

COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

ORIGINAL : ANGLAIS

Soixante-neuvième session  
Brazzaville, République du Congo, 19-23 août 2019

Point 12 de l'ordre du jour

**CADRE POUR LA PRESTATION DE SERVICES DE SANTÉ ESSENTIELS PAR  
L'ENTREMISE DE SYSTÈMES DE SANTÉ DE DISTRICT OU LOCAUX RENFORCÉS  
AFIN D'APPUYER LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE DANS LE  
CONTEXTE DES OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DURABLE**

**Rapport du Secrétariat**

**RÉSUMÉ D'ORIENTATION**

1. Dans le cadre du Programme de développement durable à l'horizon 2030, l'objectif 3 de développement durable (ODD 3) vise à permettre à tous de vivre en bonne santé et à promouvoir le bien-être de tous à tout âge. Plusieurs déclarations internationales, notamment la Déclaration d'Astana d'octobre 2018 sur les soins de santé primaires, reconnaissent le système de santé de district comme un instrument important pour parvenir à la couverture sanitaire universelle (CSU), en vertu de laquelle chaque personne reçoit les soins de qualité dont elle a besoin sans pour autant éprouver des difficultés financières.
2. Un système de santé de district est un réseau d'organisations et de formations sanitaires qui proposent des services de santé équitables, complets et intégrés à une population donnée. Les États Membres ont réalisé des progrès vers la réforme des systèmes de santé de district, mais la situation de leurs systèmes de santé diffère d'un pays à un autre. En moyenne, la Région africaine ne fournit que 48 % des services de santé susceptibles d'être fournis, en raison des lacunes observées dans la disponibilité desdits services dans les établissements de santé, ainsi que dans la capacité des établissements de santé à fournir les services requis.
3. Les systèmes de santé nationaux de la Région africaine sont confrontés à divers enjeux et défis englobant le manque de ressources ; la mauvaise organisation et la gabegie ; la mauvaise gouvernance ; la capacité limitée en matière de données et d'information ; la pénurie de médicaments, de produits de santé et de fournitures sanitaires ; l'offre insuffisante de services de santé ; la faiblesse des systèmes d'orientation-recours ; le manque et l'absence de continuité des services de base lors des situations d'urgence sanitaire ; et la mauvaise qualité des infrastructures sanitaires. Par ailleurs, des progrès technologiques ont été enregistrés, notamment la mise au point de nouveaux médicaments et vaccins, et la santé numérique.
4. Un cadre pour la prestation de services de santé essentiels par l'entremise de systèmes de santé de district ou locaux renforcés afin d'appuyer la couverture sanitaire universelle dans le contexte des objectifs de développement durable a été établi. Ce cadre vise les objectifs suivants : orienter les États Membres dans le renforcement et la pérennisation des systèmes de santé de district afin de fournir des services de santé essentiels ; et formuler des mesures prioritaires pour permettre aux États Membres de fournir des services de santé essentiels qui répondent aux besoins individuels et communautaires à toutes les étapes de la vie. Il fixe des objectifs, des jalons et des interventions prioritaires pour orienter les États Membres sur les voies et moyens d'assurer la fourniture de services de santé de qualité à tous grâce à un ensemble d'interventions et de mesures prioritaires proposées qui répondent aux enjeux et défis rencontrés.
5. Le Comité régional a examiné et adopté les interventions et les mesures prioritaires proposées dans le cadre.

## TABLE DES MATIÈRES

	<b>Paragraphes</b>
INTRODUCTION .....	1-6
SITUATION ACTUELLE.....	7-10
ENJEUX ET DÉFIS .....	11-19
LE CADRE RÉGIONAL DE MISE EN ŒUVRE .....	20-24
PRINCIPES FONDAMENTAUX.....	25-32
INTERVENTIONS ET ACTIONS PRIORITAIRES.....	33-49

## ANNEXE

	<b>Page</b>
Extrait du chapitre du rapport sur l'état de la santé dans la Région africaine de l'OMS portant sur l'indice de la couverture sanitaire universelle.....	11

## **ABRÉVIATIONS**

CSU	couverture sanitaire universelle
ODD	objectifs de développement durable
SARA	évaluation de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services
SSP	soins de santé primaires
RC	Comité régional
RHS	ressources humaines pour la santé

## INTRODUCTION

1. Le système de santé de district est un réseau d'organisations et d'établissements de santé fournissant des services de santé équitables, complets et intégrés à une population donnée.<sup>1</sup> Les services de santé essentiels sont des services fondés sur les besoins de la population, à l'inverse de l'ensemble des services de santé fondamentaux qui est axé sur les ressources.
2. La Déclaration d'Alma Ata de 1978 a défini le district de santé comme le cadre dans lequel les soins de santé primaires doivent être fournis si l'on veut atteindre l'objectif ultime de la santé pour tous. En 2006, la cinquante-sixième session du Comité régional de l'Afrique a adopté des orientations sur la redynamisation des services de santé grâce à l'approche des soins de santé primaires, alors qu'en 2007, la cinquante-septième session du Comité régional de l'Afrique a pris des résolutions sur le renforcement des systèmes de santé, notamment en vue de l'édification de systèmes de santé de district pleinement fonctionnels et axés sur l'accès universel. La Déclaration de Ouagadougou de 2008 a appelé au renforcement des systèmes de santé par l'approche des soins de santé primaires. L'importance du système de santé de district a été reconnue dans la Déclaration de Harare (1987), puis réitérée lors de la réunion d'examen du système de santé de district tenue à Dakar (Sénégal) en 2013.<sup>2</sup> L'importance des soins de santé primaires et le rôle du système de santé de district ont été réaffirmés lors de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires qui s'est tenue en octobre 2018 à Astana.
3. La Déclaration d'Astana de 2018 sur les soins de santé primaires réaffirme en effet l'importance des soins de santé primaires et le rôle central que la communauté joue dans la mise en route de la couverture sanitaire universelle (CSU) et dans l'atteinte des objectifs de développement durable (ODD). Le cadre opérationnel de la Déclaration offre de bonnes raisons de renforcer le système de santé de district.
4. Toutefois, les systèmes de santé de district se trouvent à des stades différents d'un État Membre à un autre et à l'intérieur même d'un État Membre. L'un des principaux constats qui se sont dégagés de l'épidémie de maladie à virus Ebola qui a sévi en Afrique de l'Ouest (de 2013 à 2016)<sup>3</sup> et en République démocratique du Congo (2018-2019) est que les prestations de services de santé essentiels ne sont pas assurées pendant et après les situations d'urgence de santé publique, faute de systèmes de santé de district solides et résilients.
5. Conformément à l'objectif du « triple milliard » énoncé dans le treizième programme général de travail (treizième PGT), à savoir 1 milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la couverture sanitaire universelle, 1 milliard de personnes supplémentaires protégées face aux situations d'urgence sanitaire et 1 milliard de personnes supplémentaires bénéficiant d'un meilleur état de santé et d'un plus grand bien-être, les services de santé essentiels doivent bénéficier à toutes les populations. L'atteinte de cet objectif passe par l'édification d'un système de santé de district plus solide et plus fonctionnel.

---

<sup>1</sup> Glossaire sur le renforcement des systèmes de santé. Disponible à l'adresse [https://www.who.int/healthsystems/hss\\_glossary/en/index3.html](https://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index3.html) (consulté le 20 février 2019).

<sup>2</sup> Community of Practice Health Service Delivery (2014). Renewing health districts for advancing universal health coverage in Africa. Report of the regional conference "Health districts in Africa: progress and perspectives 25 years after the Harare Declaration" 21–23 October 2013, Dakar, Senegal. Disponible à l'adresse <https://www.health4africa.net/wp-content/uploads/Dakar-Conference-Final-Report.pdf> (consulté le 12 février 2019).

<sup>3</sup> Marie-Paule Kieny et al (2014). Health-system resilience: reflections on the Ebola crisis in western Africa. World Health Organization. Bulletin of the World Health Organization 2014; 92:850. doi: <https://www.who.int/bulletin/volumes/92/12/14-149278/en/>

6. Le cadre proposé vise à donner aux États Membres de la Région africaine des orientations pour redynamiser les systèmes de santé de district et pour renforcer leur capacité à faciliter la mise en route de la couverture sanitaire universelle.

## SITUATION ACTUELLE

7. Les États Membres ont entrepris des réformes visant à renforcer le système de santé de district afin d'améliorer la prestation de services, ce qui s'est traduit par un meilleur accès à des services de qualité et par une participation communautaire accrue. Par exemple, le Ghana a lancé l'initiative de planification et de services de santé communautaire,<sup>4</sup> alors que le Malawi et l'Ouganda se sont dotés d'un programme d'amélioration des performances sanitaires dans les districts.<sup>5</sup> L'Éthiopie, le Lesotho, le Malawi, l'Ouganda et le Rwanda ont eu recours aux agents de santé communautaires, en employant diverses stratégies à cet effet. L'Afrique du Sud et le Rwanda ont institué les médecins de famille dans le système de santé de district.<sup>6</sup> L'Afrique du Sud a aussi amorcé la restructuration des soins de santé primaires et introduit ce que l'on considère comme le cadre pour des cliniques idéales (« Ideal Clinic »). La République de Cabo Verde a étendu ses services spécialisés grâce à la télémédecine intégrée et au programme de cybersanté.<sup>7</sup>

8. Selon le rapport du Bureau régional de l'Afrique sur l'état de la santé dans la Région africaine (2018), la Région assure en moyenne 48 % des services de santé et des services connexes susceptibles d'être fournis. La Région ne dispose que de 36 % des services essentiels dont la population a besoin pour atteindre la couverture sanitaire universelle, alors que l'accès de la population à ces services se situe à 32 %. De nombreuses inégalités perdurent entre les États Membres et en leur sein, tandis que la protection contre les risques financiers s'élève à 34 %.<sup>8</sup>

9. Les évaluations de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services (SARA) effectuées dans neuf États Membres<sup>9</sup> ont révélé des lacunes majeures dans la disponibilité des services au niveau des formations sanitaires, et une faible capacité des établissements de santé à fournir ces services. Par exemple, dans la plupart des États Membres, la proportion des formations sanitaires ayant indiqué la disponibilité de la chirurgie de base était inférieure à 50 %. Mesurée à l'aune de la disponibilité d'éléments indicateurs tels que les ressources humaines, le matériel et les médicaments, la capacité opérationnelle des établissements de santé laissait notablement à désirer. Dans les États Membres, quasiment aucune formation sanitaire ne disposait de tous les éléments indicateurs jugés particulièrement importants pour fournir des services spécifiques. Qui plus est, au cours de la période allant de 2007 à 2013, la densité des agents de santé dans la Région africaine était de 12,4 infirmiers et sages-femmes pour 10 000 habitants (contre une moyenne mondiale de 28,6 pour 10 000 habitants), et de 2,7 médecins pour 10 000 habitants, contre une moyenne

---

<sup>4</sup> Nyonator FK et al (2005). The Ghana Community-based Health Planning and Services Initiative for scaling up service delivery innovation. *Health Policy and Planning*; 20(1): 25–34

<sup>5</sup> MOH Malawi, District Health Performance Improvement Evaluation report 2016. Disponible à l'adresse [https://www.unicef.org/evaldatabase/index\\_93776.html](https://www.unicef.org/evaldatabase/index_93776.html) (consulté le 24 avril 2018).

<sup>6</sup> MOH South Africa, The contribution of family physician to district health services. Disponible à l'adresse <http://reference.sabinet.co.za/document/EJC173164> (consulté le 24 avril 2018).

<sup>7</sup> Deloitte (2018). Evaluation of projects of telemedicine and E-Health Network in Cabo Verde for the Period 1011 – 2017 – Final Report.

<sup>8</sup> World Health Organization (2018). The state of health in the WHO African Region: an analysis of the status of health, health services and health systems in the context of the Sustainable Development Goals, Brazzaville, WHO Regional Office for Africa.

<sup>9</sup> Enquêtes SARA (Bénin – 2015 ; Burkina Faso – 2014 ; Éthiopie – 2015 ; Mauritanie – 2016 ; Niger – 2015 ; République démocratique du Congo – 2014 ; Tchad – 2015 ; Zambie – 2015 ; Zimbabwe – 2015). Disponible à l'adresse ([https://www.who.int/healthinfo/systems/sara\\_reports/en/](https://www.who.int/healthinfo/systems/sara_reports/en/)) (consulté le 25 janvier 2019).

mondiale de 13,9 médecins pour 10 000 habitants.<sup>10</sup> Dans le même temps, des inégalités dans l'affectation des ressources et les dépenses ont été observées au niveau infranational, avec des conséquences négatives sur la disponibilité et l'accessibilité des services.<sup>11,12</sup>

10. Vingt-six États Membres<sup>13</sup> de la Région ont élaboré des stratégies nationales en matière de cybersanté, même si la mise en œuvre de ces stratégies et leur déploiement à l'échelle nationale restent limités. Cependant, le taux de pénétration d'Internet dans la population africaine n'était que de 36,1 % en 2018, ce qui a entravé la généralisation de la santé numérique.

## ENJEUX ET DÉFIS

11. **Des insuffisances en matière de gouvernance, d'encadrement et de gestion.** Les structures de gouvernance sanitaire souffrent de capacités de supervision, de planification et de gestion limitées au niveau des districts de santé. Par exemple, la sélection et l'orientation des membres de ces structures posent problème, alors que les liens et la communication avec les autres institutions s'avèrent inefficaces.<sup>14</sup> En dépit des efforts de décentralisation, le mandat et la capacité de prise de décisions au niveau opérationnel restent limités et la capacité d'assumer les fonctions décentralisées n'est pas encore satisfaisante.<sup>15</sup> La formation aux fonctions de direction et dans les domaines de la gestion, de l'encadrement et de la supervision n'est pas encore adéquate aux niveaux inférieurs. De surcroît, la collaboration intersectorielle sous-optimale et la faible participation du secteur privé influent négativement sur le système de santé de district.

12. **L'inadéquation des ressources humaines pour la santé.** La pénurie de ressources humaines et leur mauvaise répartition entravent l'accès aux services de santé de qualité.<sup>16</sup> Malgré la grave pénurie de ressources humaines, certains organismes professionnels rechignent toujours à autoriser la délégation de pouvoirs pour certains services essentiels.<sup>17</sup> Dans certains cas, cela rend la délégation des tâches difficile à mettre en œuvre. En outre, les changements épidémiologiques exigent de nouvelles compétences qui font peut-être défaut aux agents de santé.

13. **L'accès insuffisant aux médicaments essentiels, aux autres produits sanitaires et aux équipements.** Quarante-trois États Membres<sup>18</sup> se sont dotés de listes de médicaments essentiels.

<sup>10</sup> World Health Organization (2016). Atlas of African Health Statistics 2016, Health situation analysis of the African Region. African Health Observatory. Brazzaville, Regional Office for Africa.

<sup>11</sup> Maharaj Y, Robinson A et McIntyre D. (2018). A needs-based approach to equitable allocation of district primary healthcare expenditure in North West Province, South Africa. *S Afr Med J.* 2018 Feb 27; 108(3):190–196. doi: 10.7196/SAMJ.2018.v108i3.12588.

<sup>12</sup> Otieno M (2016). Resource allocation to health sector at the county level and Implications for equity, a case study of Baringo county. Projet de recherche présenté dans le cadre d'une demande de bourse pour un mastère en économie et politique de la santé, Université de Nairobi.

<sup>13</sup> Afrique du Sud, Bénin, Botswana, Cabo Verde, Cameroun, Comores, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gambie, Ghana, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Togo, Zambie et Zimbabwe.

<sup>14</sup> IPAR Discussion Paper Series. An Assessment of the Delivery Capacity of the District Health Systems in Kenya Series. Disponible à l'adresse [http://www.who.int/management/ An Assessment of the Service Delivery Capacity of the District Health Systems in Kenya.pdf](http://www.who.int/management/An%20Assessment%20of%20the%20Service%20Delivery%20Capacity%20of%20the%20District%20Health%20Systems%20in%20Kenya.pdf) (consulté le 24 avril 2018).

<sup>15</sup> Alemu KT (2015). District Level Decentralization and Public Service Delivery in Ethiopia: Cases from Amhara region. *International Journal of African and Asian Studies* Vol 10, 2015:24–38.

<sup>16</sup> The Implication of Shortages of Health Professionals for Maternal health in Sub-Saharan Africa.

<sup>17</sup> Zachariaha, R, et al (2009). Task shifting in HIV/AIDS: opportunities, challenges and proposed actions for sub-Saharan Africa. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* (2009) 103, 549–558.

<sup>18</sup> Essack, SY, 2017. Antimicrobial resistance in the WHO African region: current status and roadmap for action. *Oxford Public Health Journal*, [Online]. Mar; 39(1): 8–13.

Alors que dix-sept États Membres<sup>19</sup> ont actualisé leurs listes nationales entre 2016 et 2019,<sup>20</sup> ces listes n'ont pas encore été étendues au diagnostic et aux dispositifs médicaux. Seuls neuf États Membres<sup>21</sup> fabriquent localement des produits pharmaceutiques compétitifs et comparables aux normes internationales, et l'on estime que 70 % à 90 % des médicaments<sup>22</sup> utilisés en Afrique subsaharienne sont importés. Le coût élevé des produits médicaux essentiels augmente les dépenses directes de santé. Les systèmes limités de gestion de la logistique et des approvisionnements affaiblissent la capacité globale du système de santé à répondre aux besoins de la population en matière de soins de santé.<sup>23</sup> Les produits de mauvaise qualité et contrefaits entraînent un gaspillage de ressources et occasionnent de nombreuses pertes en vies humaines.

**14. Le manque d'offres de soins de santé essentiels.** Les États Membres ont mis au point des prestations de santé de base.<sup>24</sup> Toutefois, ils ont du mal à définir, à chiffrer, à mettre en œuvre et à contrôler la fourniture des prestations de santé essentielles.<sup>25</sup>

**15. La faiblesse des systèmes d'orientation-recours.** Le système d'orientation-recours des services de santé joue un rôle primordial dans l'accès aux services, et la plupart des États Membres ont formulé des politiques d'orientation-recours. Cependant, les systèmes d'orientation-recours ne fonctionnent pas souvent, faute des ressources suffisantes pour la santé et faute d'infrastructures de transport et de communication, de financements et de capital social.<sup>26</sup>

**16. Le manque et l'absence de continuité des services de base lors des situations d'urgence sanitaire.** Pendant les situations d'urgence sanitaire, le système de santé en place est généralement affaibli par la destruction de l'infrastructure sanitaire et des fournitures médicales, et par le nombre insuffisant d'agents de santé, de sorte que même les services de base ne sont plus disponibles. La tendance à affecter les rares ressources disponibles à l'action en cas d'urgence sanitaire épuise les ressources qui soutiennent les services existants, réduit l'accès aux services et leur utilisation, accentuant ainsi le risque de décès évitables.

**17. La disponibilité et l'utilisation limitées des données.** Malgré les progrès accomplis en ce qui concerne les systèmes d'information sanitaire, la disponibilité et l'utilisation des données et des informations restent limitées, y compris pour les dossiers de santé électroniques au niveau opérationnel.<sup>27</sup> Les systèmes d'enregistrement et de statistiques d'état civil sont limités, quand ils ne font pas simplement défaut ; les données générées dans les établissements de santé périphériques sont en général incomplètes et communiquées hors délai. Les problèmes tiennent notamment aux

---

<sup>19</sup> Afrique du Sud, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Guinée-Bissau, Kenya, Madagascar, Mozambique, Niger, Nigéria, République centrafricaine, République-Unie de Tanzanie, Sénégal et Sierra Leone.

<sup>20</sup> Base de données interne de l'unité Technologies et innovation sanitaires, groupe organique Systèmes et services de santé. Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2016-2019.

<sup>21</sup> Afrique du Sud, Algérie, Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Kenya, Nigéria et République démocratique du Congo.

<sup>22</sup> [McKinsey Global Institute](https://www.mckinsey.com/global-themes/middle-east-and-africa). Should Sub-Saharan Africa Make Its Own Drugs? Disponible à l'adresse <https://www.mckinsey.com/global-themes/middle-east-and-africa> (consulté le 5 avril 2019).

<sup>23</sup> Prashant Yadav (2015). Health Product Supply Chains in Developing Countries: Diagnosis of the Root Causes of Underperformance and an Agenda for Reform, *Health Systems & Reform*, 1(2): 142–154, DOI: 10.4161/23288604.2014.968005.

<sup>24</sup> Otieno M (2016). Resource allocation to health sector at the county level and Implications for equity, a case study of Baringo county. A research project submitted in partial fulfilment for the Requirement of an award for Master of Science degree in Health economics and policy, university of Nairobi.

<sup>25</sup> Freddie Ssengooba (2004). Uganda's minimum health care package: rationing within the minimum? (Disponible à l'adresse <http://www.bioline.org.br/pdf?hp04005>, consulté le 25 février 2019).

<sup>26</sup> Padmore Adusei Amoah and David R. Philips (2017). Strengthening the Referral System through Social Capital: A Qualitative Inquiry in Ghana.

<sup>27</sup> Odekunle FF, Odekunle RO and Shankar S (2017). Why sub-Saharan Africa lags in electronic health record adoption and possible strategies to increase its adoption in this region. *Int J Health Sci Vol 11, No 4: 59–64*.

compétences limitées en matière d'analyse et de gestion des données et au fait que les données ne sont pas utilisées pour la planification et la prise de décisions au niveau local.

18. **La collaboration insuffisante avec les communautés.** Malgré des éléments factuels qui attestent du fait que des partenariats véritables doivent être établis entre les communautés et le secteur de la santé afin de développer les services de santé dans les communautés rurales,<sup>28</sup> la collaboration insuffisante avec les communautés, le manque de responsabilisation et la faible demande communautaire sont autant de facteurs contribuant encore à la mauvaise prestation des services de santé de district.<sup>29</sup> En général, les communautés ne reçoivent pas les informations utiles qui s'avèrent nécessaires et n'ont pas la possibilité d'exprimer leurs opinions ni de contribuer à la prise de décisions.

19. **La qualité sous-optimale des services de santé.** La qualité des services de santé est compromise par plusieurs facteurs. Outre les lacunes mentionnées plus haut, on peut notamment citer la mauvaise qualité des systèmes d'approvisionnement en eau et d'évacuation des déchets dans les centres de santé, souvent à l'origine d'infections nosocomiales.<sup>30</sup>

## LE CADRE RÉGIONAL DE MISE EN ŒUVRE

### Vision, but, objectifs, cibles régionales et étapes intermédiaires

20. **Vision :** toutes les personnes à tout âge bénéficient d'un accès équitable aux services de santé essentiels de qualité qui répondent convenablement à leurs besoins dans le cadre de la couverture sanitaire universelle.

21. **But :** édifier des systèmes de santé de district pleinement fonctionnels et outillés pour fournir des services de santé essentiels dans tous les États Membres.

### 22. Objectifs

Les objectifs du cadre régional sont les suivants :

- a) fournir des orientations aux États Membres pour qu'ils puissent renforcer et pérenniser les systèmes de santé de district afin de fournir des services de santé essentiels ;
- b) définir les mesures prioritaires qui doivent être prises pour permettre aux États Membres de fournir des services de santé essentiels répondant aux besoins individuels et communautaires à toutes les étapes de la vie.

---

<sup>28</sup> Preston RG, et al. (2010). Community participation in rural primary health care: Intervention or approach? Australian journal of primary health. 16. 4–16. 10.1071/PY09053.

<sup>29</sup> MOH Tanzania (2015). Decentralized local Health Services in Tanzania, (<https://www.urban.org/sites/default/files/publication/51206/2000215-Decentralized-Local-Health-Services-in-Tanzania.pdf>, accessed 24 April 2018).

<sup>30</sup> World Health Organization (2018). Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care.

## 23. Cibles régionales

### D'ici à 2030 :

- a) tous les États Membres devront avoir mis en place des comités de santé opérationnels et formé des équipes de gestion fonctionnelles<sup>31</sup> au niveau des districts et des paliers inférieurs ;
- b) au moins 80 % des États Membres devront s'être dotés de services de santé essentiels accessibles à 80 % de la population ;
- c) au moins 80 % des États Membres devront avoir établi des liens entre les établissements de santé et la communauté dans 80 % des districts ;
- d) au moins 85 % des États Membres devront avoir mobilisé des agents de santé communautaires et étendu la couverture à plus de 80 % du territoire national.

## 24. Étapes intermédiaires

### D'ici à 2023 :

- a) tous les États Membres auront défini des ensembles de services de santé essentiels ;
- b) au moins 50 % des États Membres disposeront de services de santé essentiels accessibles à 50 % de la population ;
- c) tous les États Membres se seront dotés d'équipes de santé de district fonctionnelles<sup>32</sup> dans au moins 50 % des districts ; et
- d) au moins 25 % des États Membres auront mobilisé un personnel de santé communautaire et assureront une couverture nationale supérieure à 80 %.

### D'ici à 2026 :

- a) au moins 60 % des États Membres disposeront de services de santé essentiels accessibles à 80 % de la population ;
- b) tous les États Membres se seront dotés d'équipes de santé de district fonctionnelles dans au moins 70 % des districts ; et
- c) au moins 50 % des États Membres auront mobilisé un personnel de santé communautaire et assureront une couverture nationale supérieure à 80 %.

### D'ici à 2028 :

- a) au moins 70 % des États Membres disposeront de services de santé essentiels accessibles à 80 % de la population ;
- b) tous les États Membres se seront dotés d'équipes de santé de district fonctionnelles dans au moins 85 % des districts ; et
- c) au moins 80 % des États Membres auront mobilisé un personnel de santé communautaire et assureront une couverture nationale supérieure à 80 %.

---

<sup>31</sup> L'équipe de gestion au niveau du district est, comme son nom l'indique, l'équipe de gestion de la santé du district. Cette équipe est constituée d'un groupe de personnes techniques de divers horizons professionnels qui travaillent ensemble pour guider, superviser et coordonner les services de soins de santé dans un district. Sa composition varie d'un pays à l'autre.

<sup>32</sup> L'équipe de santé de district désigne l'équipe technique de santé qui s'occupe de la prestation de services de santé au niveau du district.

## PRINCIPES FONDAMENTAUX

25. **L'appropriation.** Les gouvernements et leurs parties prenantes adopteront une approche inclusive et participative de la planification et de la mise en œuvre afin d'en garantir la prise en main par les pays.
26. **Le droit à la santé.** Le droit des peuples à la santé, inscrit dans les constitutions des pays, sera respecté en élargissant l'accès universel aux services de santé de qualité et en veillant à ce que nul ne soit laissé pour compte.
27. **L'accent mis sur la personne.** La conception et la prestation des services de santé tiendront principalement compte des besoins et des attentes des clients et de leur famille.
28. **L'autonomisation de la communauté.** Tous les efforts seront faits pour s'assurer que les communautés disposent des informations, des connaissances et des compétences nécessaires pour s'impliquer pleinement en tant que partenaires égaux de l'action sanitaire.
29. **La synergie.** Les efforts des différentes parties prenantes seront mis à profit au cours de la planification et de la mise en œuvre pour qu'ils se consolident et se complètent mutuellement.
30. **La collaboration multisectorielle.** L'implication d'autres secteurs s'avère cruciale pour agir sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé et du bien-être.
31. **La continuité des soins.** Les systèmes de prestation de soins de santé seront conçus de façon à éviter toute rupture dans les services dont les individus et les familles ont besoin. Les mêmes systèmes seront aussi conçus de façon à garantir l'efficacité de l'orientation-recours au sein des établissements de soins de santé et entre les formations sanitaires, à différents niveaux.
32. **L'efficience.** Dans un souci d'optimisation des ressources, la prestation de services comme leur utilisation se feront de manière rationnelle afin d'obtenir un rendement maximal avec le moins de ressources possible.

## INTERVENTIONS ET ACTIONS PRIORITAIRES

33. **Renforcer les capacités de gouvernance, d'encadrement et de gestion.** Les États Membres passeront en revue les structures de surveillance, d'encadrement et de gestion qui existent au niveau des districts pour recenser les lacunes et planifier les mesures à prendre afin de remédier à ces lacunes. Les États Membres renforceront les capacités d'encadrement et de gestion à tous les niveaux moyennant une formation, des orientations et un accompagnement réguliers. En outre, les États Membres formuleront des politiques et mécanismes adéquats pour décentraliser les fonctions, les responsabilités et les pouvoirs des systèmes de santé au niveau opérationnel et pour renforcer leurs systèmes de fonctionnement et de gestion. Il convient non seulement de revoir ou de mettre sur pied des équipes de gestion de la santé au niveau des districts et aux paliers inférieurs, mais également de renforcer les relations entre la composante administrative du système de prestation de services de santé et la composante qui s'occupe de l'exécution des activités convenues. Les États Membres renforceront l'encadrement bienveillant et mettront en œuvre un programme d'acquisition de compétences en encadrement à l'intention des agents de santé qui recèlent des talents potentiels.
34. **Renforcer la capacité à bases factuelles de prise de décisions, et celle de suivi et d'évaluation des services de santé de district.** Des systèmes seront institués pour produire des données de qualité, parallèlement au renforcement de la capacité d'analyse et d'utilisation des

données en vue de la prise de décisions afin de pallier les insuffisances mises à nu lors des évaluations des systèmes de données et d'information. Un cadre de suivi et d'évaluation des performances du système de santé de district, assorti d'indicateurs et de cibles clairs, sera conçu et mis en œuvre chaque année.

**35. Définir, chiffrer et mobiliser des ressources pour financer des ensembles de services de santé essentiels.** Des ensembles de services de santé essentiels seront définis en tenant compte du contexte local et de la charge épidémiologique, sans oublier des aspects de la sécurité sanitaires. Ces ensembles de services couvriront toutes les étapes de la vie et seront fondés sur les besoins plutôt que sur la disponibilité des ressources. Lorsque ces prestations auront été chiffrées, un plan de mobilisation des ressources sera établi et incorporé dans le budget du district, ainsi que dans le budget national. Un accent marqué doit être mis sur la mobilisation des ressources intérieures.

**36. Renforcer les capacités des agents de santé pour qu'ils puissent fournir l'ensemble des services de santé essentiels.** Des efforts seront faits pour rehausser la qualité, pour accroître le nombre de travailleurs de santé qualifiés à tous les niveaux, et pour prendre des mesures visant à diminuer la fuite des cerveaux, grâce notamment à une révision des mesures d'incitation. En outre, le renforcement des capacités passera entre autres par l'évaluation des lacunes de compétences de ces agents, des lacunes qui pourraient être comblées par une formation en cours d'emploi. Les établissements de formation veilleront à ce que leurs programmes d'enseignement couvrent les connaissances et les compétences nécessaires à la prestation de l'ensemble des services de santé essentiels. Il est primordial d'une part de créer et d'offrir une formation et un apprentissage continu en milieu de travail et, d'autre part, d'examiner la possibilité de procéder à une délégation des tâches pour les services essentiels là où des capacités spécialisées font défaut.

**37. Élargir l'accès aux médicaments essentiels, aux autres produits et matériels de santé.** Les capacités des districts seront renforcées par la formation et le parrainage sur la quantification des besoins en médicaments et en produits de santé, et par le renforcement des compétences dans le domaine des achats et de la gestion de la chaîne logistique. Les districts seront également équipés de systèmes électroniques de gestion logistique reliant les formations sanitaires de niveau inférieur aux entrepôts médicaux districaux et centraux. Le transport pour la distribution de médicaments et de fournitures sanitaires sera assuré par des budgets suffisants.

**38. Adopter une prestation de services de santé centrés sur la personne.** Pour ce faire, il faudra élaborer des modèles de prestation de services répondant aux besoins des usagers, mettre en place des mécanismes permettant de recueillir les attentes de la clientèle sur le plan de la prestation de services et fournir un retour d'information. Les modèles de prestation de services devront être adaptés à des contextes spécifiques comme ceux dans lesquels évoluent les populations urbaines, déplacées et nomades. Les infrastructures de santé seront passées au crible et l'on veillera au terme de cet examen à ce qu'elles soient alignées aussi bien sur les besoins en soins de santé actuels et prévus que sur les innovations technologiques. Des mesures seront prises dans les districts pour promouvoir le rôle majeur que les hôpitaux jouent dans le système de santé de district, en ce qui concerne l'orientation-recours comme pour ce qui est du renforcement des capacités, de la supervision, de l'assurance de la qualité et du mentorat. La prestation de services de soins de santé centrés sur la personne passera par ailleurs par la mise en place de cliniques du bien-être et d'installations consacrées à la pratique de l'activité physique, ainsi que par l'introduction de systèmes de réservation de services dont le but sera de réduire la congestion et le temps d'attente des clients.

**39. Renforcer le système d'orientation-recours des patients.** Des établissements de santé spécifiques seront désignés comme formations sanitaires de référence primaire et secondaire ; les hôpitaux de district feront office d'établissements d'orientation-recours secondaires. De telles

installations seront dotées du personnel, du matériel et de la logistique nécessaires, avec des systèmes de communication et de transport fonctionnels, alors qu'un commandement central sera mis en place pour assurer la coordination et la gestion de l'orientation des patients au niveau du district. Des mécanismes seront institués en vue de fournir un retour d'information à la fois aux établissements qui réfèrent des patients vers d'autres formations sanitaires et aux établissements vers lesquels ces patients sont orientés. Il importe d'évaluer les besoins en infrastructures des populations dont l'accès aux services est limité, et de réaliser les achats appropriés pour soutenir la télémédecine et la cybersanté afin de permettre à ces groupes de populations de bénéficier de services hospitaliers spécialisés.

40. **Accroître l'utilisation de la santé numérique.** Sur la base des efforts qui sont menés pour élaborer des politiques et stratégies en matière de cybersanté, et travaillant en collaboration avec les ministères chargés des technologies de l'information et de la communication, le secteur de la santé investira dans le développement des infrastructures et dans le renforcement de la capacité des formations sanitaires à utiliser la cybersanté et la santé mobile pour faciliter la prestation de services de santé, tout comme le suivi des services et l'établissement de rapports.

41. **Maintenir la fonctionnalité des systèmes de santé locaux lors des situations d'urgence sanitaire.** Dans le cadre de la préparation et de l'action en cas d'urgence sanitaire, des plans devraient être élaborés et exécutés de façon systématique pour améliorer la disponibilité et l'état de préparation des services de santé de base. Par conséquent, des investissements seront consentis pour consolider les systèmes de santé en les dotant de l'infrastructure, des fournitures, des outils de diagnostic au point de service et du personnel de santé adéquats, de façon à rendre disponibles les services de santé et à permettre aux populations d'y accéder et de les utiliser. Des efforts seront faits pour impliquer la communauté aussi bien dans la cogestion du système que dans les activités des agents de santé communautaires et des bénévoles dans l'optique d'un suivi à domicile.

42. **Autonomiser les ménages et les communautés.** Tous les efforts devraient être faits pour fournir aux différents groupes de population des informations sur la santé sous une forme, par des canaux et dans des lieux appropriés, y compris dans les réseaux sociaux et sur des plateformes offertes par les observatoires nationaux de la santé. Il conviendra de sensibiliser les ménages et les communautés à leurs droits à la santé et au rôle crucial qu'elles doivent jouer dans la santé et le bien-être et d'instituer des mécanismes pour permettre aux communautés d'exiger des comptes dans la prestation des services et l'utilisation des ressources.

43. **Institutionnaliser une journée nationale des soins de santé primaires.** La Conférence internationale d'Astana tenue en octobre 2018 a réitéré que les soins de santé primaires sont essentiels à la mise en place de la couverture sanitaire universelle et à l'atteinte des objectifs de développement durable. Une journée sera dédiée chaque année à la promotion des soins de santé primaires. Cette journée donnera l'occasion d'entreprendre le plaidoyer pour un engagement politique et communautaire accru au profit des soins de santé universels et de faire le point sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la Déclaration d'Astana sur les soins de santé primaires.

44. **Créer et renforcer les comités de santé communautaire.** Les structures des comités de santé communautaire à divers niveaux seront définies afin d'être, autant que possible, représentatives des principaux groupes de population de la communauté, en fonction du contexte national, tout en faisant intervenir les organisations non gouvernementales et communautaires. Les comités de santé communautaire recevront des orientations et des conseils appropriés et la relation entre les comités de santé communautaires et la direction des établissements de santé sera clarifiée. Les équipes des établissements de santé s'efforceront d'impliquer les structures communautaires et de dialoguer avec elles au sujet de la planification et de la gestion des services de santé. Là où il existe des programmes relatifs aux agents de santé communautaires, ces programmes seront évalués

et des moyens mobilisés pour les transposer à une échelle plus grande et accroître leur efficacité.

45. **Promouvoir la coopération Sud-Sud.** Une plateforme de coopération Sud-Sud sera mise en place pour faciliter l'apprentissage collégial et l'échange d'expériences, sur la base des meilleures pratiques, et pour favoriser la recherche opérationnelle. Les États Membres seront encouragés à renforcer leurs institutions nationales de santé publique, et des mécanismes de collaboration entre pays seront mis en place pour renforcer les capacités de recherche et promouvoir le transfert des connaissances et des compétences.

46. L'OMS établira et révisera des outils, des lignes directrices et des manuels pour renforcer les systèmes de santé de district, surveiller les résultats des systèmes de santé de district et définir et mettre en œuvre des ensembles de services de santé essentiels, en tenant compte du contexte local et des aspects liés à la sécurité sanitaire. Ces mesures seront prises conformément au Cadre pour l'édification des systèmes de santé en vue d'atteindre les objectifs de développement durable et d'assurer la couverture sanitaire universelle dans la Région africaine. En outre, en liaison avec d'autres partenaires de développement, l'OMS fournira un appui technique pour la mise en place des capacités d'encadrement et de gestion des systèmes de santé de district et pour la documentation des bonnes pratiques. L'Organisation renforcera par ailleurs les partenariats pour l'appui aux pays, y compris la coopération Sud-Sud, et prêtera son assistance aux États Membres pour qu'ils puissent mobiliser des ressources et, partant, renforcer la capacité des systèmes de santé de district à fournir les services de santé essentiels.

47. **D'autres partenaires de développement et de mise en œuvre** soutiendront conjointement l'exécution des plans nationaux visant à renforcer la prestation des services de santé essentiels grâce à un système de santé de district fonctionnel. Les organisations de la société civile rehausseront la participation des communautés, renforceront leur capacité de cogestion et d'appropriation des programmes de santé et augmenteront la demande communautaire de responsabilisation. La contribution du secteur privé sera renforcée par la mise en place d'un partenariat public-privé.

48. Le Directeur régional rendra compte au Comité régional de l'état d'avancement de la mise en œuvre du cadre tous les trois ans.

49. Le Comité régional a adopté les mesures proposées dans le Cadre régional.

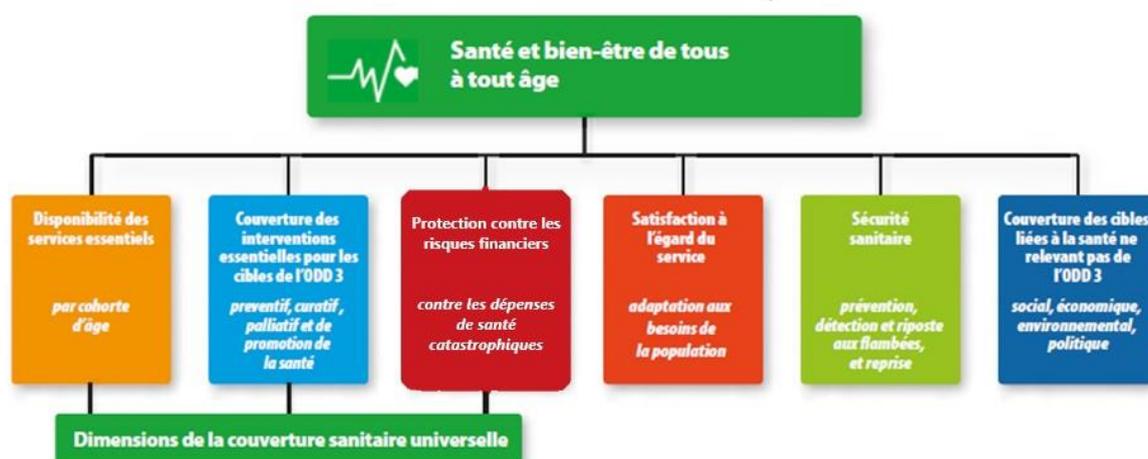
## Annexe. Extrait du chapitre du rapport sur l'état de la santé dans la Région africaine de l'OMS portant sur l'indice de la couverture sanitaire universelle

(Section 2 de la première partie du rapport : « État de santé et résultats liés à la santé de la population dans la Région africaine »)

*Caractéristiques des résultats souhaités en matière de santé et liés à la santé dans le cadre des ODD*

L'état de santé et de bien-être est fonction des niveaux d'évolution des dimensions se rapportant aux résultats – les services de santé et les services connexes souhaités par la population. Pour le développement durable, ces services doivent être suffisamment variés pour prendre en compte toutes les couches de la population, quels que soient leurs besoins et leur localisation. Les six dimensions des résultats liés à la santé permettent d'avoir cette portée, indépendamment de l'endroit où se trouve une population dans la Région.

*Figure. Dimensions des services de santé et des services liés à la santé dans la Région africaine*



On reconnaît que la couverture sanitaire universelle est une cible générale de l'objectif 3 de développement durable. La couverture sanitaire universelle est basée sur l'universalité et la durabilité et repose sur les principes de l'efficacité, de l'efficacités et de l'équité qui encadrent les moyens d'action et autres processus du système de santé (autrement dit les interactions entre les différents blocs constitutifs) et les produits de la performance du système de santé, mesurés en fonction de l'accès, de la qualité, de la demande et de la résilience des services essentiels. La couverture sanitaire universelle va de pair avec la sécurité sanitaire, la satisfaction des prestations et est réalisée au même moment que d'autres interventions (non liées à la santé), dans le cadre des objectifs de développement durable, en s'appuyant sur :

- a) l'universalité, qui permet de veiller à ce que tout le monde soit pris en compte, sans discrimination – afin que nul ne soit laissé de côté. Cela dénote un changement d'orientation visant à privilégier les services essentiels pour tous à tout âge par rapport aux services prioritaires destinés aux populations vulnérables ; et
- b) la durabilité, qui permet quant à elle de faire en sorte que les acquis soient maintenus au moins au cours d'un cycle de planification stratégique (3-7 ans). Cela dénote un changement d'orientation tendant à délaissier les résultats axés sur des projets à court terme pour mettre l'accent sur les acquis de développement à plus long terme.

Pour comprendre l'état actuel des services de santé et des services liés à la santé dans la Région africaine, les scores de chacune des six dimensions des services de santé et services connexes ont été consolidés. La valeur du score consolidé pour l'ensemble de la Région était de 0,48. Étant donné que 1 représente le meilleur résultat possible, cela signifie que la Région ne peut assurer que 48 % des services de santé et des services connexes susceptibles d'être fournis à sa population.