



Évaluation : situation actuelle et plan de travail proposé pour 2020-2021

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

Résumé d'orientation

Rapport du Secrétariat

1. Le Conseil exécutif, à sa cent quarante-deuxième session (2018), 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.¹ Une vue d'ensemble de la portée et du cadre d'un tel bilan a été présentée à la cent quarante-quatrième session du Conseil (2019) pour examen.²
2. Conformément aux modalités définies pour la réalisation de ce bilan, le Bureau de l'évaluation présente un résumé d'orientation du bilan à la cent quarante-sixième session du Conseil exécutif (voir l'annexe).³

MESURES À PRENDRE PAR LE CONSEIL EXÉCUTIF

3. Le Conseil est invité à prendre note du rapport.

¹ 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).

² Voir le document EB144/51, paragraphes 15 à 20.

³ Le rapport complet du bilan de 40 années de mise en œuvre des soins de santé primaires au niveau des pays est disponible (en anglais) sur le site Web du Bureau de l'évaluation : voir www.who.int/evaluation, consulté le 1^{er} novembre 2019.

ANNEXE

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

Résumé d'orientation

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 ». 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.

2. 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

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).

3. 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.

4. 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 ». ¹ 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.

5. 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. ² 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. ³

6. 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 ;

¹ 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).

² 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).

³ 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).

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] »,¹ 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 ».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 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.

7. 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.³

¹ 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).

² 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).

³ Des réponses ont été reçues de 49 États Membres et d'un territoire.

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*)¹ et les normes et lignes directrices éthiques pour l'évaluation du Groupe des Nations Unies pour l'évaluation.² 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 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

9. 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.

¹ *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).

² *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).

- 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

10. 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.

11. 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.

12. 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.

13. 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.

14. 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.

15. 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.

16. 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.

17. 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.

18. 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.

19. 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

20. 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 ».¹ Les enseignements qui peuvent être tirés du bilan peuvent ainsi être utiles pour décider des prochaines étapes.

21. 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.

¹ 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).

- **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 supposent 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.

22. 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 acteurs¹

23. 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.
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 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.