fondamental et universel pour tous, une condition essentielle du développement intégré et durable des peuples et une nécessité pour une croissance économique équitable. En conséquence, de nombreux gouvernements ont mis en œuvre des réformes en profondeur de leurs systèmes de santé par le biais de diverses politiques et stratégies visant à promouvoir la vision de la Déclaration d'Alma-Ata pour des SSP équitables, efficaces, efficaces et adaptés, qui en retour ont favorisé l'extension d'une CSU complète. Ces politiques et stratégies englobent l'élaboration de stratégies nationales en matière de santé, des listes de médicaments essentiels, des cadres réglementaires dans divers aspects de la santé (par exemple la profession médicale, les médicaments et l'équipement médical, les questions relatives au respect de la vie privée des patients, etc.). Elles se caractérisent généralement par une approche complète et globale de la santé – par exemple, en ne se contentant pas de faire progresser les programmes d'amélioration de la santé pour tous tout au long de la vie, mais en exploitant plutôt les progrès en matière de santé comme fondement d'un développement durable. Des documents plus récents mettent en lumière explicitement ce lien dans le domaine des ODD.

43. En plus des réformes des systèmes de santé, l'augmentation des dépenses de santé publique à l'échelle mondiale est l'un des principaux progrès documentés concernant les objectifs d'Alma-Ata – notamment la contribution des SSP à la CSU. Les données recueillies et analysées depuis 2000 confirment cette tendance positive, montrant une augmentation des dépenses publiques par habitant quelle que soit la catégorie de revenu des pays. Toutefois, cette augmentation varie considérablement d'une catégorie de revenu à l'autre et à l'intérieur d'une même catégorie, ce qui est révélateur de schémas de dépenses divergents entre pays riches et pays pauvres. Alors que les dépenses par habitant des pays à revenu élevé sont passées en moyenne de US \$1357 en 2000 à US \$2257 dollars en 2016, celles des pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure sont passées d'environ US \$130 en 2000 à US \$270 en 2016. De la même manière, dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, les dépenses publiques de santé par habitant sont passées de 30 à US \$58 au cours de la même période. Dans les pays à faible revenu, les dépenses de santé par habitant en termes réels ont considérablement fluctué au cours de la même période jusqu'à atteindre en 2016 environ US \$9 dollars en moyenne par habitant, soit seulement 2 dollars de plus qu'en 2000.³⁰

³⁰ Public Spending on Health: a closer look at Global Trends., Geneva: World Health Organization; 2018, p. 13.

44. Une partie des différences en termes de réalisations dans les pays (par exemple en termes d'investissement, de dépenses à la charge des patients, d'intégration des systèmes de santé publique et de sécurité sociale, de couverture des services et d'indicateurs de résultats de santé) a été décrite comme étant imputable à des trajectoires de développement économique et social différentes. Comme le souligne un rapport régional, ces différences peuvent s'expliquer par l'évolution historique de l'État providence, qui est elle-même influencée par les variables économiques, sociales, démographiques et politiques propres à chaque pays. L'augmentation des dépenses a également varié au fil du temps en raison des fluctuations économiques susmentionnées et, dans certaines régions, le recul constaté à ce jour est dû aux conflits armés et aux tensions engendrées par les migrations et déplacements de populations. Dans l'ensemble, cependant, les dépenses totales de santé ont augmenté plus rapidement que le PIB mondial, et encore plus dans les pays à revenu faible ou intermédiaire de la tranche inférieure (près de 6 % en moyenne),³¹ dont certains consacrent plus de la moitié des dépenses de santé publique aux SSP.³²

45. Dans ce contexte de réalisations, de bonnes pratiques et d'exemples de réussite à l'échelle mondiale, les documents analysés pointent également des domaines de réalisation précis ciblés dans la présente étude – notamment ceux liés à l'innovation, aux approches intersectorielles et à la contribution des progrès en matière de SSP aux résultats globaux en matière de santé, d'équité, de collaboration intersectorielle et d'efficience.

3.1.1. Innovation

46. Les documents examinés font état d'un large éventail d'innovations en matière de SSP. Au nombre de ces innovations figurent les innovations dans le domaine des progrès technologiques et des TIC, en particulier au cours de la dernière partie de l'ère post-Alma-Ata. Ainsi, certaines TIC ont permis à des personnes vivant dans des régions reculées et mal desservies d'avoir accès à des services et à des compétences qui ne leur auraient pas été accessibles autrement, en particulier dans les pays où la répartition des médecins, des infirmières et des professionnels de la santé est inégale ou en cas de pénurie chronique ou lorsque l'accès aux installations et aux conseils d'experts nécessite de longs déplacements. Dans de tels contextes, l'objectif d'amélioration de l'accès aux soins de santé a stimulé l'adoption de la technologie pour les services de diagnostic, de surveillance et de consultation à distance. L'Internet est considéré comme une innovation clé ayant permis de grands progrès dans le domaine des TIC, tout comme les technologies « leapfrog » qui permettent de rattraper tout retard très rapidement et qui ont permis à tous les établissements de santé dans de nombreux pays d'accéder à une connectivité téléphonique généralisée.

47. Les innovations spécifiques présentées dans les documents analysés dépassent toutefois le cadre de la technologie. D'après les documents examinés, ces innovations appartiennent peu ou prou aux catégories suivantes :

- **Innovations visant à déléguer la prise de décisions et à améliorer la redevabilité vis-à-vis des autorités régionales et municipales.** Dans une région OMS, par exemple, cette décentralisation a permis une meilleure intégration des soins de santé et des services sociaux dans certains pays, une meilleure coordination des services avec les soins secondaires dans d'autres, un renforcement des activités de prévention et un meilleur alignement entre les services et les besoins des communautés locales dans d'autres encore. Plus généralement, dans ces pays, la décentralisation a contribué à stimuler l'innovation en termes de politiques et à contenir les dépenses de santé sans agraver les inégalités en matière de soins de santé, améliorant ainsi les résultats dans le domaine de la santé. De la même manière, dans certains pays d'une autre région OMS, les réformes de santé ont

³¹ Ibid., p. 1.

³² Ibid.

cherché à améliorer l'accès en décentralisant vers les niveaux régionaux et locaux et en réorientant les SSP sur les familles et les communautés.

- **Innovations visant à améliorer la gestion des SSP.** Plusieurs pays (en particulier les pays à revenu élevé) ont introduit des innovations pour améliorer la gestion des prestataires de SSP afin d'accroître leurs performances et d'obtenir de meilleurs résultats au niveau du système de santé. Ces innovations ont porté sur le renforcement de la capacité de planification des activités, le transfert des rôles et des responsabilités entre autorités et praticiens, l'embauche de médecins de famille indépendants pour étendre la disponibilité des services, et sur divers changements dans la rémunération (notamment la mise en place de paiements liés aux performances visant à améliorer la qualité des soins) et les régimes d'assurance maladie.
- **Innovations visant à autonomiser les personnes et les communautés.** De nombreux pays à revenu élevé ont adopté un système administratif qui permet au patient de choisir son médecin de famille. Dans un pays en particulier, les obstacles à l'accès des populations réfugiées ont été atténués en facilitant leur accès aux centres de santé pour migrants et en dispensant des services dans leur langue maternelle.
- **Innovations visant à promouvoir la collaboration intersectorielle.** Ces innovations constituent un domaine vaste et bien particulier qui seront traitées séparément un peu plus loin dans la section intitulée *Approches intersectorielles*.
- **Innovations visant le financement de la santé.** Ces types d'innovations vont de l'introduction de systèmes de sécurité sociale et d'assurance maladie et de formules de prestations de base qui permettent à tous les citoyens de rechercher un niveau de soins de base, à la mise en place de paiements groupés pour un ensemble de services, en passant par l'introduction de modalités offrant des incitations financières aux généralistes afin d'améliorer leurs performances. D'autres innovations financières ont été mises au point pour cibler spécifiquement les populations pauvres ou marginalisées – par exemple, par le biais de systèmes bénéficiant de subventions et de subventions croisées (grâce auxquels les groupes à revenu élevé subventionnent les coûts de santé des groupes à faible revenu) et de fonds renouvelables pour les médicaments et fournitures médicales. Dans de nombreux pays, la mise en place de régimes d'assurance maladie – par le biais d'un large éventail de modèles de financement offrant différents degrés de couverture et de stratégies d'amélioration de l'accès – a permis de mettre le CSU à portée de main et de mettre davantage les patients à l'abri de dépenses financières exorbitantes, réduisant ainsi un obstacle majeur à l'accès aux services de santé.
- **Innovations visant le personnel de santé.** Ces innovations ont porté sur la création et la gestion du personnel de santé dans les pays et englobent : la formation et l'éducation visant à acquérir un personnel de santé possédant les connaissances et les compétences nécessaires pour placer les SSP au centre des systèmes de santé ; la définition des rôles et responsabilités du personnel de santé afin de gérer efficacement les défis actuels et futurs ; l'utilisation des ressources technologiques, notamment les solutions informatiques, pour accroître le rôle du personnel de santé.
- **Innovations visant la prestation des services.** Le nombre de pays qui utilisent les systèmes de cybersanté à des degrés divers (des ordonnances électroniques en passant par les systèmes d'aiguillage des patients) a augmenté de façon spectaculaire, contribuant à renforcer la prestation de services en dynamisant la création et l'échange d'informations entre les diverses disciplines médicales (ainsi qu'entre les secteurs techniques et les services sociaux) d'une manière multidisciplinaire, améliorant ainsi l'efficacité et l'efficience dans la prestation de soins de santé. Ceci est particulièrement pertinent dans la gestion des soins de longue durée

et pour le traitement de morbidités multiples, où plusieurs disciplines médicales sont nécessaires pour collaborer efficacement dans l'intérêt du patient.

Dans nombre de ces domaines, l'innovation a souvent eu lieu au niveau infranational. Dans le même temps, il a été constaté que les ministères de la Santé (ainsi que d'autres secteurs du gouvernement) se sont efforcés de mettre en place des services d'innovation et d'inclure l'innovation dans leurs stratégies et plans.

3.1.2. Approches intersectorielles

48. Tous les documents clés analysés dans le cadre de cette étude ont mis en évidence les nombreuses interprétations données à ce terme et la nécessité de mieux comprendre ce que signifient les approches intersectorielles de la santé et la manière dont elles pourraient idéalement être adoptées dans les pays. Ces documents suggèrent qu'une collaboration intersectorielle optimale consiste en une approche impliquant l'ensemble du gouvernement et de la société – par exemple, en identifiant et en exploitant concrètement les liens entre politiques agricoles, éducatives, environnementales, fiscales, de logement, de transport et autres et en veillant à ce que les politiques, stratégies et interventions de santé prennent en compte la santé dans une perspective plus globale et plus intégrée. Il est important de noter que cette approche souligne également la relation de réciprocité, c'est-à-dire la collaboration avec d'autres secteurs pour s'assurer que les politiques, stratégies et actions respectives intègrent également une approche en matière de santé, le cas échéant. Face à ce modèle de collaboration, les rapports analysés suggèrent que la tendance au sein du secteur de la santé a trop souvent été de considérer la collaboration comme largement symbolique, unilatérale et intéressée – c'est-à-dire un modèle dans lequel les acteurs du secteur de la santé ont cherché à amener d'autres secteurs à aider les services de santé (par exemple, en mobilisant les enseignants pour contribuer à la distribution de moustiquaires). Cette conceptualisation limitée a constitué un obstacle important, empêchant de recueillir les fruits de l'action intersectorielle – non seulement par de meilleurs résultats en matière de santé, mais aussi par de meilleurs résultats dans les autres secteurs et une efficacité accrue et multipliée entre les divers secteurs et au sein de ceux-ci.

49. Malgré la nécessité d'une conceptualisation plus large et plus claire de la notion de collaboration intersectorielle optimale, les rapports analysés aux fins de la présente étude ont révélé un multitude d'approches intersectorielles élaborées et appliquées depuis 1978, allant de la planification intersectorielle et de la mise en œuvre d'initiatives multisectorielles dans les communautés rurales à la mise en œuvre du concept de santé dans toutes les politiques au niveau national, en passant par des initiatives ayant une dimension régionale, comme le montrent les exemples ci-après.

- **Approches intersectorielles au niveau communautaire.** Reconnaissant qu'en fait la programmation intégrée d'un engagement pleinement intersectoriel au niveau gouvernemental exige souvent des changements fondamentaux, souvent structurels et culturels, dans la façon dont les entités gouvernementales fonctionnent et dont les mesures d'incitation institutionnelles sont conçues, les approches intersectorielles à ce niveau sont fondées sur le fait que la coordination et la collaboration peuvent souvent plus facilement être réalisées au niveau local. Plusieurs pays s'efforcent d'améliorer la coordination des services sociaux et de santé en fusionnant les conseils de santé et les conseils de protection sociale en une seule entité, afin de garantir que les services sociaux et les services de santé seront gérés et financés par les autorités municipales ou régionales. Certains pays signalent que cette approche a le potentiel de renforcer la coordination et l'intégration des services, en particulier pour les groupes particulièrement vulnérables tels que les personnes âgées, les personnes souffrant de maladies mentales et les personnes qui ont une addiction à l'alcool ou aux stupéfiants.

- **Approches intersectorielles au niveau national.** Un certain nombre de rapports analysés dans le cadre de l'examen documentaire décrivent la manière dont les gouvernements nationaux ont cherché à renforcer une approche impliquant l'ensemble du gouvernement et de la société. Habituellement, les domaines dans lesquels les gouvernements nationaux ont encouragé l'action intersectorielle sont la sécurité routière, l'eau et l'assainissement, la sécurité alimentaire, les pandémies et la santé comportementale (nutrition, tabagisme, maladies sexuellement transmissibles, par exemple), par le biais de politiques, stratégies et lignes directrices visant à l'encourager ou l'imposer. Dans certains cas, les gouvernements nationaux ont également encouragé des approches « ascendantes » de l'action intersectorielle par le biais de partenariats de soins intégrés réunissant dans des réseaux de collaboration prestataires de services de soins de santé et de services sociaux, représentants bénévoles et communautaires et utilisateurs de services pour répondre de façon innovante aux besoins des communautés locales. Dans d'autres pays où il n'existe pas de structures intersectorielles formelles et permanentes, les gouvernements ont recherché une collaboration intersectorielle ponctuelle – par exemple par le biais de groupes de travail interministériels ad hoc. Un rapport régional illustre la manière dont les gouvernements nationaux peuvent intégrer le travail intersectoriel dans leur système de santé. Il présente l'expérience d'un pays dans laquelle un gouvernement national a expressément opté pour la coordination intersectorielle (parallèlement à d'autres choix politiques, tels que le développement du personnel de santé) comme moyen de prolonger l'espérance de vie, de réduire la mortalité infantile et d'atteindre d'autres résultats de santé ciblés – ceci malgré des difficultés économiques importantes. Dans ce cas, la formation médicale a été délibérément recalibrée pour exiger des professionnels de la santé qu'ils sachent ce que sont les déterminants sociaux de la santé et, par extension, qu'ils se tournent vers la médecine préventive et les interventions curatives. De la même manière, les professionnels de la santé étaient également tenus de travailler en équipes multidisciplinaires dans des établissements dispensant des soins primaires complets, dans lesquels ils travaillaient en contact étroit avec leurs communautés, les services sociaux et les écoles, les principales OSC et diverses autorités gouvernementales. Il est important de noter que ces équipes multidisciplinaires étaient tenues conjointement responsables de la santé de la population relevant de leur zone géographique.
- **Approches intersectorielles aux niveaux mondial et régional.** En 2003, 168 pays sont devenus signataires de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, pour laquelle ils se sont engagés à prendre des mesures coordonnées et intersectorielles pour : mettre en œuvre des augmentations des prix du tabac par taxation ; réglementer le conditionnement et l'étiquetage des produits du tabac ; mener des campagnes éducatives ; mettre en place des interdictions pour la publicité du tabac ; et soutenir l'arrêt du tabac – notamment par le biais de mécanismes régionaux. Plusieurs exemples provenant d'une région OMS montrent les possibilités que peut offrir la collaboration intersectorielle au niveau régional dans d'autres domaines, par exemple l'intégration des questions d'environnement et de santé dans les politiques en matière de transports.

3.1.3. Contribution plus large des progrès en termes de SSP

50. En tant qu'ensemble large de principes, les SSP et leur mise en œuvre ont depuis longtemps été présentés comme ayant le potentiel de peser considérablement sur les résultats de santé, de renforcer l'équité et d'améliorer la prestation efficace de soins de santé. La mise en œuvre des soins de santé primaires peut aussi avoir un grand impact sur les coûts, par exemple en réduisant le nombre d'interventions inutiles dans les établissements de soins de santé secondaires et tertiaires. Dans ces scénarios, la fonction de filtre des SSP (par le biais des soins primaires), qui repose sur la qualité et la formation du personnel SSP ainsi que sur des politiques bien conçues, des systèmes d'aiguillage opérationnels et des cadres réglementaires, est considérée comme essentielle pour réduire les coûts

de santé aussi bien pour les systèmes de santé que pour les patients. En outre, en promouvant une meilleure santé pour tous et par conséquent une plus grande équité, la mise en œuvre des SSP – par exemple, par une productivité accrue, l'éducation, etc. – est censée contribuer à la réalisation d'autres droits de l'homme.

51. Malgré ces effets présumés plus larges, aucun des documents analysés dans l'examen documentaire ne les aborde explicitement. Tous suggèrent plutôt que les SSP, lorsqu'ils sont mis en œuvre de façon significative, constituent le meilleur moyen d'atteindre ces impacts plus larges, que ce soit en termes de santé globale des populations, de santé pour tous, d'optimisation globale des ressources des interventions en santé, ou de toutes ces questions réunies.

52. En ce qui concerne l'effet des SSP sur les **résultats en matière de santé**, les documents indiquent clairement que, même si ces résultats se sont améliorés au cours des quatre dernières décennies, cela ne peut être attribué uniquement aux SSP. Au cours des 40 dernières années, nous avons assisté à une réduction significative de la pauvreté, à une amélioration de l'accès à l'éducation, au relèvement des niveaux d'alphabétisation et à d'autres progrès qui ont contribué à de meilleurs résultats pour la santé. (Voir la section précédente sur les approches intersectorielles.) Dans le même temps, comme nous l'avons déjà mentionné, les 40 dernières années ont été marquées par des progrès significatifs dans un grand nombre de résultats en santé. Certaines régions ont dépassé les indicateurs des ODD (par exemple la cible 3.1 – *D'ici à 2030, faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes*).

53. En ce qui concerne l'**équité, les droits de l'homme et les besoins des populations vulnérables**, de nombreuses résolutions, politiques et stratégies mondiales, régionales et nationales ont été élaborées pour aider la communauté mondiale de la santé à se rapprocher des objectifs fixés dans les déclarations d'Alma-Ata et d'Astana, les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) et les ODD – en dépit des progrès qui restent à accomplir dans le domaine de la CSU, de l'engagement de ne laisser personne de côté et de la mise en œuvre d'une approche de santé pour tous, ainsi que de certains indicateurs ODD spécifiques comme la cible fixant une réduction d'un tiers du taux de mortalité prématurée due à des MNT à l'horizon 2030.

54. Des progrès en termes d'**efficacité** ont également été réalisés. Comme nous l'avons mentionné dans la section précédente, par exemple, les progrès technologiques et les TIC ont contribué à améliorer l'accès, à renforcer les systèmes de surveillance et à faciliter une gestion plus efficace des services de SSP. Des équipes multidisciplinaires, une délimitation claire des rôles et responsabilités des niveaux de soins primaires, secondaires et tertiaires et des voies d'aiguillage clairement établies ont favorisé l'utilisation efficace du financement accordée au secteur de la santé et une meilleure efficacité dans la prestation des services de santé avec le patient au centre de cette prestation.

3.2. Défis dans la mise en œuvre des SSP : principales lacunes

55. Malgré les progrès importants réalisés à l'échelle mondiale dans la mise en œuvre des SSP, les documents analysés dans la présente étude révèlent que les progrès ont été inégaux d'un pays à l'autre et au sein même des pays. Ces documents montrent également que la mise en œuvre des SSP n'a pas été sans difficultés. Certains des problèmes rencontrés étaient dus aux facteurs contextuels qui ont façonné l'environnement dans lequel les SSP ont été mis en œuvre (voir la section *Tendances mondiales qui ont façonné la mise en œuvre des SSP* plus bas). En particulier, la mondialisation et ses effets, le fardeau croissant des MNT et l'évolution de la nature des conflits armés ont fait naître des problèmes dans de nombreux pays, à des degrés divers. Ainsi, les diverses facettes de la mondialisation ont rendu difficile la possibilité de garantir un financement adéquat et pérenne de la santé dans certains pays, ont entraîné des mouvements de population qui ont fragilisé de nombreux systèmes de santé et ont été la cause d'inégalités au niveau de l'accès et des résultats dans de nombreux pays. La montée en puissance des MNT, bien qu'elle s'accompagne de progrès dans

l'éradication et la lutte contre ces maladies, a fait peser un double fardeau dans d'autres pays. L'évolution du profil des conflits armés, de son côté, a durement affecté les systèmes de santé des États touchés ainsi que la santé des personnes directement exposées.

56. Toutefois, les problèmes particuliers que pose la mise en œuvre des SSP vont au-delà de ces facteurs contextuels liés à la situation internationale. Les documents analysés dans la présente étude mettent en lumière ces nombreux défis qui, tout comme les réalisations décrites dans la section précédente, sont souvent spécifiques au contexte. Les sous-sections suivantes en présentent un bref résumé.

3.2.1. Obstacles à l'accès

57. L'accès équitable est un thème dominant dans la plupart des rapports. Les populations défavorisées sur le plan socioéconomique, les femmes, les habitants des zones rurales, les minorités ethniques et d'autres groupes marginalisés continuent d'être désavantagés par des systèmes de santé qui ne parviennent pas à assurer un accès universel. Malgré des améliorations significatives dans la protection financière de la population générale dans de nombreux pays, la montée en flèche des frais à la charge des patients et les coûts informels continuent d'empêcher les couches les moins aisées de la population de se soigner. De nombreux pays, quel que soit la catégorie de revenu à laquelle ils appartiennent, se sont vus confrontés au phénomène de relation inverse en termes de soins, ou ce sont les personnes qui ont le plus de moyens qui consomment le plus de soins, alors que ceux qui ont le moins de moyens et les plus grands problèmes de santé en consomment le moins, problème aggravé par des dépenses publiques en santé qui profitent le plus souvent aux riches qu'aux pauvres. L'urbanisation et la concentration des services spécialisés dans les centres urbains s'est souvent faite au détriment de l'accès dans les zones rurales. Dans de nombreux cas, le simple manque de disponibilité des services pose un problème majeur pour garantir l'accès : le manque chronique de personnel, d'équipements et de fournitures, conjugué à l'absence de normes de base dans la prestation des soins de santé, aggrave davantage les inégalités d'accès à des soins de qualité dans certains segments de la population. Ces obstacles persistants à l'accès continuent de compromettre l'engagement de ne laisser personne de côté et de garantir la CSU.

3.2.2. Personnel de santé

58. Bon nombre des rapports analysés dans le cadre de la présente étude font état d'un personnel de santé dont le nombre, les compétences et la répartition sont insuffisants au niveau mondial pour répondre aux besoins face aux tendances émergentes (l'évolution des facteurs épidémiologiques, le vieillissement des populations, le fardeau toujours plus lourd des MNT et de la morbidité multiple, par exemple). En général, la production d'agents de santé qualifiés a été insuffisante, ce qui a entraîné des pénuries de personnel de santé dans de nombreux pays. Certains pays ont été particulièrement touchés lorsque des professionnels de la santé qualifiés ont été attirés par des carrières ou des pays plus intéressants en termes de rémunération (voir la section *Mondialisation* plus bas). Les politiques et les mesures d'incitation visant à améliorer la formation, le recrutement, le déploiement et le maintien en poste du personnel qualifié ont joué un rôle crucial dans l'inversion de cette tendance, mais elles ne se sont pas toujours révélées suffisantes. Dans ce contexte général de sous-effectif, certains pays enregistrent une trop grande abondance de spécialistes, ce qui entraîne une pénurie d'infirmières, de généralistes et de médecins de famille qualifiés et une augmentation des coûts des soins de santé au détriment d'un accès équitable. En revanche, dans d'autres pays, un manque de spécialistes se fait sentir, ce qui a des répercussions négatives sur le continuum des soins.

59. L'équité sur le plan géographique dépend en grande partie d'une répartition homogène des professionnels de la santé d'un pays à l'autre. Dans le même ordre d'idées, les zones rurales ont été particulièrement mal desservies dans de nombreux pays, comme le montrent de nombreux rapports analysés dans la présente étude. (Plus de la moitié des rapports examinés indiquent une disponibilité inégale du personnel de santé entre milieu rural et milieu urbain.) La commercialisation des soins de santé a contribué à une raréfaction du personnel de santé dans les zones rurales et reculées. Le

manque de personnel de santé dans de nombreux pays a été exacerbé par l'exode des agents de santé vers des pays plus développés (voir la section *Mondialisation* plus bas). De multiples approches innovantes ont été mises au point pour attirer les professionnels de la santé dans les zones rurales, mais, malgré cela, il subsiste toujours un manque de personnel sanitaire qualifié dans ces zones.

3.2.3. Soins fragmentés

60. Dans certains pays, la spécialisation excessive des prestataires de soins de santé et la portée trop étroite de nombreux programmes de lutte contre les maladies sont considérés comme ayant entravé les efforts visant à encourager une approche plus globale vis-à-vis des personnes et des familles qu'ils visaient et font peu cas de la nécessité de prendre en compte la continuité des soins. Même si des projets à court terme mis en œuvre verticalement et axés sur une question de santé particulière nécessitent à priori moins de ressources et de temps que des programmes complets à long terme, ils ne sont pas suffisamment pérennes et entravent les améliorations à long terme en matière de santé des populations. Les services de santé destinés aux groupes pauvres et marginalisés sont souvent particulièrement fragmentés et manquent de ressources avec une attente de revenus limités générés par des services de soins de santé primaires pérennes et complets pour tous. L'aide humanitaire et l'aide au développement contribuent encore fréquemment à cette fragmentation.

3.2.4. Soins mal dirigés

61. Dans de nombreux pays, l'allocation des ressources a continué de favoriser les services curatifs, souvent à un coût élevé, aux niveaux des soins secondaires et tertiaires, tout en négligeant la prévention et la promotion – et les services de SSP qui sont souvent des approches au coût moins élevé. En mettant fortement l'accent sur les services de soins secondaires et tertiaires et sur l'accès des patients aux soins de santé à tous les niveaux (en l'absence de filtre efficace par le biais des soins primaires), plusieurs pays luttent pour réduire le nombre des hospitalisations évitables et souvent coûteuses.

62. La fonction de filtre des SSP (par le biais des soins primaires) est considérée comme un moyen crucial de réduire l'utilisation des services de spécialistes et de désengorger les établissements de soins secondaires surchargés. Elle a également un impact positif sur l'utilisation efficace des budgets de la santé, en optimisant les ressources et en favorisant la prestation de services équitables, les facteurs socioéconomiques jouant un rôle majeur dans l'accessibilité aux soins secondaires.

63. Dans le même ordre d'idées, les services de santé, notamment les systèmes d'aiguillage, ne sont pas organisés de manière à assurer le continuum des soins et l'utilisation efficace des ressources dans de nombreux pays. Le contournement des soins primaires en passant directement par les services hospitaliers est un problème courant, les services aux patients en ambulatoire dans les grands hôpitaux d'aiguillage des provinces assumant souvent des rôles dans la prestation de soins primaires. De mauvais systèmes d'aiguillage sont associés à des pratiques non fondées sur des données probantes, en particulier le recours injustifié aux antibiotiques et à des pratiques sans valeur thérapeutique, une action multisectorielle faible et un accent inadéquat mis sur des services de prévention et de promotion.

64. En l'absence de filtre – associée à d'autres facteurs, tels que les méthodes de rémunération à l'acte, le « nomadisme médical » et la faiblesse des infrastructures hospitalières – la prestation des services de santé a été jugée inefficace et inéquitable dans de nombreux pays analysés. Dans de nombreux contextes, les services ambulatoires des grands hôpitaux d'aiguillage des provincesassument souvent des rôles de prestation de soins primaires, ce qui aggrave encore la situation. Cependant, cela est aussi souvent nécessaire en l'absence (ou au vu des limites) de la disponibilité des SSP. Certains rapports nationaux indiquent qu'il n'y a pas de distinction claire entre les soins primaires et secondaires, et d'autres encore mentionnent l'absence de toute fonction de filtre incorporée dans leurs systèmes de SSP. Dans presque tous les contextes où la fonction de filtre est en place, il existe des exceptions aux règles permettant aux personnes d'accéder directement aux soins secondaires et

spécialisés, ce qui accentue la prestation inéquitable de services pour ceux qui ne disposent pas des moyens pour bénéficier de ces « raccourcis ».

3.2.5. Soins dangereux

65. Dans de nombreux pays, les systèmes de santé ne disposeraient pas de normes minimales inscrites dans leur stratégie nationale en matière de santé, notamment des normes de base en matière de sécurité et d'hygiène. Ce phénomène ne touche pas seulement les pays à revenu faible et moyen de la tranche inférieure, mais aussi les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et les pays à revenu élevé où la réglementation est faible et où les normes minimales ne sont pas intégrées dans les stratégies nationales de santé, ou encore où les réglementations et normes existent mais ne sont pas correctement contrôlées et appliquées. Par conséquent, les interventions sanitaires essentielles – tant dans les établissements de santé publics que privés – ne répondent souvent pas aux normes de qualité et de sécurité requises, ce qui a pour conséquence des taux élevés d'infections nosocomiales, des erreurs médicales et d'autres effets indésirables évitables cause de morbidité et de mortalité sous-estimée.

3.2.6. Financement insuffisant, inéquitable et inefficace et manque de ressources publiques

66. Le financement des SSP est étroitement lié à l'engagement du gouvernement et à la reconnaissance de l'objectif d'optimisation des ressources que les SSP visent à atteindre. Cependant, le financement insuffisant, inéquitable et inefficace et le manque de ressources publiques sont cités comme des problèmes persistants et constituent des obstacles structurels à la progression vers la couverture de santé universelle.

67. Les mesures d'austérité du secteur public associées à la crise financière mondiale ont entraîné une réduction des budgets de santé publique, même dans les pays à revenu élevé, ce qui s'est traduit par des dépenses à la charge des patients souvent très élevées pour des services de santé destinés au grand public. Dans de nombreux pays, les revenus provenant des SSP stagnent ou diminuent en raison d'une croissance économique modeste et de la diminution du financement des donateurs, preuve de la sensibilité des systèmes de santé aux fluctuations économiques. Dans les rapports examinés, seuls 18 pays ont réussi à diversifier leur financement afin d'atténuer les fluctuations économiques et 22 pays signalent leur dépendance constante vis-à-vis des donateurs.

68. La commercialisation croissante des soins de santé augmente le risque de recherche de rentes (pratique consistant à manipuler les politiques publiques ou les conditions économiques pour augmenter les profits) au détriment de soins efficaces. Dans une région OMS, les budgets des soins de santé ont bénéficié pendant des années aux zones urbaines plutôt qu'aux zones rurales. Cela s'explique peut-être par le fait que les citadins se font plus entendre, que leurs habitants sont plus puissants politiquement et qu'il est plus facile pour les gouvernements d'investir dans certains établissements de santé urbains (surtout des hôpitaux, dans les années 1950) que dans des postes de santé situés dans les zones rurales de l'ensemble du territoire. Dans de nombreux contextes, en matière de financement de la santé, l'accent reste focalisé sur les services de soins secondaires et spécialisés qui abritent de puissants lobbies au sein du personnel, du secteur privé et de l'industrie. Certains pays, cependant, ont pris conscience de l'avantage d'investir dans les services préventifs et de première ligne et se sont concentrés sur la mise en place d'un système robuste de soins de santé primaires.

3.2.7. Absence de mise à l'échelle des progrès et innovations technologiques

69. Bien que les progrès et les innovations technologiques aient été considérables, de nombreux documents examinés soulignent que ces progrès n'ont pas toujours été exploités et utilisés efficacement à grande échelle pour avoir un impact positif sur la santé et le bien-être des individus et des populations. Beaucoup d'innovations en matière de soins de santé primaires ont vu le jour dans des milieux locaux et restreints où un certain nombre de personnes et d'équipes dévouées se sont

efforcées d'améliorer la situation dans leur contexte immédiat. Cela a souvent eu pour conséquence une déconnexion avec les décideurs politiques nationaux, qui a empêché l'identification et l'analyse systématiques en vue d'une utilisation plus large et d'un déploiement national de ces approches innovantes. De la même manière, des lacunes sont citées dans le lien entre les innovations mises au point par les universités et leur mise en œuvre pratique, à moins que des gains financiers en découlaient. Les progrès technologiques coûteux restent souvent inaccessibles aux groupes de population qui ne sont pas couverts par une assurance ou d'autres filets de sécurité sociale, ce qui agrave encore les problèmes d'équité dans l'accès à des soins de santé de qualité. En outre, l'inadéquation des politiques et la rigidité des systèmes de santé ont parfois entraîné le recours répété à des interventions qui ne présentent que peu ou pas d'avantage.

70. La collecte et l'utilisation de l'information sur la santé constituent l'un des défis particuliers qui a affecté les soins de santé à tous les niveaux et dans la majorité des pays analysés. Dans de nombreux documents examinés dans le cadre de la présente étude, les systèmes de données sanitaires des pays sont jugés insuffisants, les données recueillies étant soit de mauvaise qualité, limitées ou inexistantes, soit disponibles mais sous-utilisées. Le manque d'interopérabilité entre les systèmes d'information nationaux a pour conséquence que différentes entités collectent (et souvent duplient) des informations qui ne peuvent être partagées entre les institutions nationales. L'information sur la santé est toutefois cruciale pour permettre de comprendre les besoins de la population en matière de santé et d'entreprendre une planification et une prise de décisions fondées sur des données probantes dans les programmes. L'absence de collecte et d'analyse systématiques des données sur la santé a non seulement entravé l'efficience et l'efficacité des programmes de santé, mais aussi la collaboration intersectorielle, où le partage des données est souvent essentiel pour faciliter cette collaboration et améliorer ainsi les résultats pour la santé et les autres déterminants sectoriels de la santé. Le partage des données entre les secteurs est jugé particulièrement faible dans l'ensemble des documents examinés.

71. La prise de décisions fondées sur des données probantes est plus généralement limitée par quantité et la qualité des données insuffisantes – et par la capacité restreinte des autorités sanitaires à produire, utiliser, organiser et assurer le suivi des données sanitaires. Il a été indiqué que les districts ne sont pas en mesure de suivre efficacement les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs annuels ou à long terme car la collecte et l'analyse des données sont souvent insuffisantes pour prendre des décisions efficaces et opportunes en raison de l'absence de systèmes de suivi en temps réel. En outre, dans certains pays, la gestion des SIS est pilotée par les donateurs. Les données collectées au niveau opérationnel ne sont transmises qu'au donneur au niveau national sans nécessairement être transmises également au ministère de la Santé, surtout lorsque ces données sont collectées par des agents de santé communautaires payés directement par les OSC sans qu'il y ait contact avec l'équipe du centre de santé. L'utilisation de l'information sur la santé est étroitement liée à la mise en place et à l'utilisation croissantes de la cybersanté qui peut considérablement améliorer la collecte systématique des données de santé.

3.2.8. Décentralisation des SSP

72. De nombreux pays se sont engagés dans un processus de décentralisation de leurs systèmes de santé afin d'améliorer leur réactivité et leur performance. Entre les quatre grandes catégories de décentralisation (décentralisation politique, administrative, fiscale et du marché), les rapports examinés présentent un large éventail de niveaux entre systèmes de soins de santé centralisés et décentralisés. L'un des risques mis en évidence dans le cadre de la décentralisation du système de soins de santé primaires est l'inégalité potentiellement croissante de l'accès géographique à des soins de santé de qualité, les régions d'un pays donné qui bénéficient d'un leadership et d'une gouvernance plus forts recevant de meilleurs soins que les autres. Certains rapports indiquent qu'un certain nombre de pays ont tendance à abandonner certains de leurs efforts de décentralisation au profit d'une gestion plus centralisée de certains aspects spécifiques des soins de santé, souvent pour des raisons de contraintes budgétaires, mais aussi pour essayer de trouver le bon équilibre pour gérer les défis

sanitaires qui ne cessent de se poser et pour parvenir à la CSU. Les autres raisons sont le manque de capacité institutionnelle au niveau local pour gérer les budgets et d'autres fonctions administratives et de gestion clés du système de santé.

73. La décentralisation d'un système de soins de santé nécessite de suivre de nombreuses étapes. Les résultats décrits dans un rapport régional peuvent être considérés comme représentatifs des lacunes potentielles d'une transition incomplète vers un système décentralisé de SSP. Il n'y aurait pas d'institutionnalisation du concept selon lequel les SSP devraient être le centre de coordination des services de santé pour des communautés bien définies dans le district. Bien que la décentralisation ait été mise en œuvre, certains aspects, tels que la gestion des ressources financières et humaines, n'ont pas été entièrement transférés aux niveaux inférieurs. En outre, les capacités techniques, politiques et administratives au niveau inférieur ne correspondent pas au niveau d'autorité transféré. En conséquence, les avantages de la décentralisation au niveau des districts sont minimes en l'absence d'une planification et d'une organisation participatives adéquates, d'une communication efficace avec les communautés, d'une gestion et d'une coordination efficaces des programmes et services à tous les niveaux et d'une collaboration intersectorielle adéquate, en particulier avec les secteurs chargés de l'agriculture, de l'éducation et de l'approvisionnement en eau et du traitement des déchets.

3.2.9. Faiblesse de l'infrastructure de la santé

74. Le manque d'infrastructures est souvent abordé en termes géographiques dans les documents examinés, les zones les plus reculées et les zones où la population est plus dispersée étant généralement plus difficiles à atteindre de manière efficiente et efficace avec un personnel de santé adéquat et les locaux, le transport, le matériel et les fournitures nécessaires ne sont pas suffisants pour fournir même un niveau minimum de soins. Toutefois, les documents examinés révèlent que la faiblesse de l'infrastructure des cas où le système de santé a évolué vers un système à deux niveaux, dans lequel une infrastructure très développée est disponible pour ceux qui en ont les moyens alors que de larges pans de la population ne peuvent en bénéficier. Dans les pays où des conflits ont détruit ou considérablement réduit les services de santé existants, la reconstruction de l'infrastructure de santé est un défi de taille. Un certain nombre de pays ont mis au point différentes approches pour surmonter leurs difficultés en matière d'infrastructure, notamment des stratégies de déploiement progressif de programmes de soins complets, l'établissement de normes minimales en matière de soins de santé primaires comme éléments constitutifs d'un système de santé fonctionnel et la réaffectation de ressources financières et humaines pour améliorer la couverture des soins de santé primaires dans les zones mal desservies.

3.3. Facteurs clés influant sur la mise en œuvre des SSP

75. Certains facteurs représentent, en fait, des tendances mondiales qui ont affecté tous les pays ou la plupart d'entre eux. D'autres facteurs varient considérablement d'un pays à l'autre.

3.3.1. Tendances mondiales qui ont façonné la mise en œuvre des SSP

76. Les huit documents de haut niveau synthétisés dans la présente étude, produits à différents moments au cours des 40 dernières années, confirment que les valeurs fondamentales énoncées dans la Déclaration d'Alma-Ata – équité, solidarité et justice sociale – sont restées au cœur des préoccupations des États signataires depuis quatre décennies. Ils soulignent que cet objectif a prévalu en dépit de différentes tendances au niveau mondial qui n'avaient pas nécessairement été prévues lors de l'adoption de la Déclaration et qui ont façonné le contexte dans lequel les SSP ont été mis en œuvre.

77. La présente section résume brièvement les quatre principaux changements mis en évidence dans les documents examinés.³³

Mondialisation

78. Les documents examinés donnent à penser que la mondialisation rapide de l'économie mondiale a eu des répercussions sur la mise en œuvre des SSP de plusieurs façons. Ces répercussions sont notamment la commercialisation croissante de la santé, au cours de laquelle les acteurs du secteur privé ont joué un rôle de plus en plus important dans le secteur de la santé dans des domaines tels que l'assurance maladie, les produits pharmaceutiques, le développement et la fourniture de technologies, les systèmes d'éducation médicale et même la prestation de soins de santé. Dans certains pays, l'influence de plus en plus grande des acteurs commerciaux s'est accompagnée d'une influence politique accrue sur les cadres institutionnels, la gouvernance et l'élaboration des politiques aux niveaux national et mondial également. Dans une économie de plus en plus mondialisée, la commercialisation a également entraîné une concurrence plus vive dans ces domaines, tant à l'intérieur qu'au-delà des frontières nationales.

79. Une économie de plus en plus mondialisée et interdépendante a entraîné une plus grande volatilité économique, les facteurs économiques d'un pays ayant des répercussions à l'échelle mondiale. Cette volatilité économique a souvent eu des effets directs sur le financement de la santé et les systèmes de santé en général, parmi de nombreux autres domaines de dépenses publiques. Sur le plan microéconomique, elle a également intensifié la commercialisation et la concurrence susmentionnées dans le secteur de la santé dans de nombreux pays. Au niveau de la population, la volatilité économique a également eu des répercussions sur l'équité, tant entre les pays qu'à l'intérieur d'un même pays. La crise économique mondiale de 2008 n'est que l'exemple le plus récent de cette volatilité. Bien avant, dans les années 1980, la crise de la dette dans la région des Amériques a entraîné des mesures d'austérité et a fait figure d'une « décennie perdue » pour la santé et le développement. Dans les années 90, alors que la région s'était redressée en mettant de nouveau l'accent sur des filets de sécurité sociale, des transferts d'argent conditionnels et des réformes de santé axées sur la décentralisation, la crise financière asiatique de 1997 a éclaté. Comme dans les Amériques dans les années 1980, le Fonds monétaire international a appliqué des mesures d'austérité qui ont entraîné une réduction des dépenses publiques dans les pays asiatiques touchés en échange de prêts visant à stabiliser ces économies en difficulté. Dans d'autres cas où les systèmes de santé ont été affaiblis par le ralentissement économique ou d'autres causes, le secteur privé est intervenu pour combler des lacunes vitales, mais souvent avec des conséquences négatives, comme un accès aux soins plus difficile pour les populations pauvres et marginalisées, des départs du personnel de santé du secteur public vers le secteur privé, et également une baisse dans la qualité des services là où les cadres réglementaires étaient faibles.

80. La mondialisation a également contribué à une augmentation de l'urbanisation à travers le monde. L'urbanisation rapide a engendré toute une série de problèmes en matière de prestation de soins de santé équitables, tant dans les zones urbaines en expansion que dans les zones rurales qui, elles, se vident de leurs habitants. La densité de population qui a accompagné l'urbanisation s'est souvent accompagnée de conditions de vie urbaines inférieures aux normes et d'importantes disparités socioéconomiques, ce qui a entravé les efforts d'éradication et de contrôle des maladies chroniques. Dans le même temps, l'évolution rapide du mode de vie de certaines sous-populations –

³³ Alors que d'autres tendances mondiales mises en évidence dans l'enquête menée auprès des États Membres auraient pu influer sur l'environnement mondial dans lequel les SSP ont été mis en œuvre, celles-ci n'ont pas été soulignées dans les documents examinés. Il s'agit notamment des menaces émergentes pour la santé, tant sur un plan général que pour des raisons particulières comme le changement climatique et la résistance aux antimicrobiens ; des progrès technologiques, peut-être surtout dans le domaine des technologies de l'information et de la communication, qui ont contribué à améliorer l'accès, à accélérer la collecte et la transmission de connaissances et d'idées, à renforcer les systèmes de surveillance ; de la gestion mieux documentée des ressources et systèmes ; et d'une attention plus grande portée aux besoins des populations marginalisées comme celles atteintes par le VIH, les réfugiés ou les populations autochtones.

en particulier les populations urbaines – a contribué à une augmentation des maladies non transmissibles telles que le diabète, les maladies cardiaques et l'obésité (voir la section *Fardeau croissant des maladies non transmissibles* plus bas).

81. En favorisant des marchés mondiaux de plus en plus concurrentiels et une plus grande mobilité de la main-d'œuvre, la mondialisation a également un effet important sur le personnel de santé. Les possibilités de formation et de perfectionnement professionnel étant limitées et les salaires faibles, dans certains pays, les agents de santé qualifiés ont quitté le secteur public pour des perspectives plus rémunératrices dans le secteur privé ou des emplois urbains mieux payés, entraînant ainsi soit des carences en personnel de santé soit des manques spécifiques en milieu rural, ou les deux. D'autres agents de santé, dans ces circonstances, ont cherché des opportunités hors de leur pays. Ces départs ont souvent entraîné ou aggravé la pénurie de personnel dans le secteur de la santé. Dans le même temps, dans les pays d'accueil, cette tendance s'est traduite par une augmentation de l'offre en agents de santé qualifiés.

82. Avant que cette situation ne se cristallise, et peut-être en raison de la mondialisation et de ses conséquences, un grand nombre d'acteurs non étatiques sont apparus aux côtés du secteur privé. Il s'agissait d'OSC et de groupes communautaires qui ont plaidé en faveur des principes fondamentaux énoncés dans la Déclaration d'Alma-Ata – et pour des soins complets axés sur les personnes et adaptés à leurs besoins – dans l'élaboration des politiques de santé aux niveaux national et infranational. Cette tendance s'est manifestée parallèlement à une évolution plus générale des attentes socioculturelles dans laquelle un nombre sans cesse croissant de citoyens souhaitaient justement des soins complets axés sur les personnes et adaptés à leurs besoins.

83. Enfin, les documents examinés soulignent que la mondialisation a également influé sur l'équilibre des rôles assumés par les organisations internationales, les gouvernements nationaux, les ANE, les autorités locales et régionales et les citoyens lors de la mise en œuvre des SSP. Le nombre et la complexité des questions de santé publique nécessitant une réponse coordonnée aux niveaux mondial, national et infranational a augmenté. Ainsi, alors que de profonds progrès ont été réalisés dans la réduction des maladies transmissibles, la mondialisation a entraîné un risque accru de propagation des agents pathogènes en raison de l'augmentation des voyages internationaux. Pour s'en convaincre, il n'y a qu'à constater la multiplication des épidémies qui se propagent rapidement hors des frontières et des infections multirésistantes aux médicaments qui ont soumis les systèmes de santé à une pression croissante. Ces défis ont conduit à la nécessité d'une coordination accrue entre les pays touchés et au sein d'un même pays, lorsque les politiques internationales de santé doivent être traduites en lignes directrices nationales et dispositions de mises en œuvre – notamment avec le nombre croissant d'ANE impliqués, comme l'indiquent les passages précédents.

Bouleversements démographiques

84. De nombreux documents examinés soulignent que les succès remportés dans la réduction de la mortalité infantile et maternelle, des maladies infantiles mortelles et de la mortalité globale tout au long du cycle de vie ont permis aux gens de vivre plus longtemps aujourd'hui que jamais auparavant. Avec la diminution marquée des taux de fécondité, ces augmentations de l'espérance de vie entraînent d'importants changements démographiques à l'échelle mondiale. Si ces tendances se poursuivent, les personnes âgées, de plus en plus nombreuses, auront besoin de plus de ressources pour gérer leurs problèmes de santé. Dans le même temps, dans de nombreux pays, une baisse du taux de croissance de la population signifie qu'il y aura moins de jeunes dans la population pour soutenir la population vieillissante financièrement ou d'une quelque autre manière.

Fardeau croissant des maladies non transmissibles

85. Le fardeau croissant des maladies non transmissibles, des traumatismes et incapacités liés à ces maladies représente un autre changement majeur du contexte mondial dans lequel s'inscrit la mise en œuvre des soins de santé primaires. Des progrès significatifs vers le contrôle et l'élimination

de certaines MT, telles que la poliomyélite, la dracunculose et le pian, qui, auparavant, soumettaient les systèmes sanitaires à de fortes contraintes, ont permis de réduire le fardeau de ces maladies sur les populations et sur les systèmes sanitaires chargés de les combattre. Dans le même temps, le fardeau des MNT s'est accru, souvent en raison de l'évolution des modes de vie et de l'amélioration des revenus dans certains pays et populations. Ces changements de mode de vie sont notamment des changements alimentaires en faveur d'aliments plus riches en calories mais pauvres sur le plan nutritionnel, des habitudes plus sédentaires, une consommation accrue de tabac et d'alcool, la pollution atmosphérique qui accompagne souvent le développement économique.

86. Bien qu'observée au départ dans les pays à revenu élevé, cette évolution est devenue un phénomène mondial. Dans le même temps, de nombreux pays, en particulier les pays à faible revenu, doivent encore faire face au problème des MT à l'intérieur de leurs frontières. Beaucoup de ces pays sont confrontés à un double fardeau, luttant pour combattre et les MT qui continuent de mettre à rude épreuve leur système de santé et les MNT qui représentent une part croissante de leurs préoccupations en matière de santé.

Changement dans la nature des conflits armés

87. Au cours des 40 dernières années, on a assisté à une poursuite de l'évolution du profil des conflits, laquelle avait commencé bien avant 1978. Alors que l'incidence globale des conflits interétatiques et des luttes armées pour l'indépendance dans les anciennes colonies a continué de diminuer drastiquement, l'incidence des conflits intraétatiques (souvent avec des attaques visant des civils et des non combattants) a augmenté. Les pays et régions où de tels conflits sont fréquents ont été confrontés à d'importants défis supplémentaires dans le secteur de la santé, les progrès antérieurs en matière de soins de santé primaires ayant été stoppés ou la tendance inversée et un fardeau considérable ayant été placé sur les systèmes de santé déjà surchargés des pays accueillant une population importante de réfugiés ou de déplacés internes, ou les deux, souvent pendant de longues périodes.

88. Bien que les documents examinés reconnaissent que tous les pays n'ont pas été touchés par ces quatre changements simultanément ou dans la même mesure, et que les contextes sociaux, épidémiologiques, économiques, politiques, technologiques, démographiques et environnementaux varient considérablement d'un pays à l'autre, ils soulignent que les quatre ont joué un rôle central dans le contexte dans lequel les SSP ont été mis en œuvre au cours des 40 dernières années. D'une certaine manière et dans la plupart des contextes, tous ont exercé une pression croissante sur les systèmes de santé, mettant les pays au défi de concevoir de nouvelles façons d'aborder les SSP en termes de réformes, de processus de restructuration, de mécanismes de collaboration et d'autres moyens encore. Dans d'autres contextes, ces changements sont également présentés comme présentant des avantages (voir la section ci-après).

3.3.2. Autres facteurs ayant façonné la mise en œuvre des SSP

89. Outre ces quatre tendances mondiales, un certain nombre d'autres facteurs sont cités qui sont liés à des facteurs internes dans de nombreux pays et qui ont également influé sur la capacité de réaliser pleinement les objectifs des SSP. Ces facteurs sont :

- **La stabilité politique et la volonté politique (notamment la bonne gouvernance), débouchant sur des engagements financiers.** Comme il a été mentionné plus haut, un certain nombre de documents analysés révèlent que lorsque l'instabilité politique se transforme en conflit intraétatique, cela peut mettre à rude épreuve la capacité des gouvernements concernés (ainsi que d'autres acteurs) à respecter les principes des SSP. Toutefois, même dans les pays qui ne sont pas directement touchés par des conflits, la stabilité politique – et la volonté politique en général, l'élan même qui sous-tend les Déclarations d'Alma-Ata et d'Astana en premier lieu – est citée dans la majorité des documents examinés comme un facteur principal capable d'influer sur la capacité des pays

à mettre en œuvre avec succès les SSP. L'un des éléments clés de la volonté politique cités dans ces documents est la bonne gouvernance, tant en général que dans le secteur de la santé en particulier. La bonne gouvernance est citée comme étant le fondement de l'atteinte des objectifs des SSP, en général de la manière suivante : en veillant à ce que des politiques et des stratégies cohérentes axées sur les personnes soient en place pour promouvoir la santé et le bien-être des populations ; en utilisant des approches intégrées, intersectorielles et pangouvernementales ; en établissant des liens verticaux adéquats entre les différents niveaux de gouvernement, notamment dans les systèmes de santé décentralisés ; en tissant et en maintenant des relations entre les services de santé et la population desservie, et en garantissant la redevabilité des systèmes de santé envers la population ; en établissant, en encadrant et en appliquant des cadres réglementaires adéquats et appropriés pour tous les aspects des systèmes de santé ; et en garantissant l'équité, par exemple par des mécanismes de protection sociale capables de réduire les dépenses à la charge des patients et donc de permettre aux populations de surmonter les obstacles habituels à l'accès aux soins. Le financement de la santé étant un pilier de la bonne mise en œuvre des soins de santé primaires, de nombreux documents soulignent que la volonté politique débouchant spécifiquement sur des engagements financiers suffisants est un facteur qui affecte étroitement la mise en œuvre des soins primaires.

- **Coordination intersectorielle impulsée par les donateurs.** Dans les pays qui comptent sur l'appui de donateurs pour financer leurs systèmes de santé, le rôle de ces parties prenantes dans l'adoption d'approches intégrées, intersectorielles et pangouvernementales qui sont caractéristiques des SSP est cité comme un facteur majeur ayant une incidence sur la bonne mise en œuvre des SSP. Dans le même ordre d'idées, plusieurs rapports soulignent que les décisions des donateurs – financer étroitement le secteur de la santé seulement ou plus largement les divers secteurs qui ont un rôle à jouer dans la promotion de la santé, et inciter par différentes méthodes les gouvernements à adopter des approches impliquant l'ensemble du gouvernement et de la société – sont déterminantes dans la bonne mise en œuvre des SSP dans de nombreux pays.
- **Dynamisme et engagement de la société civile et des autres acteurs non étatiques.** Dans le contexte de la multiplication du nombre d'ANE décrite plus haut, le succès de la mise en œuvre des SSP est cité dans de nombreux documents analysés comme dépendant d'une collaboration positive entre le gouvernement et ces acteurs. Cette collaboration peut inclure, entre autres, la promotion délibérée de partenariats public-privé sur diverses questions de santé, notamment la participation de la société civile et de l'industrie dans les efforts de réformes importantes. Plus généralement, le dynamisme de la société civile est considéré comme un facteur déterminant en soi, notamment en favorisant des systèmes de santé qui restent centrés sur la personne, que ce soit en garantissant une adéquation des solutions de santé avec les besoins, en instaurant des cadres réglementaires et des mécanismes de redevabilité adéquats dans les systèmes de santé, ou en incitant le gouvernement à pérenniser la volonté politique décrite plus haut.
- **Disponibilité et répartition efficace du personnel de santé qualifié.** De nombreux rapports citent les soins intégrés, de qualité et centrés sur la personne comme reposant sur la qualité du personnel de santé dans de nombreux pays. En outre, l'équité d'accès et de soins dépend d'un personnel de santé suffisamment nombreux et suffisamment motivé (par des mesures d'incitation financière ou de toute autre manière) pour travailler auprès de populations plus éloignées ou mal desservies. Dans le même ordre d'idées, la pénurie de personnel de santé au niveau mondial citée plus haut a été un facteur important ayant entravé la pleine mise en œuvre des SSP. Obtenir un personnel de santé qui soit adapté en termes d'effectifs et de compétences dépend de la qualité de l'éducation et de la formation dans le domaine de la santé, des niveaux de salaire et des cadres réglementaires.

- **Mise en œuvre des SSP par des approches fondées sur des données et des éléments probants.** Pour que les gouvernements et les autres acteurs du domaine de la santé puissent prendre des décisions éclairées sur n'importe quel aspect de la mise en œuvre des SSP, la production et l'utilisation d'informations et de données probantes sont citées comme étant essentielles. Les domaines dans lesquels les données et les éléments probants peuvent influer sur les décisions sont nombreux. Ils concernent, entre autres, l'élaboration de politiques et de stratégies fondées sur les connaissances les plus récentes de ce qui fonctionne ; l'analyse et la prise de mesure basées sur les statistiques démographiques globales ainsi que sur les statistiques portant sur les sous-populations (avant tout afin de promouvoir l'équité) ; la pérennisation des systèmes de santé, la maîtrise des coûts ainsi que l'analyse des incidences sur les coûts des diverses approches (modèles fondés sur la prévention par rapport à ceux fondés sur les traitements, par exemple) ; la détermination des enseignements tirés des expériences vécues (aussi bien par un pays donné que par d'autres pays) comme fondement de l'apprentissage et de l'amélioration des systèmes. Toutefois, comme nous l'avons mentionné précédemment, la capacité du gouvernement à recueillir, analyser et utiliser les données est souvent entravée par d'importantes contraintes en termes de capacité.

Principales conclusions

90. Les principales conclusions de l'examen documentaire et du questionnaire destiné aux États membres sont résumés pour les quatre questions d'évaluation.

- (a) Quels ont été les problèmes rencontrés et les facteurs qui ont favorisé l'élaboration et la mise en œuvre des approches de soins de santé primaires dans les pays au cours des 40 dernières années ?

Les réponses au questionnaire destiné aux États Membres et l'examen documentaire suggèrent que les mesures prises par les États Membres et d'autres acteurs pour mettre en œuvre les soins de santé primaires à la suite de la Déclaration d'Alma-Ata de 1978 ont contribué à l'amélioration des indicateurs de santé. Les gens sont en meilleure santé et vivent plus longtemps aujourd'hui qu'il y a 40 ans. Des progrès significatifs ont été réalisés en matière de santé infantile, de mortalité maternelle, d'immunisation et d'éradication et de contrôle des maladies infectieuses (c'est-à-dire les éléments de base d'un système de SSP mentionnés dans la Déclaration d'Alma-Ata).

Les **principaux facteurs qui ont favorisé l'élaboration et la mise en œuvre des approches de soins de santé primaires dans les pays au cours des 40 dernières années et qui ont été mentionnés dans le cadre du bilan** sont les suivants :

- i) *Volonté politique et bonne gouvernance.* Les États Membres ayant répondu au questionnaire ont mis en lumière le rôle joué par les fonctionnaires des ministères, les responsables politiques et autres dirigeants qui ont la volonté et les capacités de défendre et d'adopter une législation, et de mettre en œuvre des réformes de la santé à l'appui des soins de santé primaires. Toutefois, il a aussi été noté que des dispositions institutionnelles officielles telles que des commissions ministérielles créées pour superviser les soins de santé primaires contribuent à assurer que les avancées sont maintenues au-delà des cycles électoraux.
- ii) *Promotion des réformes dans le domaine de la santé.* Les réformes visant à réorienter les systèmes de soins de santé vers les soins de santé primaires prennent du temps et ne sont souvent consolidées qu'après des changements progressifs survenus au cours de plusieurs décennies. Elles portent sur divers aspects du système de santé tels que la législation relative à la couverture sanitaire universelle, l'augmentation du financement et la mise en commun des risques financiers, les initiatives de promotion de l'équité, les systèmes d'information sanitaire et les autres usages de la technologie.
- iii) *Renforcement des systèmes de santé dans l'optique des soins de santé primaires.* Ce vaste domaine englobe la nécessité de veiller à la participation communautaire et à la collaboration intersectorielle.
- iv) *Amélioration de l'accès aux initiatives programmatiques essentielles.* Parmi celles-ci figurent les initiatives relatives aux soins destinés à la mère et à l'enfant, à la nutrition, à la vaccination, aux soins et au traitement des maladies non transmissibles et à d'autres éléments essentiels des systèmes de soins de santé primaires.
- v) *Partenariats.* Il s'agit notamment de la collaboration des autorités publiques avec la société civile, des organisations non gouvernementales, des organisations communautaires et des entités du secteur privé.
- vi) *Gestion de l'organisation des soins.* On peut notamment citer les changements dans la gestion de l'organisation des soins, en particulier la mise en place d'une médecine de famille et/ou d'équipes multidisciplinaires et l'introduction du dépistage à l'échelle du pays ou de mesures préventives en matière de soins.

Bon nombre des **principaux problèmes rencontrés** recensés dans le cadre du bilan représentent l'inverse des facteurs favorables décrits ci-dessus. On peut également citer les problèmes suivants :

- i) *Ressources humaines pour la santé.* Le personnel de santé est l'un des principaux problèmes identifiés dans le questionnaire en ligne comme dans l'examen documentaire, et en particulier la répartition des agents de santé (disparités entre zones urbaines et zones rurales) au sein des pays, ainsi que le recrutement international des professionnels de la santé et le phénomène de la fuite des cerveaux. Le niveau élevé de rotation du personnel (résultant des départs) et l'absence de mesures d'incitation encourageant les membres du personnel à poursuivre leur formation professionnelle à la fois pour progresser et pour conserver les compétences et qualifications requises ont aussi été notés. Les difficultés rencontrées pour conserver un personnel de santé suffisamment qualifié sont particulièrement criantes dans les zones éloignées et mal desservies.
- ii) *Ressources financières limitées.* Ce problème peut être dû à un ralentissement économique ou à un contexte politique en mutation, ou encore à des allocations budgétaires inadaptées résultant d'une distorsion inappropriée en faveur des soins secondaires et tertiaires (qui sont plus coûteux). Les soins de santé primaires éprouvent souvent des difficultés à attirer un financement suffisant par rapport aux demandes émanant des soins secondaires et tertiaires. La réduction des budgets de santé publique a des conséquences négatives pour les groupes vulnérables, de même que les paiements exigés des utilisateurs et les augmentations dans les coûts directs.
- iii) *Cadres politiques inappropriés.* Une mauvaise coordination des politiques entre les secteurs et des lacunes dans certaines politiques liées aux soins de santé primaires ont été citées comme posant particulièrement problème. Il ressort des réponses au questionnaire que le manque de clarté du programme politique était un obstacle à l'élaboration et à la mise en œuvre des soins de santé primaires. Une coordination insuffisante des politiques au sein du gouvernement, combinée à une mauvaise coordination des politiques entre le gouvernement et les autres parties prenantes, a été signalée comme un exemple de ce type d'obstacles. L'existence de lacunes dans la législation relative aux soins de santé primaires dans les pays concernés a également été mentionnée dans certaines réponses.
- iv) *Médiocre qualité des services de santé.* Même lorsqu'une couverture universelle et complète existe ou sera probablement mise en place, l'accès en temps voulu à des services de santé de qualité est mentionné comme posant problème. L'examen documentaire a permis de noter des pénuries chroniques de personnel qualifié, de matériel et de fournitures, combinées à une absence de normes de base dans la prestation des soins de santé ou à une application insuffisante de ces normes lorsqu'elles existent, ce qui exacerbe davantage les inégalités dans l'accès à des soins de santé de qualité.
- v) *Systèmes d'information sanitaire.* L'information sanitaire est essentielle pour favoriser la compréhension des besoins sanitaires de la population, pour assurer le suivi des services et pour entreprendre une planification et prendre des décisions en matière de programmation sur la base de données factuelles. La prise de décisions sur la base de données factuelles est souvent limitée par les difficultés soulevées par la médiocre qualité des données, la disponibilité restreinte de ces données et la sous-utilisation des données disponibles. L'absence d'interopérabilité entre les systèmes d'information existants au niveau national se traduit par la collecte, par des entités différentes, d'informations (souvent redondantes) qui ne peuvent être partagées entre les institutions nationales.
- vi) *Problèmes spécifiques à des contextes particuliers, liés aux inégalités en santé et aux obstacles à l'accès.* Ces problèmes sont ceux rencontrés par les groupes vulnérables tels que les

femmes, les populations socioéconomiquement défavorisées, les habitants des zones rurales, les réfugiés et les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays, les minorités ethniques et les autres groupes marginalisés.

b) Comment les soins de santé primaires et les innovations qui s'y rapportent ont-ils contribué à l'amélioration des résultats en matière de santé, de l'équité, de la collaboration intersectorielle et de l'efficacité ?

i) *Amélioration des résultats en matière de santé.* Les États Membres ayant répondu au questionnaire ont mentionné l'amélioration de la santé de leurs populations comme l'une des principales réalisations de la mise en œuvre des soins de santé primaires, et ont cité, par exemple, les progrès dans la santé de la mère et les soins de l'enfant, la réduction des maladies transmissibles, un taux élevé de couverture vaccinale et les avancées de la lutte contre les maladies évitables par la vaccination, ainsi que l'amélioration de l'espérance de vie. Dans un nombre plus restreint de réponses est mentionnée la réduction des facteurs de risque des maladies non transmissibles tels que le tabagisme et la consommation d'alcool.

ii) *Améliorations dans l'équité.* S'agissant de l'équité, des droits humains et des besoins des groupes vulnérables, des politiques et des stratégies ont été mises au point qui orientent la communauté mondiale de la santé au plus proche des objectifs fixés dans les Déclarations d'Alma-Ata et d'Astana, ainsi que des objectifs du Millénaire pour le développement et des objectifs de développement durable. Parmi ces améliorations figurent l'équité dans l'accès géographique aux services (entre les zones urbaines et rurales/isolées par exemple) et l'amélioration de l'équité entre les différents groupes socioéconomiques dans certains pays.

iii) *Décentralisation de la prise de décisions et amélioration de la responsabilisation.* La décentralisation de la prise de décisions au profit des niveaux infranationaux de gouvernement (municipaux et régionaux par exemple) et les responsabilités accrues qui leur sont dévolues ont permis d'intégrer les soins de santé et les services de protection sociale, d'améliorer la coordination des services avec les soins secondaires et de renforcer les activités de prévention. Les réformes entreprises dans les systèmes de soins de santé décentralisés de certains pays (des niveaux régionaux aux niveaux locaux) ont permis de réorienter les soins de santé primaires en faveur des familles et des communautés.

iv) *Les individus et les communautés sont dotés des moyens d'agir.* Grâce à l'amélioration de l'éducation, de la promotion de la santé et des communications, les individus, les familles et les communautés apprennent à prendre en charge leur propre santé. De nombreux pays permettent désormais à leurs patients de choisir leur médecin de famille. La fourniture de services à des groupes de population spécifiques tels que les réfugiés, les personnes âgées ou les personnes handicapées facilite l'accès à la santé et améliore l'équité en santé.

v) *Innovations pour améliorer les résultats dans le domaine des soins primaires et la prestation des services.* Les initiatives telles que les régimes publics d'assurance-maladie et d'autres mécanismes de financement ont permis de lutter contre les disparités socioéconomiques et ont rendu les soins plus accessibles. D'autres innovations, telles que les systèmes de paiement fondés sur les résultats, ont permis d'améliorer les soins de santé primaires dans certains pays, tandis que l'utilisation des systèmes de cybersanté a renforcé la création de réseaux et le partage des informations entre disciplines médicales et a amélioré la qualité des soins de santé.

vi) *Progrès dans les technologies d'information et de communication.* Sous ce point figurent les progrès dans les télécommunications, Internet, l'utilisation des dossiers médicaux électroniques et la mise au point des applications de cybersanté (télésanté, applications pour

appareils mobiles, consultations électroniques). Les applications mobiles et la télémédecine ont rendu le travail dans les zones isolées, où vivent de nombreuses personnes vulnérables et pauvres, plus attractif pour le personnel de santé dans de nombreux lieux. Les ressources technologiques ont été utilisées pour renforcer le rôle du personnel de santé et pour fournir une formation et une éducation visant à le doter des connaissances et des compétences nécessaires pour gérer efficacement les défis actuels et futurs en matière de santé.

c) **Quelles approches intersectorielles a-t-on mises en œuvre pour les soins de santé primaires ?**

- i) *Approche de la santé mobilisant l'ensemble de la société.* Les soins de santé primaires représentant une approche de la santé tenant compte de l'ensemble de la société, la nature et la portée de la collaboration intersectorielle constituent une dimension importante des progrès réalisés. L'examen documentaire a révélé la richesse des approches intersectorielles élaborées et adoptées depuis 1978, allant de la planification et de la mise en œuvre intersectorielles d'initiatives communes à plusieurs secteurs dans les communautés rurales à la mise en œuvre au niveau national.
- ii) *Approches fondées sur le principe de la santé dans toutes les politiques.* Dans leurs réponses au questionnaire en ligne, plusieurs États Membres ont mentionné l'adoption d'approches fondées sur le principe de la santé dans toutes les politiques qui ont encouragé les organismes publics à évaluer les impacts sanitaires et à en tenir compte dans l'élaboration des politiques ou de la législation.
- iii) *Collaboration et coordination interministérielles (horizontales).* Il existe de nombreux exemples de la collaboration entre divers ministères (au-delà des ministères de la santé), par exemple la collaboration entre les ministères de la santé, de l'éducation et de l'agriculture pour les programmes d'alimentation et de nutrition dans les écoles. Les secteurs de la santé et de l'éducation collaborent aussi pour garantir que les programmes de santé scolaire prévoient des obligations de vaccination en fonction de l'âge avant l'entrée à l'école. D'autres exemples d'action intersectorielle existent pour une large gamme de sujets parmi lesquels figurent la préparation et la riposte aux catastrophes naturelles, la santé environnementale, la sécurité routière, l'eau et l'assainissement, la sécurité alimentaire, la préparation aux pandémies dans l'ensemble de la société, et les mesures pour lutter contre les maladies non transmissibles.
- iv) *Collaboration et coordination intergouvernementales (verticales).* Elles peuvent avoir lieu entre différents niveaux de gouvernement (au niveau local, des États ou au niveau fédéral par exemple).
- v) *Collaboration et coordination entre le gouvernement et les acteurs non étatiques.* Il s'agit notamment de la collaboration et de la coordination entre les secteurs public et privé.
- vi) *Niveau communautaire.* Pour améliorer les services sociaux et les services de santé, plusieurs pays ont choisi de fusionner en une seule entité les organismes du secteur de la santé et ceux qui sont responsables des autres services de protection sociale, afin d'assurer une meilleure coordination du financement et des prestations. Dans certaines réponses à l'enquête, il est indiqué qu'une telle démarche offre des perspectives encourageantes pour le renforcement de la coordination et l'intégration des services, d'autant plus pour les groupes particulièrement vulnérables tels que les personnes âgées, les personnes atteintes de troubles de la santé mentale et les personnes faisant un usage abusif de l'alcool ou de substances psychoactives.

vii) *Collaboration au sein du secteur de la santé.* L'examen documentaire a montré que les gouvernements ont aussi encouragé les partenariats pour les soins intégrés entre les représentants des organisations bénévoles et des communautés et les utilisateurs des services dans le cadre de réseaux de collaboration, pour répondre de façon innovante aux besoins des communautés locales. La coordination intersectorielle entre les entités du secteur de la santé suppose une collaboration plus étroite entre les secteurs public et privé, mobilisant les médecins généralistes, le système de médecine familiale, les laboratoires, les fournisseurs de matériel médical et de médicaments, ainsi qu'un renforcement des systèmes d'orientation (coordination verticale entre soins primaires, secondaires et tertiaires).

d) Quels enseignements et innovations de différents contextes techniques et de développement au niveau des pays et des Régions peut-on adapter et échanger pour promouvoir et renforcer les efforts futurs en matière de couverture sanitaire universelle et de soins de santé primaires ?

i) *Volonté politique, bonne gouvernance et leadership.* Ces éléments sont nécessaires au succès des soins de santé primaires, y compris moyennant un engagement en faveur de leur financement. La bonne gouvernance est mentionnée comme étant la pierre angulaire de la réalisation des objectifs en matière de soins de santé primaires, le plus fréquemment en garantissant que des politiques et des stratégies cohérentes, centrées sur la personne, sont en place pour promouvoir la santé et le bien-être de la population.

ii) *Les soins de santé primaires favorisent l'utilisation efficace des ressources financières pour la santé.* Les soins primaires jouent un rôle de filtre dans le cadre des soins de santé primaires et permettent de prévenir l'usage excessif des soins spécialisés dans les services secondaires et tertiaires et de réduire les coûts. Ce rôle de filtre dépend de la qualité et de la formation du personnel des soins de santé primaires, et doit s'appuyer sur des politiques bien conçues, des systèmes d'orientation opérationnels et des cadres réglementaires, qui sont essentiels pour réduire les coûts de santé pour les systèmes de santé et les patients. Améliorer la responsabilisation et la transparence dans l'utilisation des fonds est important pour les États Membres, et le financement des soins de santé primaires doit être prévisible et suffisant. Les régimes d'assurance-maladie et des partenariats public-privé novateurs peuvent aussi conduire à des améliorations dans les résultats en matière de santé.

iii) *Un personnel de santé bien formé est nécessaire pour une mise en œuvre réussie des soins de santé primaires.* Un système de soins de santé primaires efficace nécessite un personnel de santé qualifié et des équipes interdisciplinaires. Obtenir un personnel de santé qui soit adapté en termes d'effectifs et de compétences dépend de la qualité de l'éducation et de la formation dans le domaine de la santé, des niveaux de salaire et des cadres réglementaires. L'équité dans l'accès et les soins est liée à la taille des effectifs des personnels de santé qui doivent être suffisamment motivés (financièrement notamment) pour travailler au sein des populations les plus isolées et les plus défavorisées.

iv) *La participation des communautés et des consommateurs engagés permettent d'améliorer l'accès aux soins et leur qualité.* Une participation qui n'exclut personne est indispensable pour garantir que les systèmes de santé restent centrés sur la personne et que les solutions sont adaptées aux besoins des communautés. Solliciter la collaboration des utilisateurs des services de soins de santé primaires avec les responsables des politiques au niveau local est important pour un système de soins de santé primaires réussi. Il est aussi important de veiller à l'existence de cadres réglementaires appropriés et de mécanismes de responsabilisation dans les systèmes de santé.

v) *Les mesures qui reposent sur des données factuelles nécessitent des améliorations dans la collecte et l'utilisation des données.* Dans le cadre de l'examen documentaire, les approches s'appuyant sur les données et les éléments probants sont apparues comme essentielles pour une mise en œuvre efficace et économiquement rationnelle des soins de santé primaires. Pour que les gouvernements et les membres du personnel de santé prennent des décisions en toute connaissance de cause, la production et l'utilisation des données et des éléments probants sont cruciales. Toutefois, la capacité des gouvernements à collecter, analyser et utiliser les données est souvent soumise à des contraintes importantes

4. Conclusions et prochaines étapes

91. Dans la Déclaration d’Alma-Ata de 1978, les États Membres signataires de ce document fondateur « [ont souligné] la nécessité d’une action urgente de tous les gouvernements, de tous les personnels des secteurs de la santé et du développement ainsi que de la communauté internationale pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde ».³⁴ En fixant l’objectif de « donner à tous les peuples du monde, d’ici l’an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive », les États Membres ont placé les soins de santé primaires au centre de cet objectif et ont énoncé les éléments essentiels des soins de santé primaires décrits ailleurs dans le présent rapport. Les États Membres ont souligné qu’il était nécessaire « que s’affirme la volonté politique de mobiliser les ressources [de leurs pays respectifs] et d’utiliser rationnellement les ressources extérieures disponibles », et que l’OMS, l’UNICEF et d’autres organisations internationales les soutiennent dans leurs efforts.

92. À l’occasion du quarantième anniversaire de la Déclaration d’Alma-Ata, les participants à la Conférence internationale sur les soins de santé primaires qui s’est tenue à Astana (Kazakhstan) les 25 et 26 octobre 2018 ont publié la Déclaration d’Astana « réaffirmant les engagements pris dans la Déclaration ambitieuse et visionnaire d’Alma-Ata de 1978 et dans le Programme de développement durable à l’horizon 2030, pour parvenir à la santé pour tous ».³⁵ Ce faisant, ils se sont engagés à « faire des choix politiques ambitieux pour la santé dans tous les secteurs », à « construire des soins de santé primaires durables », à « donner aux individus et aux communautés les moyens d’agir » et à « aligner le soutien des parties prenantes sur les politiques, les stratégies et les plans nationaux », notamment par les connaissances et le renforcement des capacités, les ressources humaines pour la santé, les technologies et le financement.

93. Dans ce contexte, lors de sa cent quarante-deuxième session en janvier 2018, le Conseil exécutif de l’OMS a demandé un bilan de 40 années de mise en œuvre des soins de santé primaires au niveau des pays.³⁶ Le principal objectif consistait à : illustrer les progrès accomplis en vue de la mise en œuvre des soins de santé primaires dans le monde en faisant ressortir les réalisations et les succès obtenus, les meilleures pratiques ainsi que les principaux problèmes rencontrés ; identifier les approches intersectorielles qui ont été mis en œuvre pour les soins de santé primaires ; examiner comment les soins de santé primaires et les innovations qui s’y rapportent ont contribué à l’amélioration des résultats en matière de santé, de l’équité, de la collaboration intersectorielle et de l’efficacité ; et identifier les problèmes rencontrés et les facteurs qui ont favorisé l’élaboration et la mise en œuvre des approches de soins de santé primaires dans les pays au cours des 40 dernières années. Pour offrir cet angle de vue tourné vers l’avenir, le bilan visait à identifier les leçons et les innovations provenant de différents contextes techniques/de développement nationaux et régionaux qui peuvent être adaptées et partagées pour promouvoir et intensifier les efforts futurs pour la couverture sanitaire universelle et les soins de santé primaires, et à faire des recommandations sur la voie à suivre afin d’accélérer les stratégies et les plans de santé nationaux, régionaux et mondiaux pour la couverture sanitaire universelle/les soins de santé primaires et les objectifs de développement durable.

³⁴ Déclaration d’Alma-Ata sur les soins de santé primaires, Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/113882/E93945.pdf?ua=1, consulté le 28 octobre 2019).

³⁵ Déclaration d’Astana. Genève, Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l’enfance (UNICEF), 2018 (WHO/HIS/SDS/2018.61, <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcpchc-declaration-fr.pdf>, consulté le 28 octobre 2019).

³⁶ Voir le document EB142/2018/REC/2, procès-verbaux de la cent quarante-deuxième session du Conseil exécutif, onzième séance, section 2 (en anglais seulement).

4.1. Progrès mondiaux vers la mise en œuvre des soins de santé primaires

94. Comme les États Membres l'ont constaté dans leur autoévaluation globalement positive des progrès accomplis par leurs pays respectifs depuis la Déclaration d'Alma-Ata, les 40 dernières années ont vu s'accomplir un nombre de réalisations importantes dans le domaine de la mise en œuvre des soins de santé primaires. De nombreux indicateurs de santé ont continué à s'améliorer dans la plupart des pays et, globalement, les populations sont en meilleure santé et vivent plus longtemps aujourd'hui qu'il y a 40 ans. En conséquence, de nombreux États Membres ont mis l'accent sur le résultat final des améliorations à la fois dans le niveau de santé de leurs populations et l'équité en santé, comme étant l'une des principales réalisations obtenues au cours des quatre dernières décennies. Comme le bilan effectué l'a montré, divers aspects de la mise en œuvre des soins de santé primaires ont été considérés comme ayant joué un rôle dans ces résultats, avec des progrès particulièrement remarquables dans la couverture des soins de santé essentiels, la couverture vaccinale, et la lutte contre un certain nombre de maladies infectieuses et l'éradication de celles-ci. Dans de nombreux pays, ces réalisations ont été obtenues non seulement dans la population dans son ensemble, mais aussi au sein de segments de la population traditionnellement marginalisés ou particulièrement vulnérables pour des raisons géographiques et socioéconomiques ; de ce fait, ces pays ont accompli des progrès notables vers les objectifs d'équité inhérents aux soins de santé primaires.

95. À la base de ces réalisations figurent des changements dans les politiques visant à intégrer les principes et les objectifs des soins de santé primaires dans les systèmes de santé des pays. Dans certains pays, ces changements dans les politiques ont conduit à des améliorations ciblées et progressives de certains aspects des systèmes de santé existants. Dans d'autres pays, ces changements ont abouti à une réforme plus fondamentale des systèmes de santé des pays pour les aligner sur les principes et objectifs des soins de santé primaires pour parvenir à des soins équitables, efficaces, efficaces et adaptés aux besoins. Dans de nombreux pays, ces mesures politiques se sont traduites par une augmentation des dépenses consacrées aux systèmes de santé et en particulier aux systèmes de santé axés sur les soins de santé primaires.

4.1.1. Les approches intersectorielles qui ont été mises en œuvre pour les soins de santé primaires

96. L'un des principaux éléments de ces réformes a été le passage à une collaboration intersectorielle plus étroite. Ces approches intersectorielles ont supposé, d'abord et avant tout, une collaboration entre les ministères de la santé et divers autres ministères dont les travaux consolident les objectifs du secteur de la santé. Il convient de noter que d'autres niveaux de collaboration ont été inclus dans ces approches, notamment une collaboration renforcée parmi les diverses professions et disciplines de santé ; une collaboration entre les divers secteurs de la société (y compris les organisations de la société civile, les organisations non gouvernementales et les organisations à base communautaire) et plus généralement entre les gouvernements et les acteurs non étatiques ; et une collaboration entre les différents niveaux de gouvernement et de l'administration publique (les autorités sanitaires aux niveaux national, régional et local, par exemple), ainsi qu'au sein de ceux-ci. Cette démarche associant l'ensemble du gouvernement et de la société, et reposant sur le principe de la santé dans toutes les politiques, constitue en elle-même une avancée pour de nombreux pays.

4.1.2. Innovations

97. Il ressort du bilan effectué que la mise en œuvre des soins de santé primaires n'a pas été une simple formule, mais qu'elle a été réalisée moyennant une large gamme d'innovations qui constituent en elles-mêmes les composantes des avancées obtenues. La deuxième moitié de l'ère post-Alma-Ata a été une période de progrès considérables dans les technologies de l'information et de la communication qui ont révolutionné la prestation des soins de santé primaires. Des innovations ont toutefois aussi eu lieu en suivant des voies moins proches de la technologie. Ainsi, certaines de ces

innovations se sont attachées à améliorer la prestation des services ou la gestion des soins de santé primaires ; d'autres, à la fois structurelles et administratives, ont décentralisé la prise de décisions vers des niveaux de gouvernement plus proches des populations desservies ; tandis que d'autres encore ont mis l'accent sur des initiatives donnant aux communautés et aux individus eux-mêmes les moyens de jouer un rôle plus actif dans leur santé. Une série d'innovations ont en outre été axées sur le renforcement des ressources pour la santé, à la fois des ressources financières et des ressources humaines.

4.1.3. Mesure dans laquelle les soins de santé primaires et les innovations connexes ont contribué à améliorer les résultats en matière de santé, de l'équité, de la collaboration intersectorielle et de l'efficacité

98. Bien que de vastes progrès aient été obtenus dans les résultats sanitaires au cours des quatre dernières décennies, il est difficile de déterminer dans quelle mesure ces progrès peuvent être attribués directement à la mise en œuvre des soins de santé primaires. Ces lacunes dans les informations disponibles ne sont pas surprenantes, les discussions entourant le Programme de développement durable à l'horizon 2030 et les objectifs de développement durable ayant pointé du doigt les insuffisances dans les données au niveau des résultats à l'échelle mondiale. Cela étant, de nombreux États Membres considèrent néanmoins que la mise en œuvre des soins de santé primaires a bien contribué à l'amélioration générale des résultats sanitaires comme de l'équité.

4.1.4. Problèmes rencontrés

99. Malgré les importants progrès réalisés à l'échelle mondiale dans la mise en œuvre des soins de santé primaires, le bilan a mis en lumière la disparité de ces progrès entre les pays et à l'intérieur d'un même pays, synonyme de défis persistants à relever pour parvenir à l'équité. Au-delà de cette difficulté générale, le bilan a recensé une large gamme de domaines où les efforts pour atteindre les objectifs des soins de santé primaires ont été frustrés. Bien que de nombreux progrès notables aient été accomplis dans certains pays, le domaine des ressources humaines pour la santé est un problème de longue date et reste un défi majeur dans le cadre des efforts de mise en œuvre des soins de santé primaires de la plupart des pays. De même, bien que la plupart des pays, quel que soit leur stade de développement, aient augmenté leur financement pour les soins de santé primaires, le financement de la santé reste insuffisant, notamment compte tenu d'une augmentation de la demande de soins, de la hausse des coûts des soins de santé et de la volatilité économique. Malgré des progrès considérables dans les technologies de l'information et de la communication, ces progrès n'ont pas toujours été utilisés efficacement et mis à profit à l'échelle voulue pour avoir une incidence positive sur la santé et le bien-être et, dans de nombreux pays, les données sont de médiocre qualité, limitées ou inexistantes, ou disponibles mais sous-utilisées.

100. Une autre vaste catégorie de défis a trait aux nombreuses facettes de la qualité des soins. Au niveau le plus large, de nombreux États Membres ont indiqué que la faible qualité des services, les longs temps d'attente et la difficulté pour obtenir des rendez-vous médicaux représentaient certains des principaux défis. Dans les États Membres où les praticiens des soins primaires jouent un rôle de filtre afin de réduire les demandes inappropriées de soins secondaires et institutionnels, les processus d'orientation ne fonctionnent pas toujours comme ils le devraient, contribuant à une fragmentation ou à des erreurs d'orientation dans les soins. Ailleurs, en particulier dans les pays en proie à des conflits, la faiblesse des infrastructures dans le domaine de la santé est un facteur important qui a une incidence négative sur la qualité des soins.

101. Au niveau le plus élevé, un défi majeur souligné par le bilan porte sur l'esprit même des Déclarations d'Alma-Ata et d'Astana : la volonté politique des gouvernements de mettre en œuvre les soins de santé primaires, y compris le domaine apparenté de la gouvernance. De nombreux États Membres indiquent qu'ils sont toujours confrontés à des difficultés pour générer et maintenir durablement cette volonté politique. Dans d'autres pays, la volonté politique peut être présente mais le contexte politique n'est pas propice aux changements ambitieux nécessaires pour mettre en œuvre

les soins de santé primaires : il est fréquent que les calendriers politiques, la conception et la cohérence des politiques, ainsi que la gouvernance, ne soient pas à la hauteur, tout comme le cadre réglementaire des soins de santé primaires. Dans certains pays, la collaboration du gouvernement avec les acteurs non étatiques est limitée. Dans d'autres, l'instabilité politique ou les conflits ont fortement entravé les efforts de mise en œuvre des soins de santé primaires.

4.1.5. Problèmes rencontrés et les facteurs qui ont favorisé l'élaboration et la mise en œuvre des approches de soins de santé primaires

102. Le bilan a mis en évidence un grand nombre de facteurs souvent étroitement liés les uns aux autres qui permettent d'expliquer l'éventail des avancées obtenues et des difficultés rencontrées au cours des quatre décennies écoulées. La volonté politique est par exemple l'un des facteurs clés régulièrement mentionné comme contribuant à la mise en œuvre des soins de santé primaires, tandis que son absence est considérée comme une difficulté essentielle pour de nombreux États Membres. Inversement, les mesures de protection financière sont signalées comme ayant une incidence positive sur la mise en œuvre des soins de santé primaires et comme une avancée dans de nombreux pays. Parmi les autres facteurs clés figurent notamment : le dynamisme des organisations de la société civile et le niveau de participation des autres acteurs non étatiques dans un pays donné ; la disponibilité et la répartition efficace de ressources humaines qualifiées pour la santé ; le degré de coordination intersectorielle impulsée par les donateurs ; et le degré d'utilisation des approches reposant sur des données et des éléments probants pour mettre en œuvre les soins de santé primaires.

103. Toutefois, un ensemble beaucoup plus vaste de facteurs contextuels ayant eu une incidence sur la mise en œuvre des soins de santé primaires au niveau mondial ont été mis en lumière par le bilan. La mondialisation rapide de l'économie a façonné de façon significative les soins de santé primaires de diverses manières, certaines d'entre elles étant positives et d'autres moins. Les tendances démographiques générales se sont traduites par un vieillissement des populations qui vivent plus longtemps, mais non nécessairement plus longtemps en meilleure santé, et fréquemment par l'absence de remplacement des populations par des cohortes plus jeunes, actives économiquement, pouvant soutenir de manière appropriée une longévité accrue. À l'échelle mondiale, le fardeau des maladies non transmissibles, et des traumatismes et incapacités liés à ces maladies, en augmentation, représente un autre changement majeur du contexte mondial dans lequel s'inscrit la mise en œuvre des soins de santé primaires. Les conflits interétatiques ont par ailleurs représenté une lourde charge pour les pays qui en sont la proie – comme pour des pays non partis à ces conflits.

4.2. Prochaines étapes

104. La Déclaration d'Astana adopte une vision claire, tournée vers l'avenir, de la mise en œuvre des soins de santé primaires, en ancrant explicitement la vision pour l'avenir de cette mise en œuvre dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030 et les objectifs de développement durable. Plus récemment, le lien entre les soins de santé primaires, la couverture sanitaire universelle et les objectifs de développement durable a été réaffirmé par les États Membres à l'occasion la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la couverture sanitaire universelle le 23 septembre 2019. Dans la déclaration politique issue de cette réunion, il a été rappelé que les soins de santé primaires sont « la pierre angulaire d'un système de santé durable et propice à la mise en place de la couverture sanitaire universelle et à la réalisation des objectifs de développement durable liés à la santé ».³⁷ Les enseignements qui peuvent être tirés du bilan peuvent ainsi être utiles pour décider des prochaines étapes.

³⁷ Déclaration politique issue de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle. Couverture sanitaire universelle : œuvrer ensemble pour un monde en meilleure santé. Document A/RES/74/2 (<https://undocs.org/fr/A/RES/74/2>, consulté le 28 octobre 2019).

4.2.1. Enseignements

105. Malgré le large éventail des expériences vécues dans le monde au cours des 40 dernières années, bon nombre des leçons tirées de ces expériences peuvent être synthétisées en un ensemble beaucoup plus restreint de fils conducteurs pour aller de l'avant qui, formulés sous forme d'enseignements, sont présentés ci-après :

- **La traduction de la volonté politique en actes est une condition préalable essentielle à la réalisation des principes et des objectifs des soins de santé primaires.** À la fois dans la Déclaration d'Alma-Ata et dans la Déclaration d'Astana, la communauté internationale s'est engagée à agir pour les soins de santé primaires. Comme l'a suggéré le présent bilan, certains pays ont traduit concrètement cet engagement en un vaste ensemble de mesures politiques, de stratégies et de cadres réglementaires – ainsi que de ressources financières qui sont à la mesure de leurs engagements ambitieux. Dans d'autres pays, la traduction des engagements en mesures concrètes a moins progressé pour diverses raisons. L'un des enseignements tirés du présent bilan est que, pour que la mise en œuvre soit efficace et permette la réalisation des objectifs et des principes des soins de santé primaires, les engagements supposent que la volonté politique se traduise par des mesures stratégiques concrètes et cohérentes, et par des ressources.
- **La mise en œuvre réussie des soins de santé primaires requiert un vaste partenariat.** La Déclaration d'Astana en particulier appelle les gouvernements, ainsi que le système des Nations Unies (l'OMS, l'UNICEF et les autres organisations internationales) et les acteurs non étatiques à travailler en partenariat pour atteindre les objectifs des soins de santé primaires. La portée et la force de ces partenariats ont toutefois considérablement varié d'un pays à l'autre.
- **La collaboration intersectorielle, un élément essentiel de la mise en œuvre des soins de santé primaires, nécessite des efforts concertés.** Le présent bilan a souligné que la collaboration intersectorielle présente de multiples facettes, allant bien au-delà de la collaboration interministérielle entre le secteur de la santé et d'autres secteurs. La collaboration intersectorielle peut ainsi s'instaurer entre les spécialités en santé, et au sein d'une même spécialité, entre divers secteurs de la société (les partenariats à large assise décrits plus haut) et entre les niveaux de gouvernement et d'administration publique, et à l'intérieur de ceux-ci. Le présent bilan laisse penser que la promotion de ces diverses formes de collaboration a soulevé des difficultés et nécessite une transposition des engagements en actes concrets comme il a été décrit plus haut.
- **L'équité reste un défi persistant.** Surmonter les inégalités à la fois au sein des pays et d'un pays à l'autre est un engagement qui a été formulé dans les Déclarations d'Alma-Ata et d'Astana, mais cela reste un défi persistant. De nombreux pays ont accompli de grands progrès dans leurs efforts pour traduire l'engagement en faveur de la santé en tant que droit humain en actes concrets pour assurer l'équité à l'intérieur de leurs frontières. Pour de nombreux autres, les progrès ont été moindres. Les inégalités persistent aussi entre pays, certains ne disposant pas des ressources ou des capacités voulues, tandis que d'autres peinent à générer la volonté politique interne nécessaire pour parvenir à l'équité.
- **Un personnel de santé suffisamment important en nombre et qualifié est nécessaire pour atteindre les objectifs des soins de santé primaires.** Les ressources humaines pour la santé – et plus particulièrement le fait d'attirer, de gérer et de fidéliser un personnel de santé en nombre suffisant et doté des qualifications requises – apparaissent comme une question récurrente dans le présent bilan. Il est important de noter, comme il ressort de l'expérience acquise par de nombreux pays, qu'il est vital de former les personnels de santé non seulement aux aspects techniques de leurs professions respectives mais aussi aux principes et aux objectifs des soins de santé primaires, pour que ces objectifs soient réalisés.

- **Divers aspects de la mise en œuvre des soins de santé primaires peuvent faire l'objet de mesures d'incitation.** Comme de nombreux exemples l'ont montré dans ce bilan, il n'est pas toujours nécessaire d'imposer les objectifs des soins de santé primaires : ceux-ci peuvent aussi être obtenus moyennant divers moyens d'incitation. On peut par exemple citer l'utilisation de mesures salariales pour attirer et retenir le personnel de santé, de mesures financières pour récompenser l'obtention des résultats souhaités dans les pratiques médicales, et de mesures d'incitation visant à encourager la collaboration intersectorielle et l'innovation.
- **Pour développer et pérenniser les systèmes de soins de santé primaires à l'avenir, il sera indispensable de continuer à innover.** Bien que le bilan ne soit pas parti de l'hypothèse que l'innovation est intrinsèquement positive ou a toujours exclusivement des résultats positifs, il a mis en évidence de nombreuses innovations qui ont aidé les pays à saisir les occasions présentées et à surmonter les défis soulevés par la mise en œuvre des soins de santé primaires. Ces innovations ne se limitent pas à la technologie, mais proposent aussi des solutions créatives pour contribuer à affiner les processus, configurer différemment les approches en matière de financement de la santé, restructurer l'administration publique et réformer l'ensemble des systèmes de santé pour qu'ils soient davantage centrés sur l'individu, d'un meilleur rapport coût/efficacité et équitables. Compte tenu des difficultés persistantes que pose la mise en œuvre des soins de santé primaires, alliées à l'évolution notable du contexte mondial soulignée dans le présent bilan (poursuite de la mondialisation, vieillissement des populations, évolution de la charge pesant sur les systèmes de santé du fait des maladies non transmissibles, et conflits dans certains pays), la nécessité de résoudre les problèmes de façon novatrice se fera sans doute de plus en plus sentir.
- **Les approches reposant sur les données factuelles peuvent contribuer à réussir au mieux la mise en œuvre des soins de santé primaires.** Comme le bilan l'a montré, certains pays ont activement cherché à ce que les données factuelles pertinentes influent sur les processus de prise de décisions liés aux soins de santé primaires, tandis que d'autres ont adopté une approche moins systématique. En tirant parti des sources de connaissances, des informations, des données et des expériences, les pays peuvent concevoir en toute connaissance de cause des politiques, des programmes, des stratégies, des cadres réglementaires, des structures d'incitation et des innovations reposant sur ce qui a fonctionné (et ce qui n'a pas fonctionné) plutôt qu'en choisissant des options moins guidées par les données factuelles (et peut-être moins sûres). Les progrès rapides des technologies de l'information et des communications dans les pays, quel que soit le niveau de développement, ont permis de favoriser la production et le partage des connaissances, qui peuvent être essentiels pour accéder aux données factuelles et les utiliser.

4.2.2. Autres considérations pour les prochaines étapes

106. Compte tenu de ce vaste aperçu des réalisations, des problèmes rencontrés, des facteurs utiles et des enseignements obtenus, il est possible de recenser un certain nombre de domaines d'action future pour la mise en œuvre des soins de santé primaires. Les recommandations, s'inspirant des réponses des États Membres au questionnaire, peuvent être classées comme suit :

Mesures à prendre par les gouvernements

1. Renforcer, ou continuer à renforcer, l'engagement en faveur des soins de santé primaires en traduisant cet engagement en mesures concrètes (telles que des politiques, des stratégies, des cadres réglementaires, une gouvernance renforcée et des réformes plus larges) moyennant des approches reposant sur des données factuelles chaque fois que cela est possible.

2. Faire correspondre cette volonté politique à un engagement financier – sous la forme à la fois d'un financement global des approches reposant sur les soins de santé primaires et de mesures spécifiques – pour améliorer la protection financière de la population.
3. Entreprendre des mesures pour s'assurer que les ressources humaines pour la santé sont appropriées à la fois en nombre et en qualité – la « qualité » reposant sur les principes et les objectifs des soins de santé primaires ainsi que sur les compétences techniques.
4. Améliorer le rapport coût/efficacité, en cherchant à optimiser les dépenses de santé existantes en rationalisant la prestation de services, en réduisant le gaspillage et en décourageant le recours aux services dont les bienfaits ne sont pas avérés.
5. Renforcer la collaboration intersectorielle au sein du gouvernement en intégrant des approches associant l'ensemble de la société et reposant sur le principe de la santé dans toutes les politiques, dans les politiques, les stratégies, la gouvernance et les mécanismes d'incitation.
6. Renforcer les approches associant l'ensemble de la société moyennant une meilleure collaboration avec les acteurs non étatiques tels que les communautés, le secteur privé et d'autres acteurs non étatiques.
7. Renforcer les services de soins primaires moyennant un développement et une utilisation plus avancés des technologies numériques, des mesures d'incitation pour les prestataires, la mise en place d'organisations et de relations pour favoriser une prestation mieux intégrée des services et un travail d'équipe multiprofessionnel, une gestion plus efficace de l'interface entre soins primaires et soins secondaires (moyennant des mécanismes de filtre et d'orientation-recours améliorés dans le cadre des soins primaires) et un personnel de santé formé de manière appropriée.
8. Encourager et soutenir l'innovation dans les soins de santé primaires ainsi que les approches fondées sur les données factuelles.

Mesures à prendre par l'OMS et d'autres acteurs³⁸

107. Les États Membres ayant répondu au questionnaire ont proposé que les mesures suivantes soient prises par l'OMS en collaboration avec les organismes concernés des Nations Unies, les acteurs non étatiques et les autres partenaires concernés :

1. L'OMS devrait continuer à tirer parti de son rôle fédérateur pour encourager la collaboration intersectorielle sous les diverses formes décrites dans le bilan, à la fois au niveau des politiques mondiales et dans les pays pris individuellement, dans le cadre de son soutien aux gouvernements.
2. Dans le cadre de son rôle normatif, l'OMS devrait continuer à jouer un rôle directeur dans l'élaboration de normes et de lignes directrices stratégiques et opérationnelles pour poursuivre la mise en œuvre des soins de santé primaires conformément aux engagements pris dans la Déclaration d'Astana et, plus largement, au Programme de développement durable à l'horizon 2030 et aux objectifs de développement durable.

³⁸ Dans le questionnaire destiné aux États Membres, il a été demandé aux personnes répondant d'identifier les domaines d'action potentiels pour l'OMS et d'autres acteurs. Toutefois, la grande majorité des réponses a porté sur le rôle potentiel de l'OMS lors des prochaines étapes.

3. Pour ce qui est de son rôle dans le domaine de la coopération technique, l'OMS devrait adapter ses efforts de renforcement des capacités aux domaines liés spécifiquement aux soins de santé primaires et requérant le soutien avancé identifié dans certains pays, tel que l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies, le renforcement des systèmes de santé, le principe de la santé dans toutes les politiques, la législation sanitaire, le financement de la santé, l'évaluation et la gestion des technologies sanitaires, les ressources humaines pour la santé, les approches en matière de santé communautaire, la recherche pour améliorer la prestation des services, et le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des soins de santé primaires moyennant un soutien aux examens volontaires menés au niveau national.
4. Dans son rôle de sensibilisation, l'OMS devrait identifier et cibler les questions spécifiques liées aux soins de santé primaires requérant un travail de sensibilisation dans certains pays, par exemple en défendant l'augmentation des dépenses de santé, en recensant les lacunes spécifiques dans les politiques exigeant des mesures et en soulignant la nécessité d'une plus grande collaboration intersectorielle et d'une plus grande équité.
5. En remplissant tous ces rôles, l'OMS devrait améliorer le soutien qu'elle apporte à l'action politique reposant sur des données factuelles, notamment en appuyant la recherche systématique et la production de données factuelles pour soutenir l'élaboration des politiques en matière de santé, et en recueillant et diffusant les informations relatives aux enseignements et aux meilleures pratiques.

Annexe 1 : Termes de référence³⁹

PROPOSITION CONCERNANT LE BILAN DE 40 ANNÉES DE MISE EN ŒUVRE DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES AU NIVEAU DES PAYS

Contexte

En janvier 2018, le Conseil exécutif, à sa cent quarante-deuxième session,¹ a prié le Bureau de l'évaluation de faire le bilan de 40 années de mise en œuvre des soins de santé primaires au niveau des pays. Le Conseil a en outre prié le Secrétariat de présenter à sa cent quarante-quatrième session une vue d'ensemble de la portée et du cadre d'un tel bilan.

Objet

Le principal objectif consiste à : a) illustrer les progrès accomplis en vue de la mise en œuvre des soins de santé primaires dans le monde en faisant ressortir les réalisations et les succès obtenus, les meilleures pratiques ainsi que les principaux problèmes rencontrés ; et b) formuler des recommandations sur les mesures à prendre pour accélérer l'application de stratégies et de plans nationaux, régionaux et mondiaux en faveur des soins de santé universels/primaires et des objectifs de développement durable.

Portée et approche

La portée du bilan reposera sur : la Conférence mondiale sur les soins de santé primaires (Astana, Kazakhstan, 25 et 26 octobre 2018) ; le prochain rapport de la Commission de haut niveau sur la santé universelle au XXI^e siècle du Bureau régional des Amériques/OPS sur la situation 40 ans après Alma-Ata ; et d'autres bilans de la mise en œuvre des soins de santé primaires. Couvrant les 40 années qui se sont écoulées depuis la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires – adoptée en 1978 – jusqu'en 2018, l'étude devra évaluer les progrès accomplis au niveau mondial en vue de la mise en œuvre des soins de santé primaires au moyen de deux sources d'information complémentaires : a) un examen systématique des sources de données existantes publiées ; et b) une évaluation de la mise en œuvre au niveau des pays grâce à l'engagement des États Membres et aux éléments obtenus au moyen d'un questionnaire en ligne destiné à tous les États Membres

L'ensemble du processus et l'approche méthodologique suivront les principes énoncés dans le manuel OMS sur la pratique de l'évaluation (WHO Evaluation Practice Handbook)⁴⁰ et les normes et lignes directrices éthiques pour l'évaluation du Groupe des Nations Unies pour l'évaluation.⁴¹ On tiendra compte aussi des stratégies d'évaluation communes de l'OMS concernant le genre, l'équité, les populations vulnérables et les droits humains et l'on fournira, dans la mesure du possible, une analyse et des données ventilées.

³⁹ Voir le document EB144/51, paragraphes 15 à 20.

⁴⁰ WHO evaluation practice handbook. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/96311/9789241548687_eng.pdf;jsessionid=B9451D6A553A070BADE75ED7E874F623?sequence=1, consulté le 22 octobre 2018).

⁴¹ Normes et règles d'évaluation. New York, Groupe des Nations Unies pour l'évaluation, 2017 (<http://www.unevaluation.org/document/download/2787>) et UNEG Ethical Guidelines for Evaluation, United Nations Evaluation Group Foundation Document, UNEG/FN/ETH(2008) (<http://www.unevaluation.org/document/detail/102>) (consultés le 22 octobre 2018).

Il s'agira d'apporter des réponses aux questions clés ci-après :

- (a) Quels ont été les problèmes rencontrés et les facteurs qui ont favorisé l'élaboration et la mise en œuvre des approches de soins de santé primaires dans les pays au cours des 40 dernières années ?
- (b) Comment les soins de santé primaires et les innovations qui s'y rapportent ont-ils contribué à l'amélioration des résultats en matière de santé, de l'équité, de la collaboration intersectorielle et de l'efficacité ?
- (c) Quelles approches intersectorielles a-t-on mis en œuvre pour les soins de santé primaires ?
- (d) Quels enseignements et innovations de différents contextes techniques et de développement au niveau des pays et des Régions peut-on adapter et échanger pour promouvoir et renforcer les efforts futurs en matière de soins de santé universels/primaires ?

Le bilan sera établi par le Bureau de l'évaluation. Le processus sera engagé au premier trimestre de 2019 et le rapport final publié au dernier trimestre de la même année, alors que les principales conclusions seront présentées au Conseil exécutif à sa cent quarante-sixième session, en janvier 2020.

Annex 2 : Questionnaire en ligne à l'intention des États Membres



Bilan de 40 années de mise en oeuvre des soins de santé primaires au niveau des pays Questionnaire en ligne à l'intention des États Membres

Cher point focal national,

Nous voudrions tout d'abord vous remercier d'avoir accepté de servir de point focal national pour le *bilan de 40 années de mise en oeuvre des soins de santé primaires au niveau des pays*, demandé par le Conseil exécutif à sa cent quarante-deuxième session en janvier 2018.

Comme indiqué dans son mandat, noté par le Conseil exécutif à sa cent quarante-quatrième session en janvier 2019 ([EB144/51](#), paragraphes 15-21), l'objectif de ce bilan consiste à : a) illustrer les progrès accomplis en vue de la mise en oeuvre des soins de santé primaires dans le monde en faisant ressortir les réalisations et les succès obtenus, les meilleures pratiques ainsi que les principaux problèmes rencontrés ; et b) formuler des recommandations sur les mesures à prendre pour accélérer l'application de stratégies et de plans nationaux, régionaux et mondiaux en faveur des soins de santé universels/primaires et des objectifs de développement durable.

Le bilan couvre les 40 années qui se sont écoulées depuis la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires jusqu'à présent. (1978-2018). Il devra évaluer les progrès accomplis au niveau Mondial en vue de la mise en oeuvre des soins de santé primaires au moyen de deux sources d'information complémentaires :

1. Un examen systématique des sources de données existantes publiées ; et
2. Une évaluation de la mise en œuvre au niveau des pays grâce à l'engagement des États Membres et aux éléments obtenus au moyen d'un questionnaire en ligne destiné à tous les États Membres.

Ce questionnaire est donc un élément important du bilan.

Les points suivants pourraient vous aider lors de la formulation de vos réponses :

- **Portée du bilan.** Le bilan vise à couvrir la période qui s'est écoulée depuis la Déclaration d'Alma-Ata. Nous vous demandons donc de répondre aux questions au meilleur de vos connaissances.
- **Réponse consolidée unique.** La formulation des réponses aux questions pourrait nécessiter une consultation plus large. Nous vous rappelons cependant que nous ne pouvons accepter qu'un questionnaire complété par pays. Si nécessaire, nous pourrions vous envoyer une version Word ou PDF du questionnaire aux fins de consultation.
- **Documents d'appui.** Au cas où vous voudriez partager des documents clés qui pourraient éclaircir vos réponses, vous auriez l'occasion de les télécharger à la fin du questionnaire.
- **Confidentialité.** Vos réponses seront totalement anonymes et strictement confidentielles, car elles seront rapportées uniquement sous forme agrégée.
- **Délai.** Afin que votre contribution puisse être incluse dans l'analyse, nous vous serions reconnaissants de bien vouloir soumettre votre réponse consolidée pour le **vendredi 5 juillet 2019**.

Pour toute question à propos de ce questionnaire ou le bilan en général, veuillez contacter evaluation@who.int.

Nous vous remercions de votre participation à cette enquête et de votre contribution au bilan.

PARTIE A: Renseignements généraux

Q1. Quel État Membre représentez-vous ?

Comme indiqué ci-dessus, vos réponses seront traitées de manière strictement confidentielle et le rapport final ne citera aucun pays. Cette information est récoltée pour :

- (a) Permettre à l'équipe d'évaluation de comprendre les réalisations spécifiques, les problèmes rencontrés, les meilleures pratiques et les enseignements tirés selon le contexte spécifique de chaque pays ;
- (b) découvrir les tendances entre et à travers les pays ;
- (c) permettre un renvoi à l'information découverte dans l'examen des sources de données existantes publiées.

PARTIE B: Progrès accomplis et problèmes rencontrés dans les soins de santé primaires dans votre pays, 1978-2018

Encadré 1: Le terme “soins de santé primaires” dans ce bilan

Bien que le concept de soins de santé primaires ait été interprété de façons différentes au fil du temps, la notion de soins de santé primaires comme décrite dans la [Déclaration d'Alma-Ata](#) sert de base pour la définition de soins de santé primaires dans ce questionnaire. Toutes les questions concernant les soins de santé primaires sont basées sur les aspects de soins de santé primaires indiqués dans la Déclaration.

Q2. Basé sur les différents aspects des soins de santé primaires décrits dans la Déclaration d'Alma-Ata, quels étaient les éléments clés des soins de santé primaires dans votre pays au cours des 40 dernières années ?

Des exemples qui pourraient être cités : un aspect clé des soins de santé primaires considéré comme hautement prioritaire dans votre pays ; la façon dont votre pays a interprété et appliqué les différents aspects des soins de santé primaires dans le contexte de votre pays ; les aspects des soins de santé primaires appliqués par votre pays qui ne sont pas comprise dans la Déclaration ; ou toute autre chose que vous voudriez souligner.

Q3. Veuillez évaluer le niveau global de réussite de la mise en oeuvre des soins de santé primaires dans votre pays ?

Ce bilan vise à couvrir les 40 années qui se sont écoulées depuis la Déclaration d'Alma-Ata. Nous vous prions donc de répondre à cette question au meilleur de vos connaissances pour cette période.

| | | | |
|---|--|---|---|
| Très bien réussi <input type="radio"/> | Plutôt réussi <input type="radio"/> | Quelque peu réussi <input type="radio"/> | Pas du tout réussi <input type="radio"/> |
|---|--|---|---|

Pour chacune des questions suivantes, veuillez souligner les exemples les plus pertinents et importants de l'expérience de votre pays. Nous vous prions de répondre le plus précisément possible en présentant les éléments clés de la réussite, mais aussi d'être aussi concis que possible afin de permettre une analyse sensée de l'information fournie par de nombreux pays dans le court délai accordé pour le bilan.

- Q4. Quels sont selon vous les principales réalisations dans la mise en oeuvre des soins de santé primaires dans votre pays ?**

- Q5. Quels ont été les facteurs qui ont favorisé l'élaboration et la mise en oeuvre des approches de soins de santé primaires dans votre pays ?**

Les "facteurs qui ont favorisé" sont les facteurs clés qui ont facilité le progrès de votre pays dans l'élaboration et la mise en oeuvre des soins de santé primaires à ce jour.

- Q6. Quels ont été les plus gros problèmes rencontrés dans l'élaboration et la mise en oeuvre des approches de soins de santé primaires dans votre pays ?**

Les "problèmes rencontrés" sont les éléments clés qui ont contribué à un manque de progrès dans l'élaboration et la mise en oeuvre des soins de santé primaires dans votre pays à ce jour.

- Q7. Quelles approches intersectorielles a-t-on mis en oeuvre pour les soins de santé primaires dans votre pays ?**

- Q8. Quelles innovations importantes ont été introduites dans la mise en oeuvre des soins de santé primaires dans votre pays ?**

Q9. Le cas échéant, quels sont les effets plus larges de la mise en oeuvre des soins de santé primaires (y compris les innovations qui s'y rapportent) dans votre pays ?

Ces effets plus larges peuvent comprendre, par exemple, des effets sur l'amélioration des résultats en matière de santé, de l'équité, de la collaboration intersectorielle et de l'efficacité.

PARTIE C: Vision d'avenir

Les dernières questions traitent de l'orientation future des soins de santé primaires, particulièrement en ce qui concerne l'Agenda 2030 de développement durable et les objectifs de développement durable – plus précisément la cible 3.8 ("faire en sorte que chacun bénéficie d'une assurance-santé, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable").

Q10. Quels enseignements, meilleures pratiques et innovations de l'expérience de votre pays peut-on adapter et échanger pour promouvoir et renforcer les efforts futurs dans la mise en oeuvre de soins de santé primaires – et la réalisation de la couverture sanitaire universelle, en concordance avec la cible 3.8 de l'objectif 3 de développement durable ?

Q11. A quels problèmes votre pays est-il confronté dans ses efforts de mise en oeuvre complète des soins de santé primaires et d'atteindre la cible 3.8 de l'objectif 3 de développement durable d'ici 2030 ?

Q12. Quels efforts doivent être entrepris dans l'avenir par les acteurs gouvernementaux au niveau national et sous-national dans votre pays pour la mise en œuvre complète des soins de santé primaires et la réalisation de la cible 3.8 de l'objectif 3 de développement durable d'ici 2030 ?

Q13. Comment percevez-vous le rôle futur de l'OMS et d'autres partenaires (par exemple organisations non-gouvernementales, organisations locales, la société civile et les secteurs privé et philanthropique, d'autres entités des Nations Unies) dans la mise en œuvre des soins de santé primaires dans votre pays ?

Q14. Souhaiteriez-vous ajouter autre chose en relation avec la mise en œuvre des soins de santé primaires dans votre pays ?

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION A CETTE ENQUÊTE.

Nous vous invitons à télécharger ici des documents que vous voudriez partager :

Annexe 3 : Liste des documents examinés

Examen documentaire de haut niveau

From Alma-Ata to Astana: primary health care – reflecting on the past, transforming for the future. Interim report from the World Health Organization European Region. Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Europe, 2018.

Primary health care at forty: reflections from South-East Asia. Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Asie du Sud-Est, 2018.

Primary health care at 40 years of Alma Ata. Situation in the Americas. Regional report. Organisation panaméricaine de la Santé, 2018 (cote du document : PAHO/HSS/18-039).

Primary health care 21: everybody's business. An international meeting to celebrate 20 years after Alma-Ata, Almaty, Kazakhstan, 27-28 November 1998. Organisation mondiale de la Santé, 2000.

Primary health care in the Western Pacific Region: looking back and future directions. Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour le Pacifique occidental, 2018.

Primary health care programme in the WHO African Region from Alma-Ata to Ouagadougou and beyond. The Africa health transformation programme: a vision for universal health coverage. Contribution of the World Health Organization Regional Office for Africa to the WHO global report; 2018.

Report on primary health care in the Eastern Mediterranean Region: review of progress over the last decade (2008–2018). Département Développement des systèmes de santé, Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour la Méditerranée orientale, octobre 2018 (projet).

Universal Health in the 21st Century: 40 years of Alma-Ata. Report of the high-level commission. Organisation panaméricaine de la Santé, 2019.

Rapport sur la santé dans le monde 2008. Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais. Organisation mondiale de la Santé ; 2008.

Rapports d'études de cas pays

Albania: Health Systems in Transition. European Observatory on Health Systems and Policies; 2002.

Andorra: Health Systems in Transition. European Observatory on Health Systems and Policies; 2004.

Armenia: Health Systems in Transition. European Observatory on Health Systems and Policies; 2013.

Australia: Health in All Policies in South Australia lessons from 10 years of practice. World Health Organization; 2018.

Australia: Health Systems in Transition. European Observatory on Health Systems and Policies; 2006.

Australia: OECD Reviews of Health Care Quality: Raising Standards. OECD; 2015.

Austria: Health Systems Review. European Observatory on Health Systems and Policies; 2018.

Azerbaijan: Health system review. European Observatory on Health Systems and Policies; 2010.

Bangladesh: Primary health care systems (PRIMASYS): Case study from Bangladesh. Alliance for Health Policy and Systems Research; 2017.

- Belarus: Health system review. European Observatory on Health Systems and Policies; 2013.
- Belgium: Health System Review. European Observatory on Health Systems and Policies; 2010.
- Bosnia and Herzegovina: Health System Review. European Observatory on Health Systems and Policies; 2000.
- Brazil: Country case studies on primary health care: Brazil: the Mais Medico Programme. World Health Organization; 2018.
- Bulgaria: Health Systems Reform. European Observatory on Health Systems and Policies; 2018.
- Cameroon: Primary health care systems (PRIMASYS): Case Study from Cameroon. Alliance for Health Policy and Systems Research; 2017.
- Canada: Government Policy on Prevention in health: A HiAP Approach in Quebec, Canada. World Health Organization; 2017.
- China: Country Case Studies on Primary Healthcare: China: Multidisciplinary teams and integrated service delivery across levels of care. World Health Organization; 2018.
- Colombia: Primary health care systems (PRIMASYS): Case Study from Colombia, abridged version. Alliance for Health Policy and Systems Research; 2017.
- Croatia: Health System Review. European Observatory on Health Systems and Policies; 2014.
- Cyprus: Health System Review. European Observatory on Health Systems and Policies; 2012.
- Czech Republic: Health System Review. European Observatory on Health Systems and Policies; 2015.
- Czech Republic: OECD Reviews of Health Care Quality: Raising Standards. OECD; 2014.
- Denmark: OECD Reviews of Health Care Quality: Raising Standards. OECD; 2013.
- Denmark: Health System Review. European Observatory on Health Systems and Policies; 2012.
- Egypt: Country Case Studies on Primary Health Care: Egypt: Health Sector Reform. World Health Organization; 2018.
- El Salvador: Country case studies on primary health care: El Salvador: Territorial Community Teams. World Health Organization; 2018.
- Estonia: Establishing family medicine as a specialty to strengthen primary health care. Primary Health Care Performance Initiative; 2016.
- Estonia: Health System Review. European Observatory on Health Systems and Policies; 2018.
- Estonia: Country case studies on primary health care: the development of family practice to support universal health coverage. World Health Organization; 2018.
- Ethiopia: Primary health care systems (PRIMASYS): Case Study from Ethiopia. Alliance for Health Policy and Systems Research; 2017.
- Finland: Health System Review. European Observatory on Health Systems and Policies; 2008.
- Finland: How to take into account: Health, wellbeing and equity in all sectors in Finland. World Health Organization; 2017.
- France: Health Systems Review. European Observatory on Health Systems and Policies; 2015.
- Georgia: Health System Review. European Observatory on Health Systems and Policies; 2017.
- Georgia: Primary health care systems (PRIMASYS): Case Study from Georgia. Alliance for Health Policy and Systems Research; 2017.
- Germany: Health Systems Review. European Observatory on Health Systems and Policies; 2014.

- Ghana: Country case studies on primary health care: Community engagement, financial protection and expanding rural access. World Health Organization; 2018.
- Ghana: Primary health care systems (PRIMASYS): Case Study from Ghana. Alliance for Health Policy and Systems Research; 2017.
- Greece: Health System Review. European Observatory on Health Systems and Policies; 2017.
- Hungary: Health Systems Review. European Observatory on Health Systems and Policies; 2011.
- Iceland: Health System Review. European Observatory on Health Systems and Policies; 2014.
- India (Kerala State): Decentralized governance and community engagement strengthen primary care. Primary Health Care Performance Initiative; 2018.
- Indonesia: Primary health care systems (PRIMASYS): Case Study from Indonesia. Alliance for Health Policy and Systems Research; 2018.
- Iran (Islamic Republic of): Country Case Study on Primary Health Care. World Health Organization; 2018.
- Ireland: Health System Review. European Observatory on Health Systems and Policies; 2009.
- Israel: Health System Review. European Observatory on Health Systems and Policies; 2015.
- Israel: OECD Reviews of Health Care Quality: Raising Standards. OECD; 2012.
- Italy: Health System Review. European Observatory on Health Systems and Policies; 2014.
- Italy: OECD Reviews of Health Care Quality: Raising Standards. OECD; 2014.
- Jamaica: Country case studies on primary health care: Jamaica: development of workforce for first level of care. World Health Organization; 2018.
- Japan: Health System Review. European Observatory on Health Systems and Policies; 2009.
- Japan: OECD Reviews of Health Care Quality: Raising Standards. OECD; 2015.
- Kazakhstan: Health System Review. European Observatory on Health Systems and Policies; 2012.
- Kazakhstan: Country case studies on primary health care: Use of mobile technologies in primary health care as part of state-run reforms in the health sector. World Health Organization; 2018.
- Kenya: Primary health care systems (PRIMASYS): Case study from Kenya. Alliance for Health Policy and Systems Research; 2017.
- Kyrgyzstan: Health System Review. European Observatory on Health Systems and Policies; 2011.
- Latvia: Health System Review. European Observatory on Health Systems and Policies; 2012.
- Lebanon: Primary health care systems (PRIMASYS): Comprehensive case study from Lebanon. Alliance for Health Policy and Systems Research; 2017.
- Lithuania: Health System Review. European Observatory on Health Systems and Policies; 2013.
- Luxembourg: Health System Review. European Observatory on Health Systems and Policies; 2015.
- Malta: Health System Review. European Observatory on Health Systems and Policies; 2017.
- Mexico: Primary health care systems (PRIMASYS): Case Study from Mexico. Alliance for Health Policy and Systems Research; 2017.
- Mongolia: Country Case Studies on Primary Health Care. European Observatory on Health Systems and Policies; 2007.

- Mongolia: Primary health care systems (PRIMASYS): Comprehensive case study from Mongolia. Alliance for Health Policy and Systems Research; 2017.
- Netherlands: Health System Review. European Observatory on Health Systems and Policies; 2016.
- New Zealand: Health Care Systems in Transition. European Observatory on Health Systems and Policies; 2002.
- Nigeria: Primary health care systems (PRIMASYS): Case study from Nigeria. Alliance for Health Policy and Systems Research; 2017.
- Norway: Health System Review. European Observatory on Health Systems and Policies; 2013.
- Norway: OECD Reviews of Health Care Quality: Raising Standards. OECD; 2014.
- Pakistan: Primary health care systems (PRIMASYS): Case study from Pakistan. Alliance for Health Policy and Systems Research; 2017.
- Peru: Primary health care systems (PRIMASYS): Case Study from Peru. Alliance for Health Policy and Systems Research; 2018.
- Peru: Pursuing Universal health coverage through local community participation in Peru. Primary Health Care Performance Initiative; 2018.
- Poland: Health System Review. European Observatory on Health Systems and Policies; 2019.
- Portugal: Health System Review. European Observatory on Health Systems and Policies; 2017.
- Portugal: OECD Reviews of Health Care Quality: Raising Standards. OECD; 2015.
- Republic of Korea: Health system review. European Observatory on Health Systems and Policies; 2009.
- Republic of Korea: OECD Reviews of Health Care Quality: Raising standards. OECD; 2012.
- Republic of Moldova: Health System Review. European Observatory on Health Systems and Policies; 2012.
- Romania: Health System Review. European Observatory on Health Systems and Policies; 2016.
- Russian Federation: Health System Review. European Observatory on Health Systems and Policies; 2011.
- Rwanda: Primary health care systems (PRIMASYS): Case study from Rwanda. Alliance for Health Policy and Systems Research; 2017.
- Samoa: Country case studies on primary health care: Engaging people for health promotion. World Health Organization; 2018.
- Slovakia: Health System Review. European Observatory on Health Systems and Policies; 2016.
- Slovenia: Health System Review. European Observatory on Health Systems and Policies; 2016.
- South Africa: Primary health care systems (PRIMASYS): Case study from South Africa. Alliance for Health Policy and Systems Research; 2017.
- Spain: Health System Review. European Observatory on Health Systems and Policies; 2018.
- Sri Lanka: Country case studies on primary health care: Community-based workforce development for maternal and child health. World Health Organization; 2018.
- Sri Lanka: Primary health care systems (PRIMASYS): Case study from Sri Lanka. Alliance for Health Policy and Systems Research; 2017.

Suriname: Reducing the burden of disease and health inequity through HiAP- the case of Suriname. World Health Organization; 2017.

Sweden: Health System Review. European Observatory on Health Systems and Policies; 2012.

Sweden: OECD Reviews of Health Care Quality: Raising Standards. OECD; 2018.

Switzerland: Health System Review. European Observatory on Health Systems and Policies; 2016.

Tajikistan: Health System Review. European Observatory on Health Systems and Policies; 2016.

Thailand: Improved geographic and financial access to care strengthens primary care. Primary Health Care Performance Initiative; 2018.

Thailand: the development of Primary Health Care. Alliance for Health Policy and Systems Research; 2018.

Turkey: Family practice for quality in universal health coverage. World Health Organization; 2018.

Turkey: Health System Review. European Observatory on Health Systems and Policies; 2011.

Turkey: OECD Reviews of Health Care Quality: Raising Standards. OECD; 2014.

Turkmenistan: Health System Review. European Observatory on Health Systems and Policies; 2000.

Uganda: Primary health care systems (PRIMASYS): Case study from Uganda. Alliance for Health Policy and Systems Research; 2017.

Ukraine: Health System Review. European Observatory on Health Systems and Policies; 2014.

United Kingdom: Health System Review. European Observatory on Health Systems and Policies; 2015.

United Kingdom: OECD Reviews of Health Care Quality: Raising Standards. OECD; 2016.

United Republic of Tanzania: Primary health care systems (PRIMASYS): Comprehensive case study from United Republic of Tanzania. Alliance for Health Policy and Systems Research; 2017.

Uzbekistan: Health System Review. European Observatory on Health Systems and Policies; 2014.

Viet Nam: Country case studies on primary health care: Improving equity in access to primary care. World Health Organization; 2018.