



Le défi de la santé globale : organiser les services et les soins

Dr Denis PORIGNON

Département Gouvernance et financement des systèmes de santé, OMS, Genève

Faculté de Médecine de l'Université de Liège

porignond@who.int

Diplôme interuniversitaire en médecine tropicale, Paris - 2019

Plan

- Introduction – L’OMS
- La santé dans le monde et les grands défis en matière sanitaire
- Que faire au niveau global et dans les pays ?
- SSP – SS – CSU
- La planification nationale en pratique



Economie politique de la santé [1/2]

- Depuis toujours (Chine et Grèce anciennes, Europe médiévale, Moyen Orient,...), il est reconnu que la santé est influencée par des facteurs économiques, sociaux, géographiques,...
- En Europe, au moment de la révolution industrielle, les migrations, la mortalité et la détresse des masses ouvrières ont généré de nouvelles idées relatives aux liens entre travail, conditions sociales, politiques et santé
- En Europe de l'Ouest et centrale, en Amérique latine, en Afrique, en Asie ces idées se sont progressivement développées au 19^{ème}, 20^{ème} et 21^{ème} siècles



Economie politique de la santé [2/2]

- L'économie politique de la santé s'est élargie à d'autres considérations en lien avec le pouvoir : race/ethnicité, le genre, l'oppression (néo-) coloniale, la coopération au développement, le commerce, la gouvernance, les droits de l'homme (dont la santé fait partie), les acteurs de la santé,...
- Cette vision impose une lecture systémique de la santé, de ses déterminants et de la manière de répondre aux besoins et attentes des populations.
- Ces considérations sont universelles et s'articulent dans les pays au sein d'une vision politique et/ou des politiques de santé mises en œuvre.

Création de l'OMS

- Coopération internationale et contrôle des maladies
- Création de l'Organisation des Nations Unies en 1945



Création de l'OMS

- Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé en 1948



Objectif de l'OMS

L'OMS s'est fixé comme but :

“ d’amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible “

(Article 1, Chapitre I, Constitution de l'OMS)



Définition de "Santé"

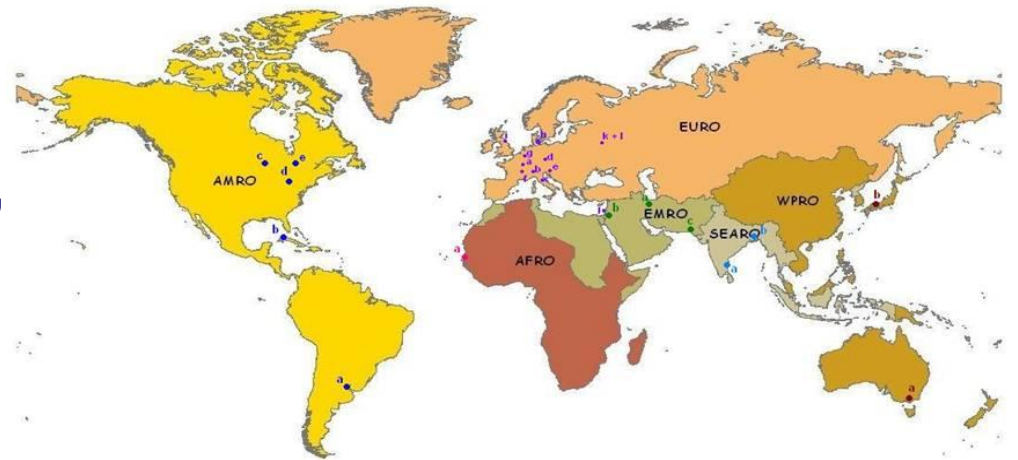
La Constitution de l'OMS définit la santé comme suit:

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »

(extrait de la Constitution de l'OMS)

Structure de l'OMS

- Le siège est à Genève,
- 6 bureaux régionaux
(Copenhague, Washington DC, New Delhi, Manille, Brazzaville, Le Caire)
- 194 Etats membres et 151 bureaux dans les pays, territoires et zones qui travaillent étroitement avec les acteurs de la santé sur le terrain



Gouvernance de l'OMS

- **Assemblée mondiale de la santé:** C'est l'organe décisionnel suprême de l'OMS. Sa principale fonction est de déterminer la politique de l'Organisation.

UN pays = UNE voix

- **Conseil exécutif:** Facilite le travail de l'Assemblée Mondiale
- **Le secrétariat de l'OMS:** le Directeur Général, et environ 6500 personnes travaillant au siège à Genève, dans les six bureaux régionaux et dans les bureaux de pays, territoires et zones.

Les trois dimensions du travail de l'OMS

La première dimension est globale:

- Au niveau global l'OMS élabore les normes et standards internationaux
- L'Assemblée Mondiale de la Santé adopte des accords mondiaux , **obligatoires** :
 - Règlement sanitaire international
 - Convention cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabacD'autres étant **volontaires** :
 - Code de pratique OMS pour le recrutement international des personnels de santé

La deuxième dimension est l'appui aux pays:

- L'OMS a le mandat de conseiller les gouvernements en matière de politique de santé et de mise en œuvre des normes et standards internationaux en matière de politique de santé et lutte contre la maladie.
- En cas d'épidémies et dans les situation d'urgence humanitaire, l'OMS coordonne la coopération internationale en santé

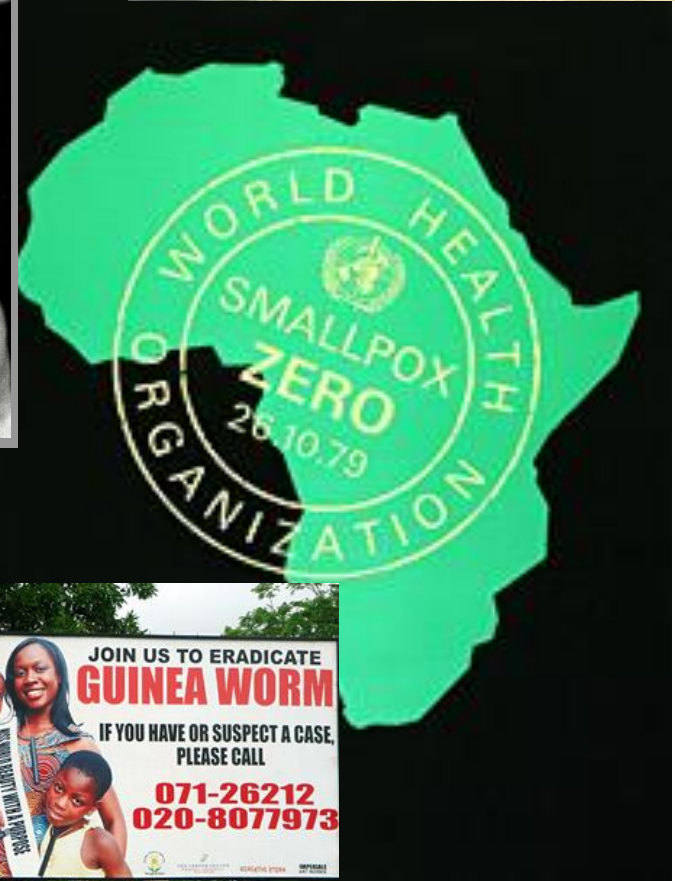
La troisième dimension est la coopération entre les pays:

- L'OMS facilite la coopération entre ses régions et favorise la coopération sud-sud



Etapes importantes

- Le système de classification des maladies est systématisé en 1948
- Lancement du programme d'éradication de la malaria en 1955
- Lancement du programme élargi de vaccination pour les enfants (1974)
- Liste des médicaments essentiels (1977)
- La déclaration Alma Ata (1978) qui mobilise des gens dans le monde entier pour atteindre l'objectif "santé pour tous"
- Eradication de la variole (1979)



Etapes importantes

- Objectifs du Millénaire pour le développement (2000)
- Lancement avec ONUSIDA de l'initiative 3x5, visant à assurer un traitement antirétroviral à 3 millions de personnes avant la fin de 2005
- SRAS (2003) H1N1 (2009) – investigations internationales coordonnées par l’OMS avec l’aide du réseau mondiale d’alerte et action
- La convention-cadre de l’OMS pour la lutte anti-tabac (2005)
- Règlement sanitaire international (2007), les systèmes de réponses humanitaires et sanitaires renforcés
- Plus de 6 millions de personnes ont accès aux traitements anti rétroviral (2010)
- Ebola 2015 (réforme OMS et création Alliance CSU 2030)
- Objectifs pour un développement durable (ODD – 2030)



LES GRANDS PROBLÈMES DE SANTÉ DANS LE MONDE



Les grandes tendances

- La population mondiale augmente (7.5 milliards) et vieillit (1 M de centenaires en 2020)
- La mortalité globale mondiale reste stable (57 M de décès en 2016)
- Le nombre d'enfants de < 5 ans décédés en 2016 était de 5.5 millions (contre 10 10⁶ au début des années 2000)
- Le nombre de décès maternels a été diminué par 2 au cours des 20 dernières années (320 000 décès maternels en 2016)



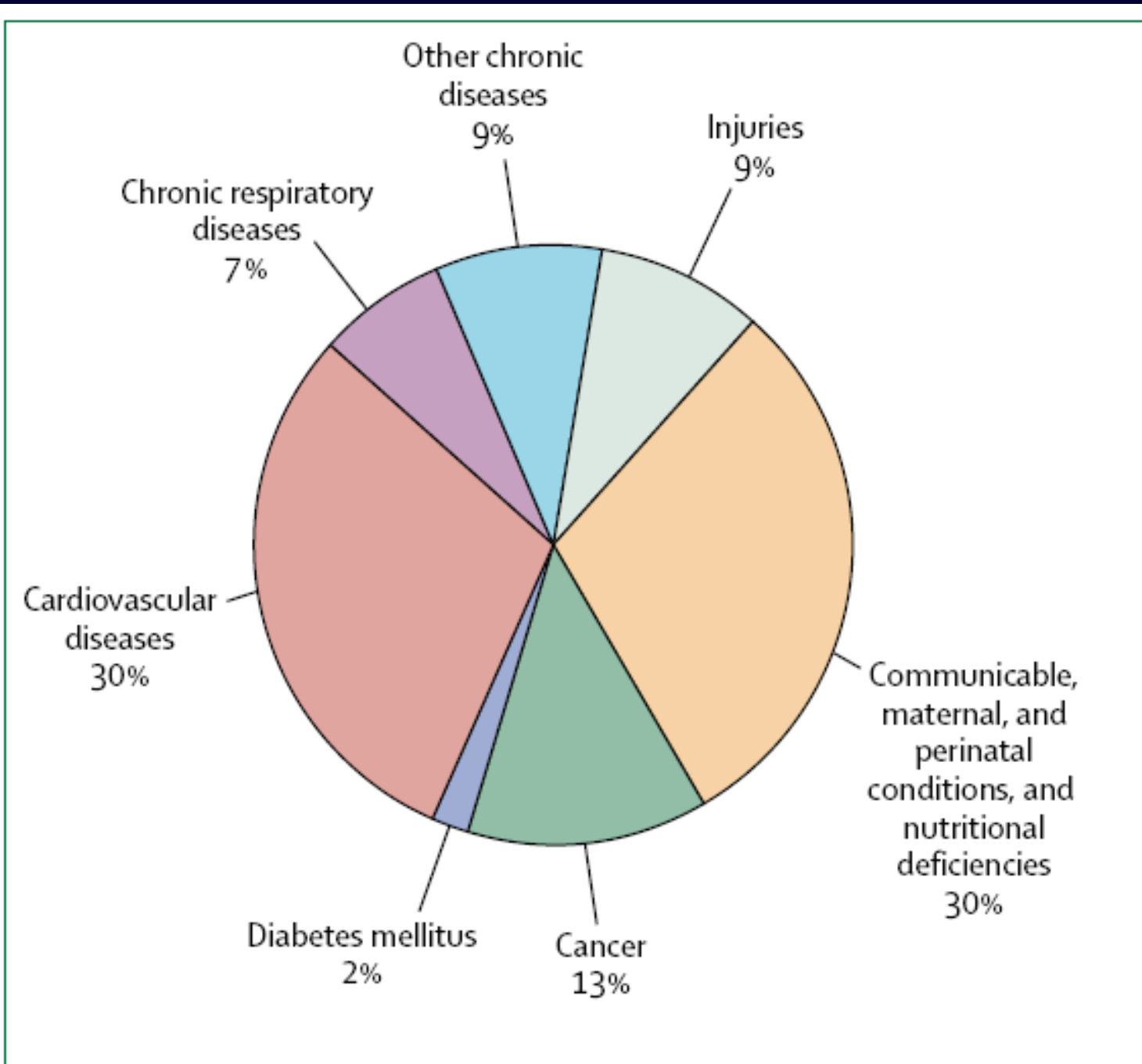
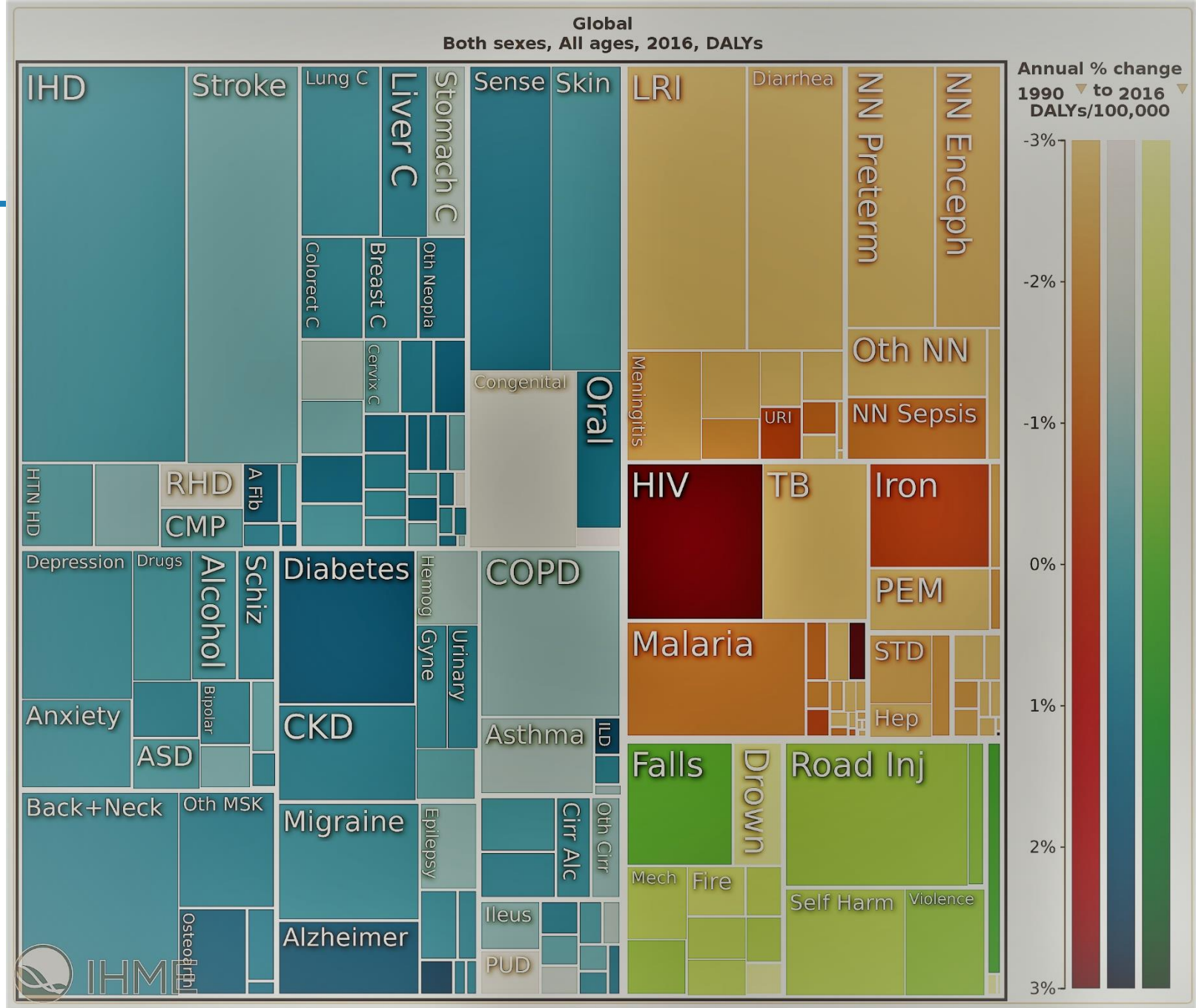


Figure 1: Projected global distribution of total deaths (58 million) by major cause, 2005

[Source: Strong et al, Lancet 2005]



LEADING CAUSES OF DEATH, 2004 AND 2030 COMPARED

2004			2030		
Disease or injury	Deaths (%)	Rank	Rank	Deaths (%)	Disease or injury
Ischaemic heart disease	12.2	1	1	14.2	Ischaemic heart disease
Cerebrovascular disease	9.7	2	2	12.1	Cerebrovascular disease
Lower respiratory infections	7.0	3	3	8.6	Chronic obstructive pulmonary disease
Chronic obstructive pulmonary disease	5.1	4	4	3.8	Lower respiratory infections
Diarrhoeal diseases	3.6	5	5	3.6	Road traffic accidents
HIV/AIDS	3.5	6	6	3.4	Trachea, bronchus, lung cancers
Tuberculosis	2.5	7	7	3.3	Diabetes mellitus
Trachea, bronchus, lung cancers	2.3	8	8	2.1	Hypertensive heart disease
Road traffic accidents	2.2	9	9	1.9	Stomach cancer
Prematurity and low birth weight	2.0	10	10	1.8	HIV/AIDS
Neonatal infections and other*	1.9	11	11	1.6	Nephritis and nephrosis
Diabetes mellitus	1.9	12	12	1.5	Self-inflicted injuries
Malaria	1.7	13	13	1.4	Liver cancer
Hypertensive heart disease	1.7	14	14	1.4	Colon and rectum cancers
Birth asphyxia and birth trauma	1.5	15	15	1.3	Oesophagus cancer
Self-inflicted injuries	1.4	16	16	1.2	Violence
Stomach cancer	1.4	17	17	1.2	Alzheimer and other dementias
Cirrhosis of the liver	1.3	18	18	1.2	Cirrhosis of the liver
Nephritis and nephrosis	1.3	19	19	1.1	Breast cancer
Colon and rectum cancers	1.1	20	20	1.0	Tuberculosis
Violence	1.0	22	21	1.0	Neonatal infections and other*
Breast cancer	0.9	23	22	0.9	Prematurity and low birth weight
Oesophagus cancer	0.9	24	23	0.9	Diarrhoeal diseases
Alzheimer and other dementias	0.8	25	29	0.7	Birth asphyxia and birth trauma
			41	0.4	Malaria

* Comprises severe neonatal infections and other, noninfectious causes arising in the perinatal period.

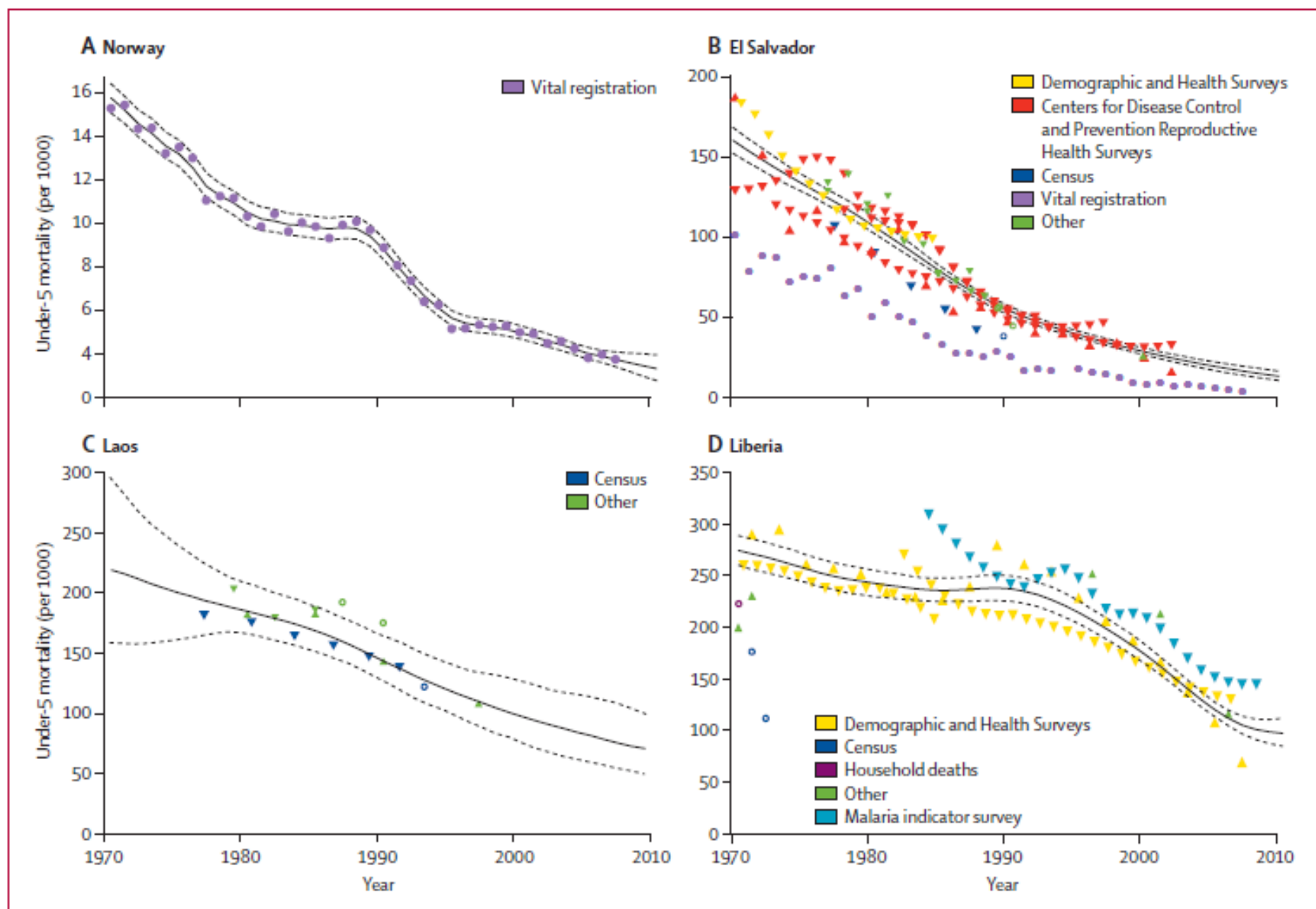
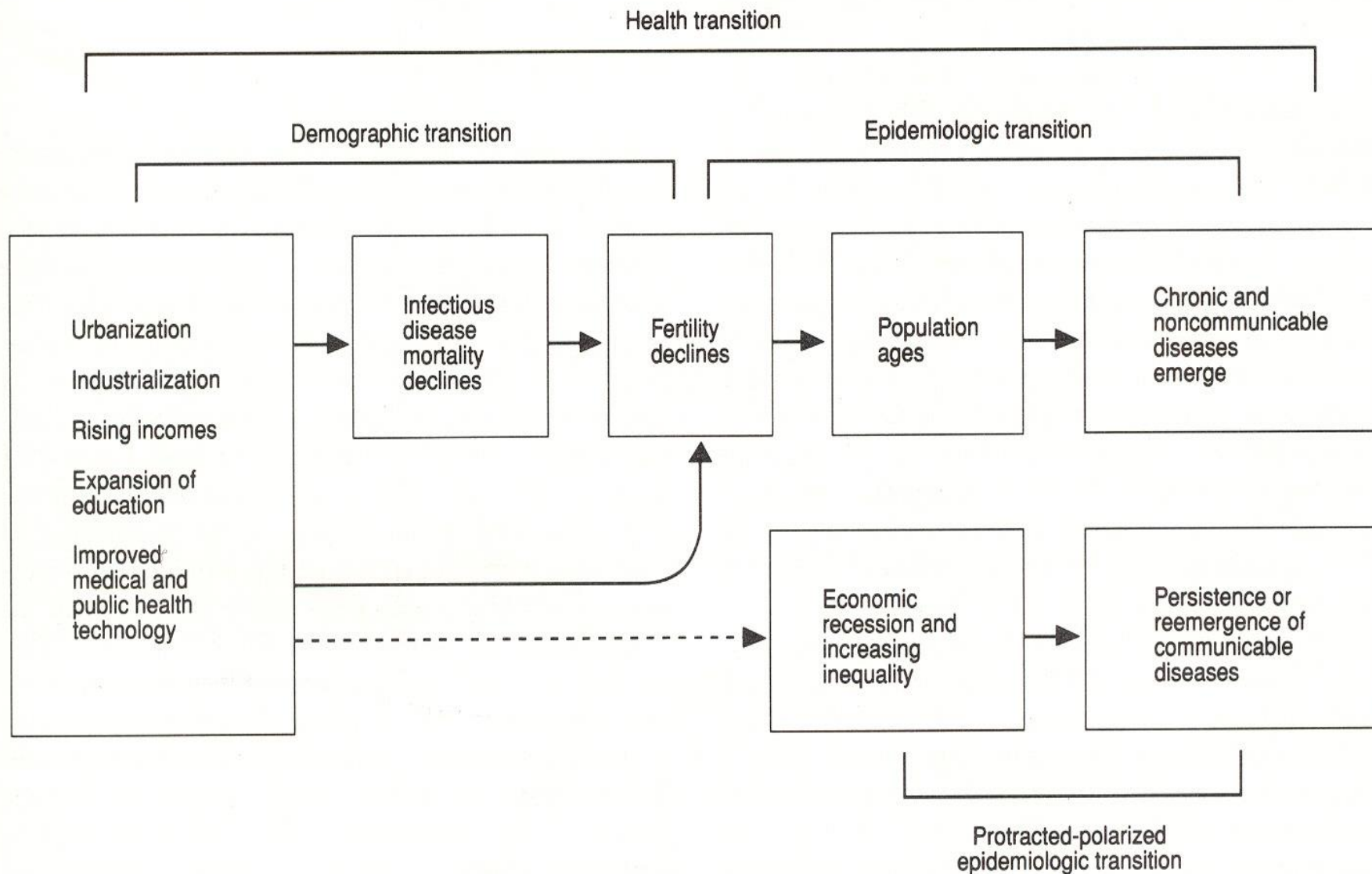


Figure 1: Empirical data sources and estimated under-5 mortality from 1970 to 2010 for selected countries

Dashed lines indicate uncertainty intervals. Hollow circles represent outliers. Under-5 mortality is defined as the probability of death between birth and age 5 years.

Upward-pointing triangles are direct estimates from complete birth histories. Downward-pointing triangles are indirect estimates from summary birth histories.

Figure 29-1. Relationships among Demographic, Epidemiologic, and Health Transitions



Source: Authors.

What are the IHR (2005)?

Réglement sanitaire international (RSI)

- **The only global, legally-binding instrument of international law against international spread of disease.**
- Purpose and scope: "To prevent, protect against, control and provide a public health response to the **international spread of disease** in ways that are commensurate with and restricted to **public health risks**, and which avoid unnecessary interference with international traffic and trade."



Rights and obligations under the IHR (2005)

States Parties

Obligations:

- ❑ Establish and operate **National IHR Focal Points**
- ❑ **Notify / report / verify to WHO** potentially international health events and risks – within 24 hours
- ❑ **Development of core capacities** - surveillance, response, points of entry
- ❑ Requirements for States who want to **apply measures** to international travel, transport, trade **to protect public health** – including treatment of travellers

Rights

- ❑ Right to **receive specified information/assessments** on events/risks **from WHO**
- ❑ Right to **receive advice/technical support** – affected and non-affected states

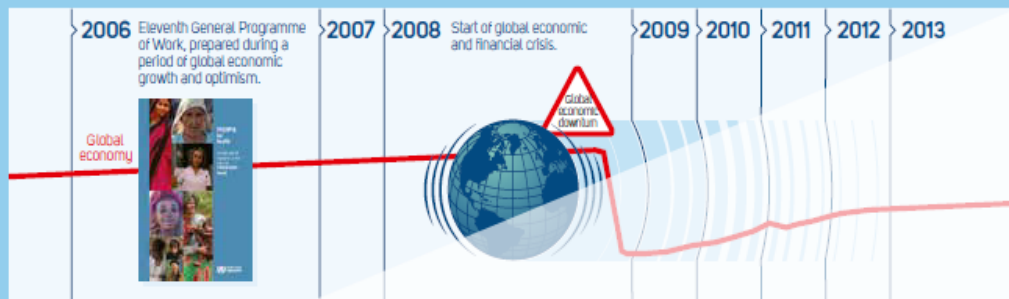
WHO

Obligations

- ❑ **Surveillance** - collect information globally on public health events
- ❑ **Risk assessment** of the information as to potential international spread, interference with international traffic and risks to human health
- ❑ Request **verification** from States of reports of events
- ❑ **Disseminate public health information** on events and risks "as soon as possible" to all States necessary to enable them to respond
- ❑ **Coordinate management and response** to international health events
- ❑ **Provide advice and technical assistance** to all States
- ❑ **Assess** if an event is a PHEIC and **issue Temporary Recommendations** under the IHR

DÉFIS ET PERSPECTIVES AU NIVEAU MONDIAL





"In a context of growing inequity, competition for scarce natural resources and a financial crisis threatening basic entitlements to health care, it would be hard to find a better expression of health as a fundamental right, as a prerequisite for peace and security, equity, social justice, popular participation and global solidarity..."

WHO Twelfth General Programme of Work (GPW12)

More complex health challenges

Rising healthcare spending

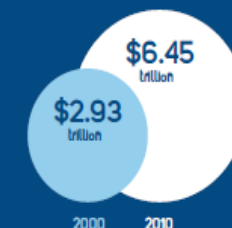
Healthcare spending is rising faster than GDP in developed countries, adding pressure to increase efficiency.

Changing burden of disease

63% of all deaths are now caused by noncommunicable diseases...

Greater complexity in response to health needs

A complex landscape, with new players...



but progress is still lagging in reducing maternal and child deaths, and turning back the epidemics of HIV, TB, malaria and other diseases.



Need to work with different sectors influencing the determinants of health. Need for holistic approach to emergency risk management, removing artificial distinctions between relief and development.

New political, economic, social and environmental realities...

2014 A changing world – where are we going?

Environment under pressure: health risks come from climate change. Progress in creating mechanisms for a coherent approach to sustainable development has been slow.

Migration offers benefits, but migrants can be exposed to, and bring, health risks.

Changing demographics and ageing populations.

Risk of outrage and youth unemployment lack of economic

uprising where continues to rise with and political rights.

Technology and social media have transformed how the world works and communicates.

Rapid, unplanned urbanization, particularly in low- and middle-income countries, brings opportunities and risks.

Economic fluctuation may lead to decreased public spending, which affects public goods and services.

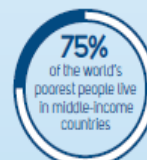
Globalization

Living standards have improved for some but there is wider inequality and lack of balance between economic, social and environmental policies.



Poverty and inequity

Inequality deepens poverty and increases gaps in health outcomes. This calls for new ways of working among multiple sectors.



Power

Relative powers of States, markets, civil society and social networks of individuals have changed: progress requires significant collaboration among all stakeholders.



The changing global context: Challenges & opportunities



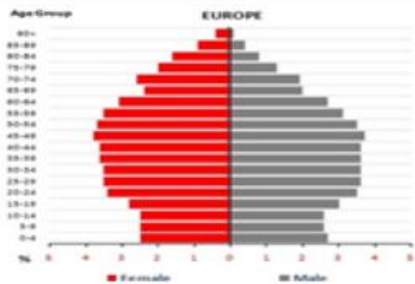
SDGs



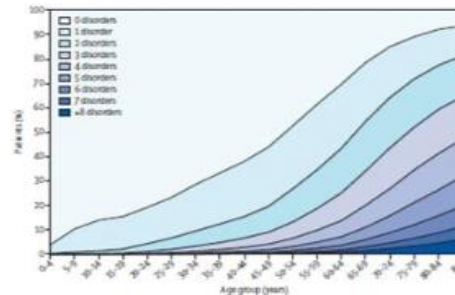
Globalization



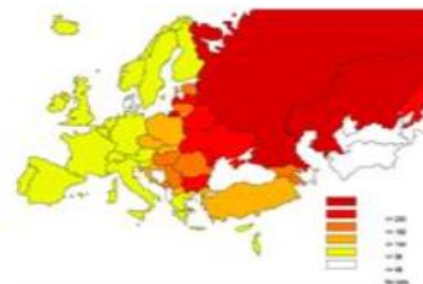
Migration



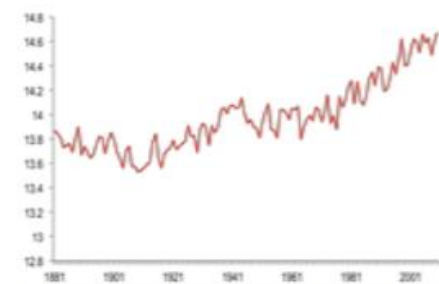
Ageing



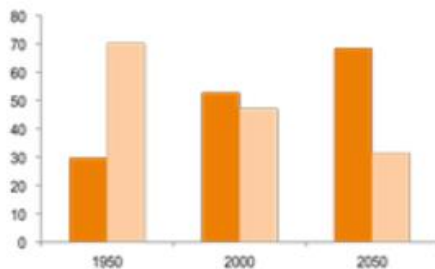
Multi-morbidity



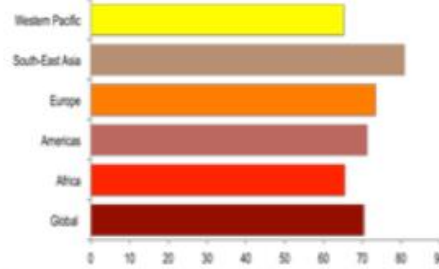
NCDs



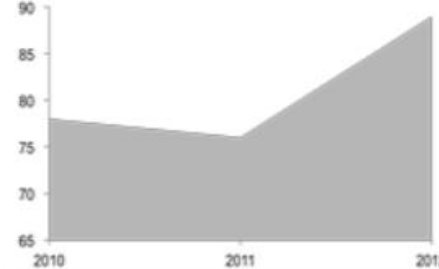
Climate change



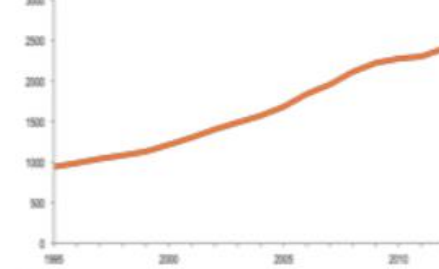
Urbanization



Citizen voice



Innovation



Rising costs

Source: WHO Global Health Observatory Data Repository, 2015

Défis en terme de santé publique 1/2

- Les maladies non-transmissibles: elles sont la cause principale des maladies et de la mortalité dans le monde (36 millions dont 48% maladies cardiovasculaires, 21% cancers, 12% maladies respiratoires, 3% diabète)
- Vieillesse de la population
- Urbanisation: plus de 50% de la population mondiale vit en milieu urbain
- Migration et mobilité des populations



Défis en terme de santé publique 2/2

- “Agitation sociale” : conflits internes et guerres, instabilité conditions socio-économiques
- Usage accidentel ou intentionnel des agents biologiques, chimiques ou nucléaires
- Désastres naturels : inondations, sécheresse, cyclones, tremblements de terre
- Epidémies et pandémies (health security) – SRAS, H1N1, MV Ebola et MV ZiKa



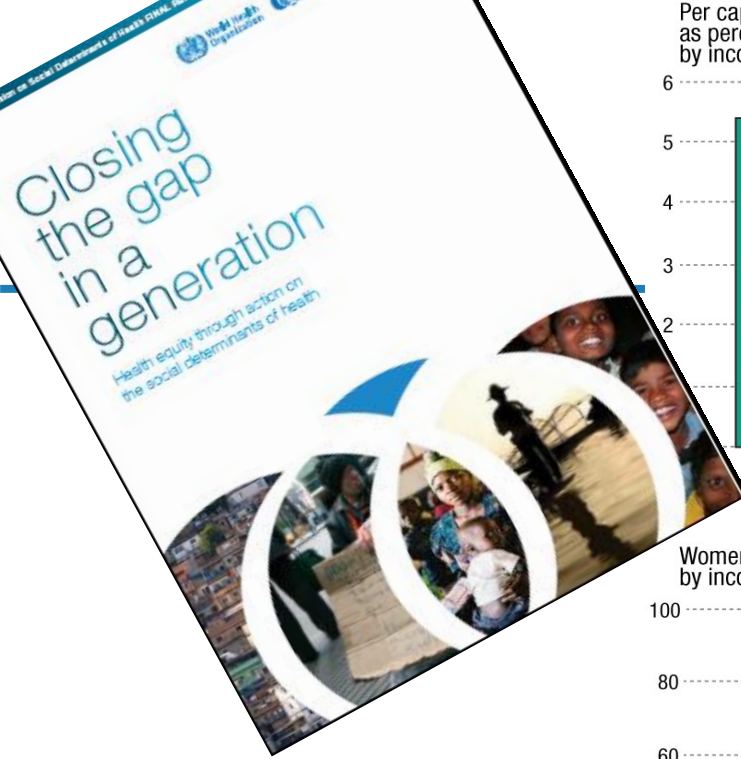
Défis en terme de réponses

"The availability of good medical care tends to vary inversely with the need for it in the population served"

The inverse care law, The Lancet, 1971

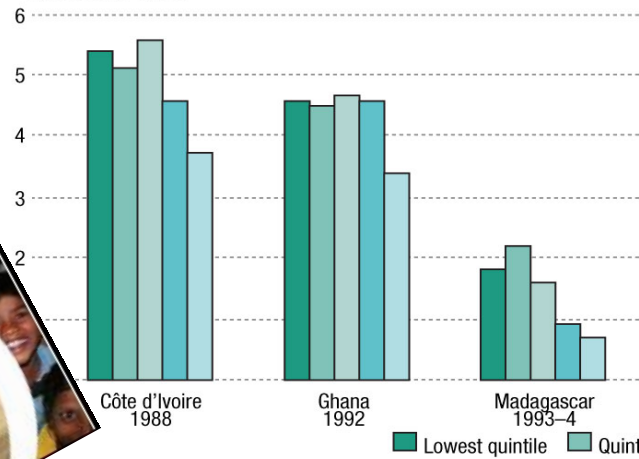
"More authorities are becoming aware that many campaigns for the eradication of diseases will have only temporary effects if they are not followed by the establishment of permanent health services in those areas, to deal with day-to-day work in the control and prevention of disease and the promotion of health. "

Annual report of the Director-General of WHO, 1951

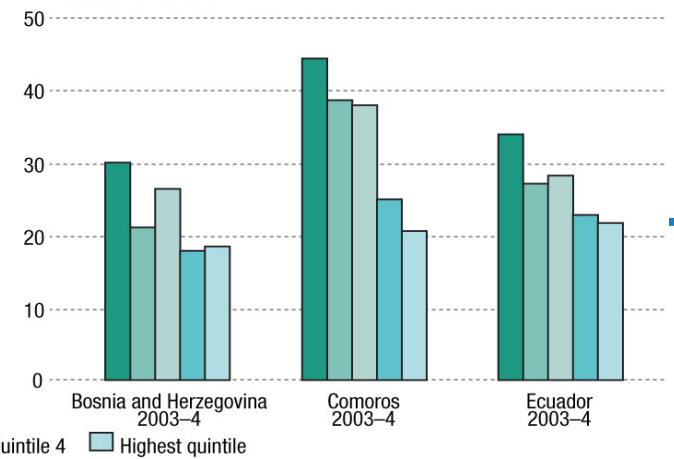


Persistance d'inégalités entre pays ET dans tous les pays

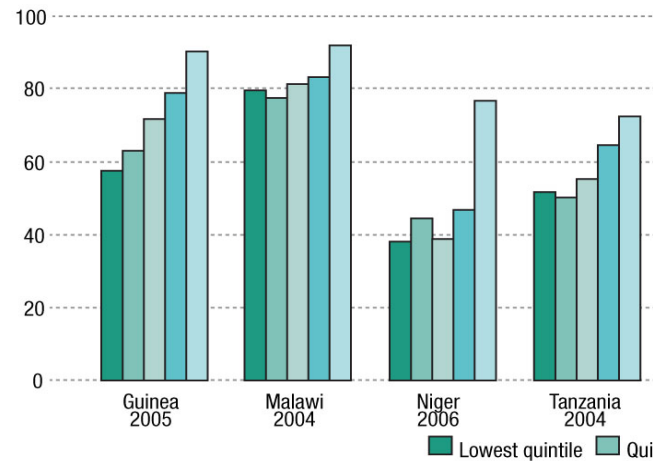
Per capita household spending on health as percentage of total household spending, by income group



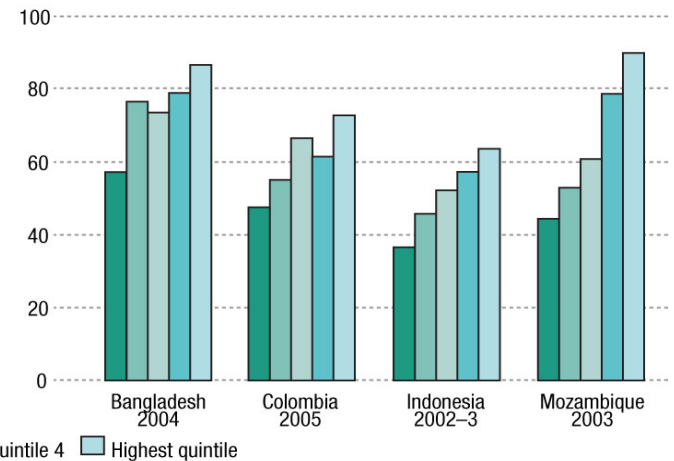
Mean time (minutes) taken to reach an ambulatory health facility, by income group



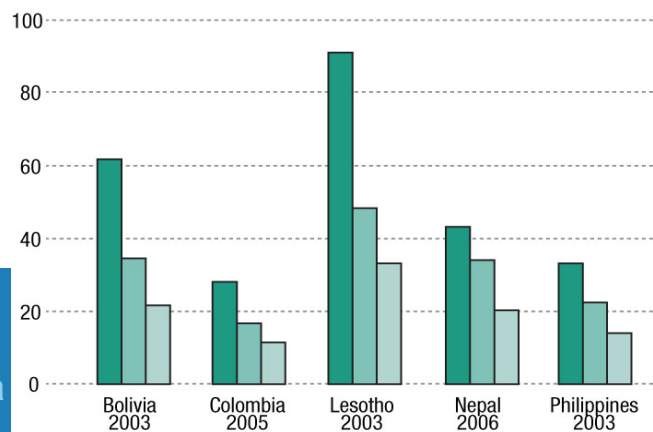
Women using malaria prophylaxis (%), by income group



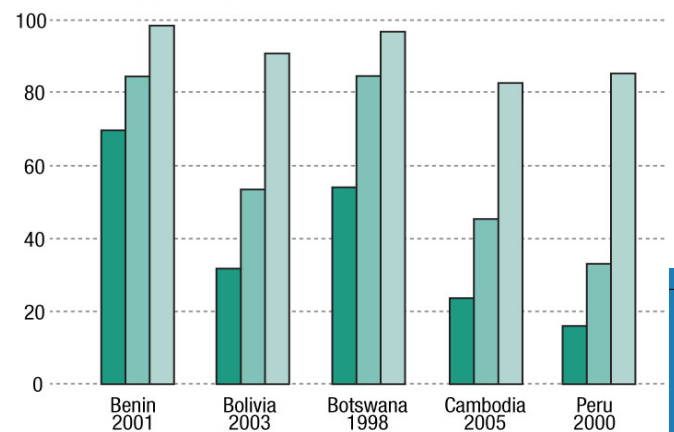
Full basic immunization coverage (%), by income group



Neonatal mortality rate, by education of mother

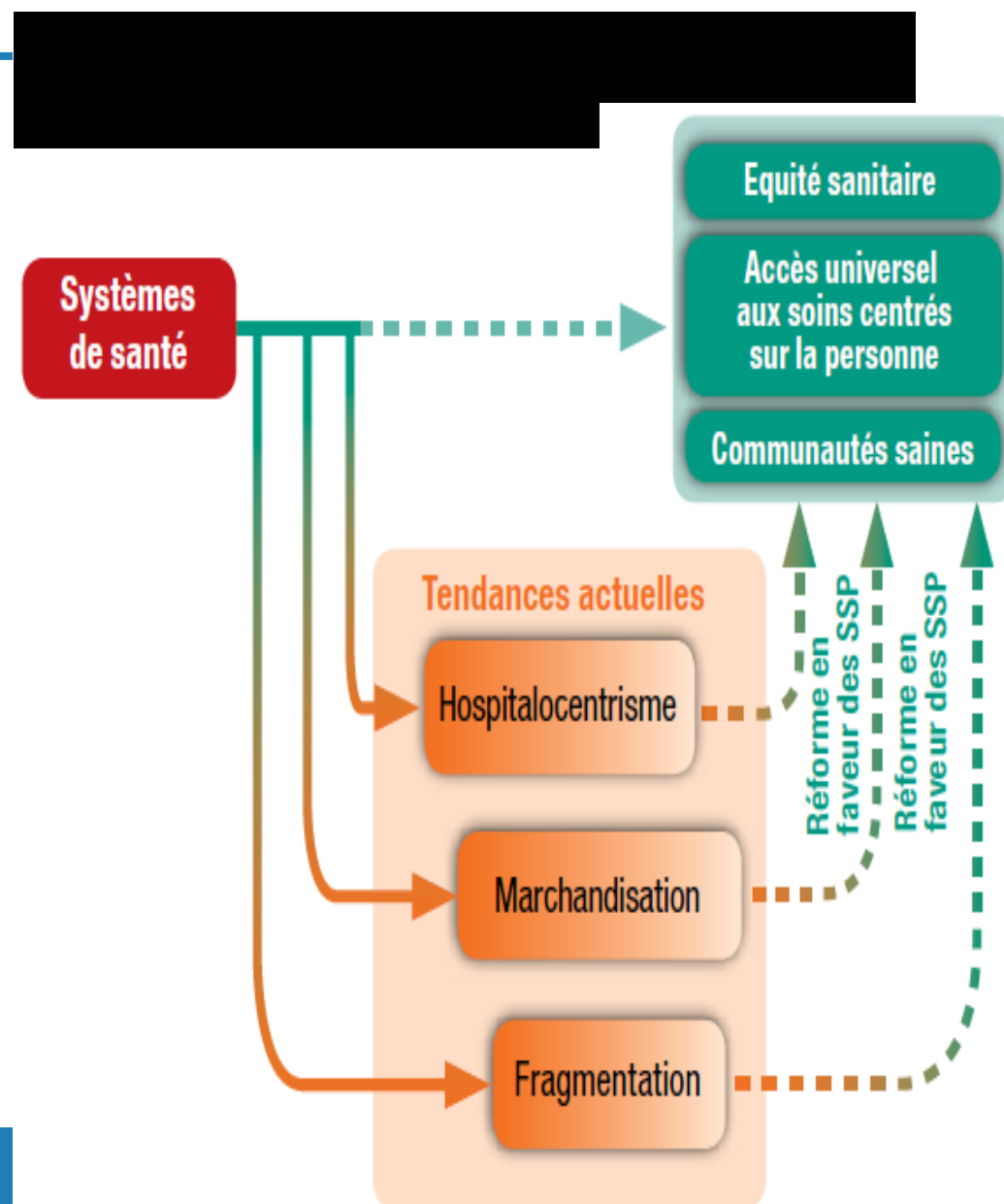


Births attended by health professional (%), by education of mother

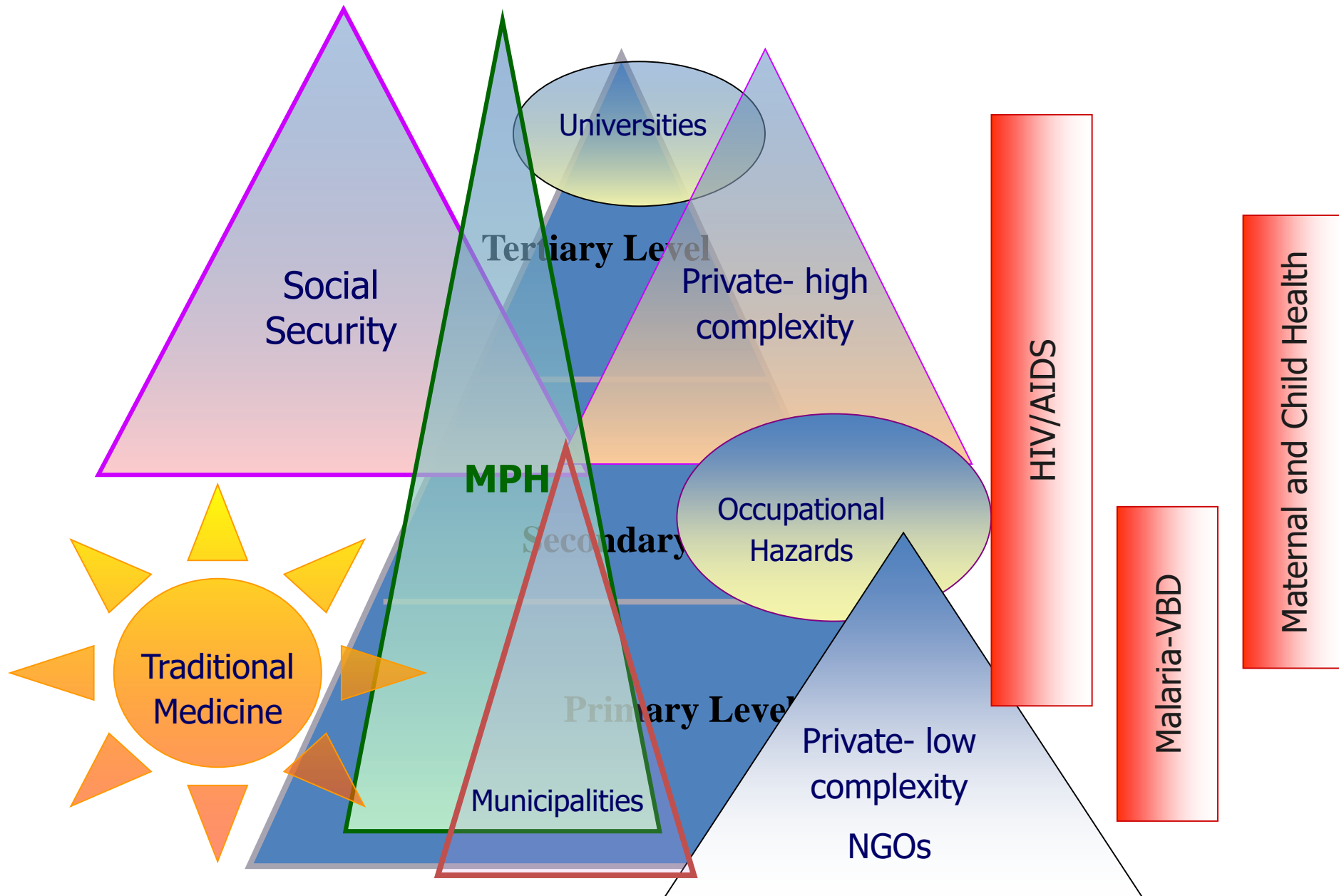


Le Rapport sur la Santé dans le Monde 2008...

- Les systèmes de santé n'évoluent pas spontanément vers :
 - les valeurs des SSP (solidarité, participation, équité,...)
 - une rencontre optimale avec les attentes sociales des gens
 - une efficacité optimale
- Demande grandissante de la part des pays pour des réformes orientées vers les SSP



Segmentation and fragmentation of health systems



Défis concernant la place des acteurs dans le paysage de la santé globale

- Un nombre toujours plus important d'acteurs est présent: Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, GAVI (Alliance pour la vaccination), la fondation Bill et Melinda Gates, les initiatives présidentielles américaines (PEPFAR, Clinton Foundation,...), etc.



NEW HEALTH INITIATIVES SINCE 2000...

Stop TB Partnership



President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR)

Global Alliance to Eliminate Leprosy (GAEL)



Initiative on Public-Private Partnerships for Health



Accelerating Access Initiative



SECURE THE FUTURE

Medicines for Malaria Venture



Global Polio Eradication Initiative



EMVI

The European Malaria Vaccine Initiative



Global Campaign for MICROBICIDES Hope for African Children Initiative



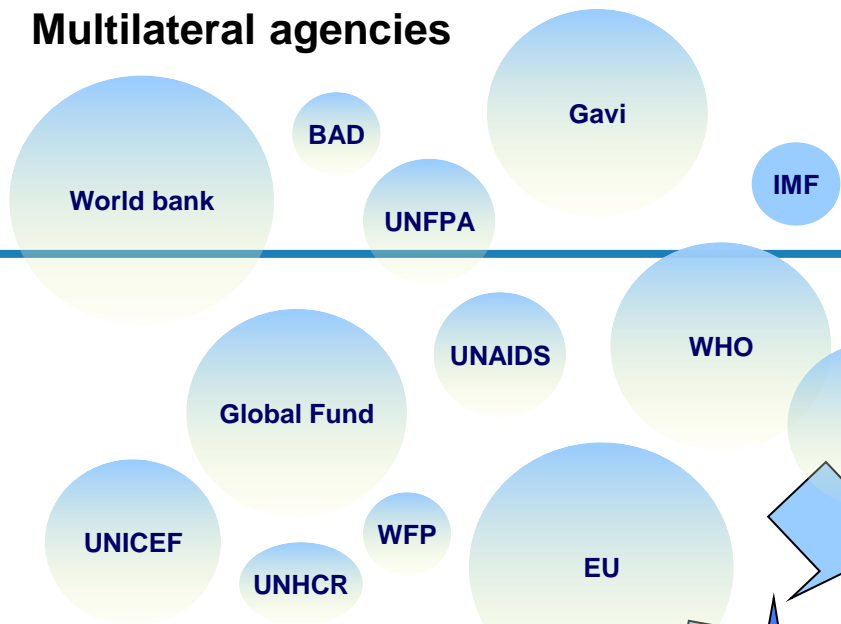
US Presidential Initiative
FIGHTING MALARIA
SAVING LIVES IN AFRICA



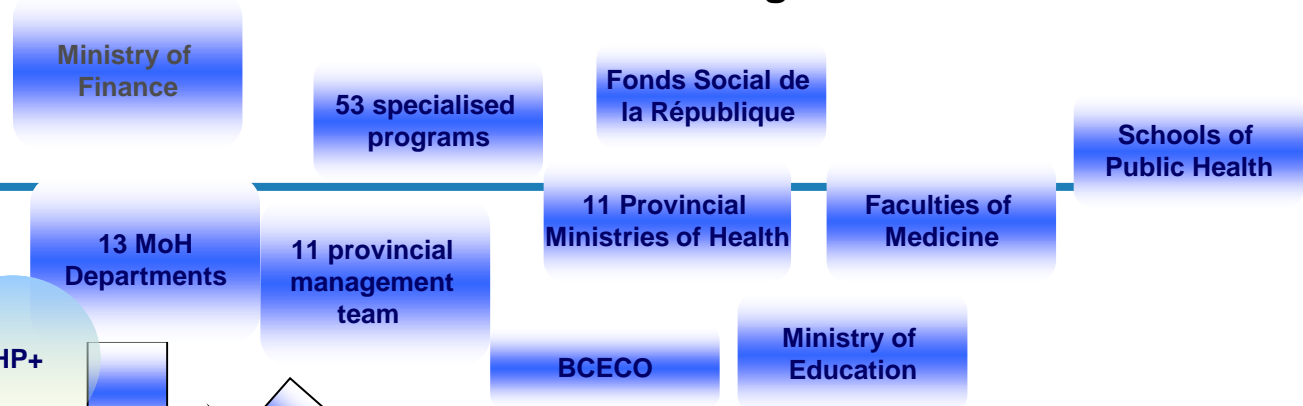
Schistosomiasis Control Initiative



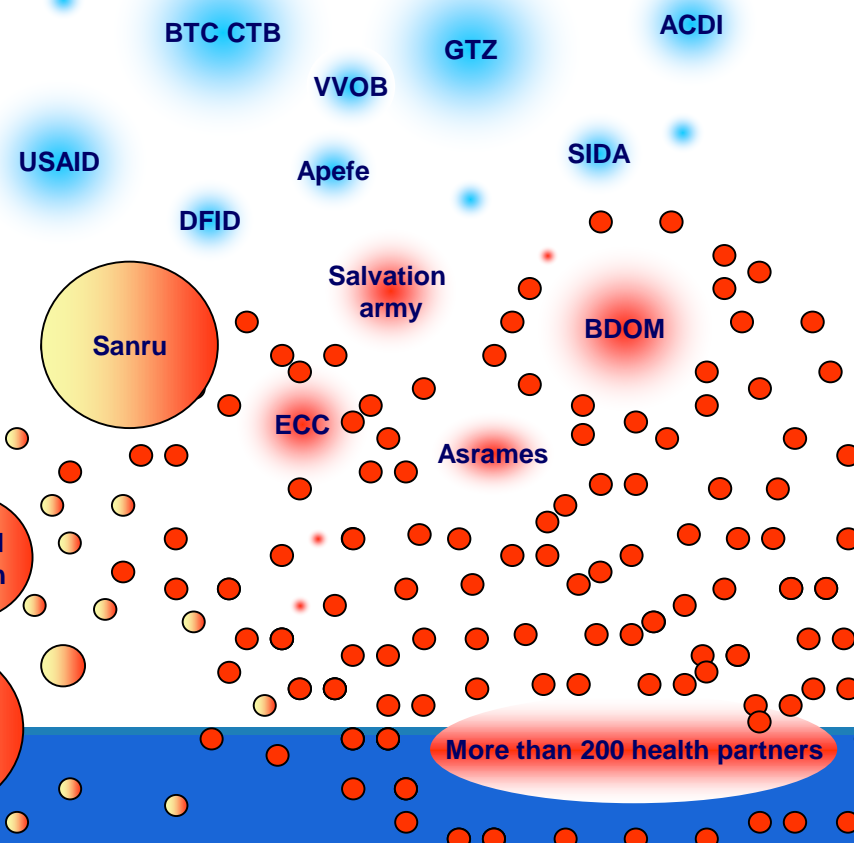
Multilateral agencies



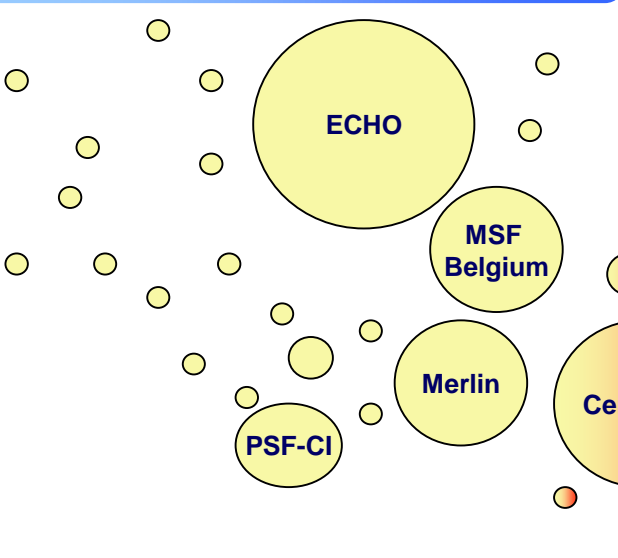
State and Parastatal organisations



Bilateral Funding / Technical agencies



13 Donor Government program coordination committees



INGO's (Emergency)

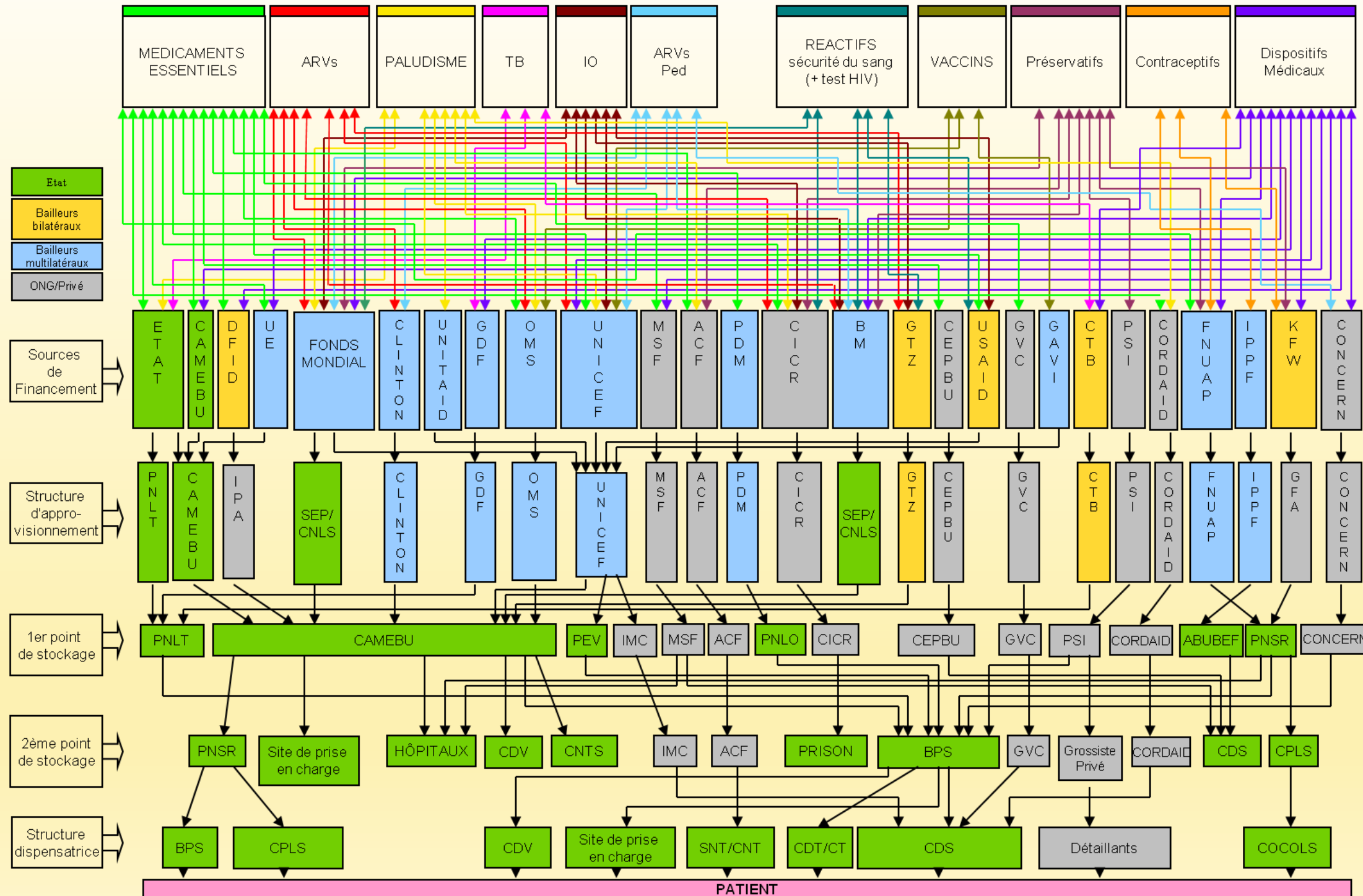


Int and Nat NGO's (Development and church related)

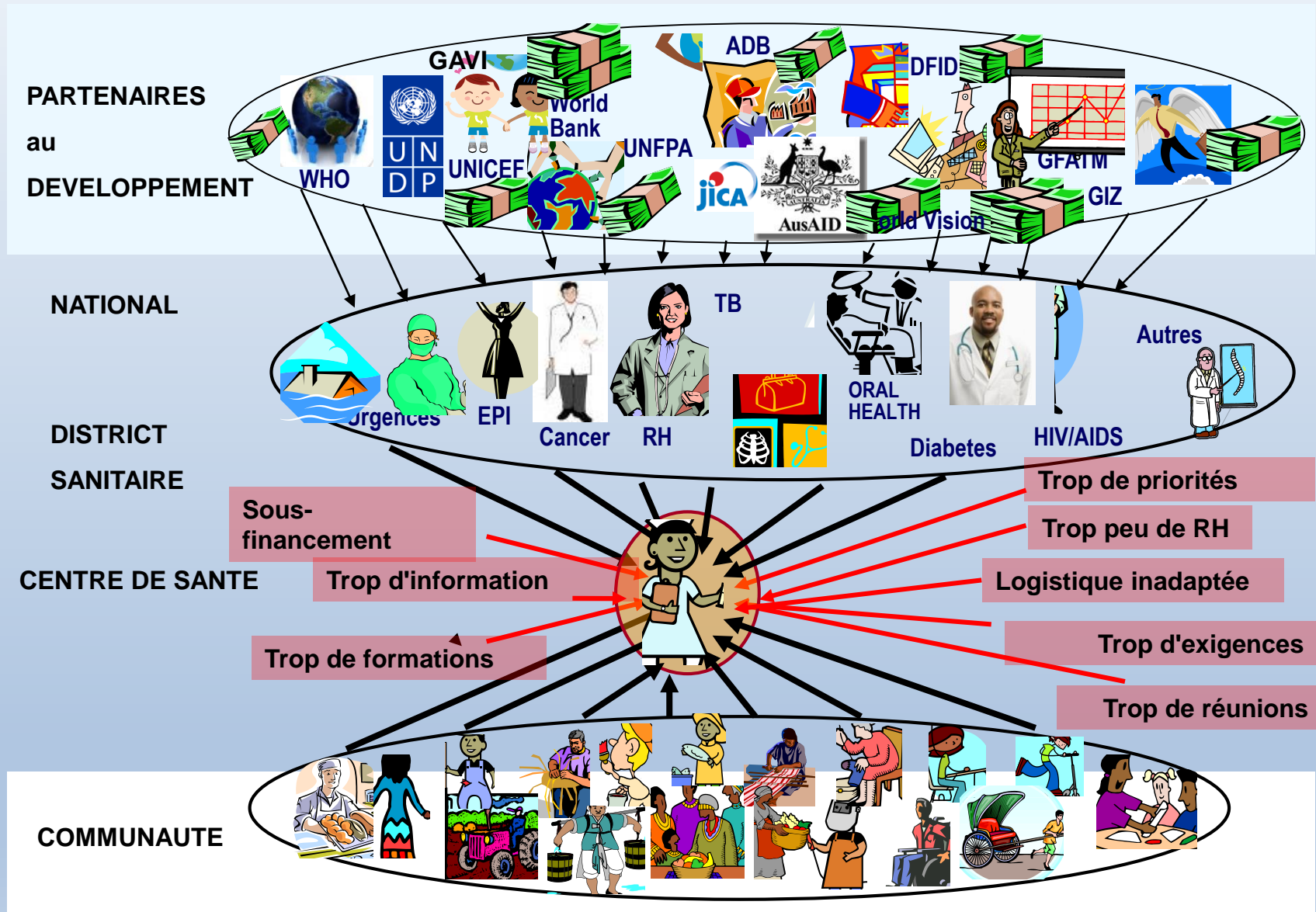


**MOH
(15 Staff)**

Systèmes d'approvisionnement des produits pharmaceutiques au BURUNDI. Juillet 2007

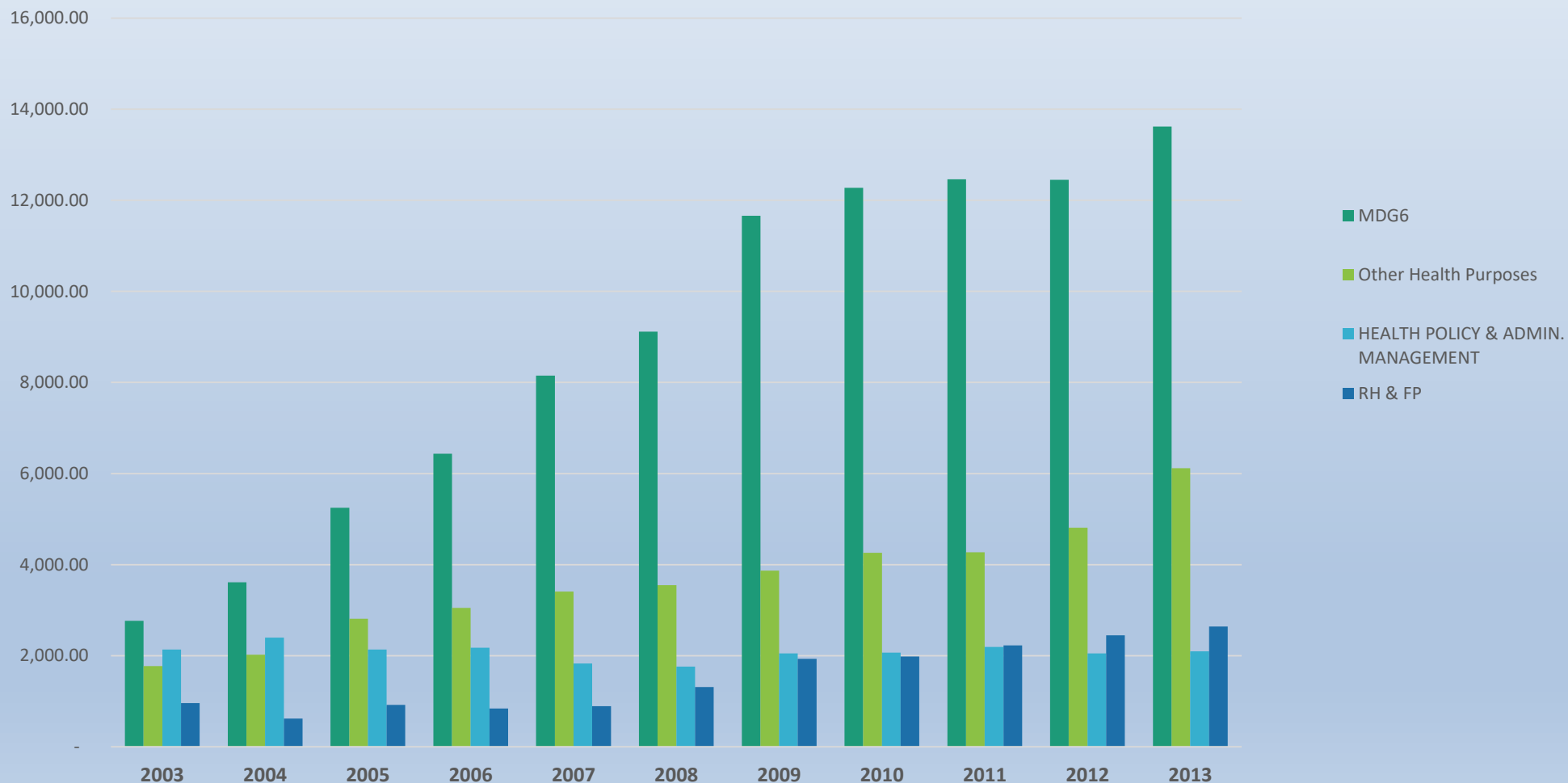


N'oublions pas la complexité pour les prestataires...



Aide officielle au Développement pour la santé par domaines majeurs

ODA for Health Disbursements, (Million, Constant 2013 US\$)



...des questions ?



**DANS UN TEL CONTEXTE, QUELLES SONT
LES PRINCIPAUX AXES POUR UNE
INTERVENTION AU NIVEAU GLOBAL ET
DANS LES PAYS ?**



Complexité :

acteurs nombreux, solutions sur mesure, réponses variées

- Réponses globales, réponses spécifiques en termes de problèmes de santé (Sida, Ebola,...) et en termes de populations ciblées (femmes, enfants, vulnérables, urbain,...)
- Il faut fournir un cadre concerté avec les Etats membres pour assurer l'atteinte de l'objectif.
- De quel objectif parle-t-on?



Les OMD, les ODD... qu'en est-il de l'après 2015?

- Débat politique au plus niveau international [NU, G7, G20]
- Rôle de la santé publique globale face aux initiatives mondiales (Gavi, Fonds mondial) et au poids de l'industrie (médicaments, équipements) et des lobbies (partis politiques société civile)
- La proposition actuelle est "*Goal 3: Ensure Healthy Lives*" incluant la CSU, les OMD, les MNT, les maladies négligées)
- Alternative : "*thriving lives and livelihoods, sustainable food security, secure sustainable water, universal clean energy, healthy and productive eco systems, governable and sustainable societies.*"
 - ▶ santé est perçue comme transversale (des vies saines sur une planète saine)

Les objectifs pour le développement durable

(Sustainable Development Goals) - ODD 2016-2030

Objectifs de développement durable

Objectif 1. Éliminer la **pauvreté** sous toutes ses formes et partout dans le monde

Objectif 2. Éliminer la **faim** assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture durable

Objectif 3. Permettre à tous de **vivre en bonne santé** et promouvoir le **bien-être** de tous à tout âge

Objectif 4. Assurer l'accès de tous à une éducation de qualité, sur un pied d'égalité, et promouvoir les possibilités d'apprentissage tout au long de la vie

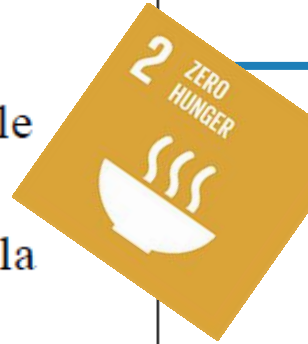
Objectif 5. Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles

Objectif 6. Garantir **l'accès de tous à l'eau et à l'assainissement** et assurer une gestion durable des ressources en eau

Objectif 7. Garantir l'accès de tous à des services énergétiques fiables, durables et modernes à un coût abordable

Objectif 8. Promouvoir une croissance économique soutenue, partagée et durable, le plein emploi productif et un travail décent pour tous

Objectif 9. Bâtir une infrastructure résiliente, promouvoir une industrialisation durable qui profite à tous et encourager l'innovation





Objectif 10. Réduire les **inégalités** dans les pays et d'un pays à l'autre

Objectif 11. Faire en sorte que les villes et les établissements humains soient ouverts à tous, sûrs, résilients et durables

Objectif 12. Établir des modes de consommation et de production durables

Objectif 13. Prendre d'urgence des mesures pour lutter contre les changements climatiques et leurs répercussions*

Objectif 14. Conserver et exploiter de manière durable les océans, les mers et les ressources marines aux fins du développement durable

Objectif 15. Préserver et restaurer les écosystèmes terrestres, en veillant à les exploiter de façon durable, gérer durablement les forêts, lutter contre la désertification, enrayer et inverser le processus de dégradation des terres et mettre fin à l'appauvrissement de la biodiversité

Objectif 16. Promouvoir l'avènement de sociétés pacifiques et ouvertes à tous aux fins du développement durable, assurer l'accès de tous à la justice et mettre en place, à tous les niveaux, des institutions efficaces, responsables et ouvertes à tous

Objectif 17. Renforcer les moyens de mettre en œuvre le **Partenariat mondial** pour le développement durable et le revitaliser

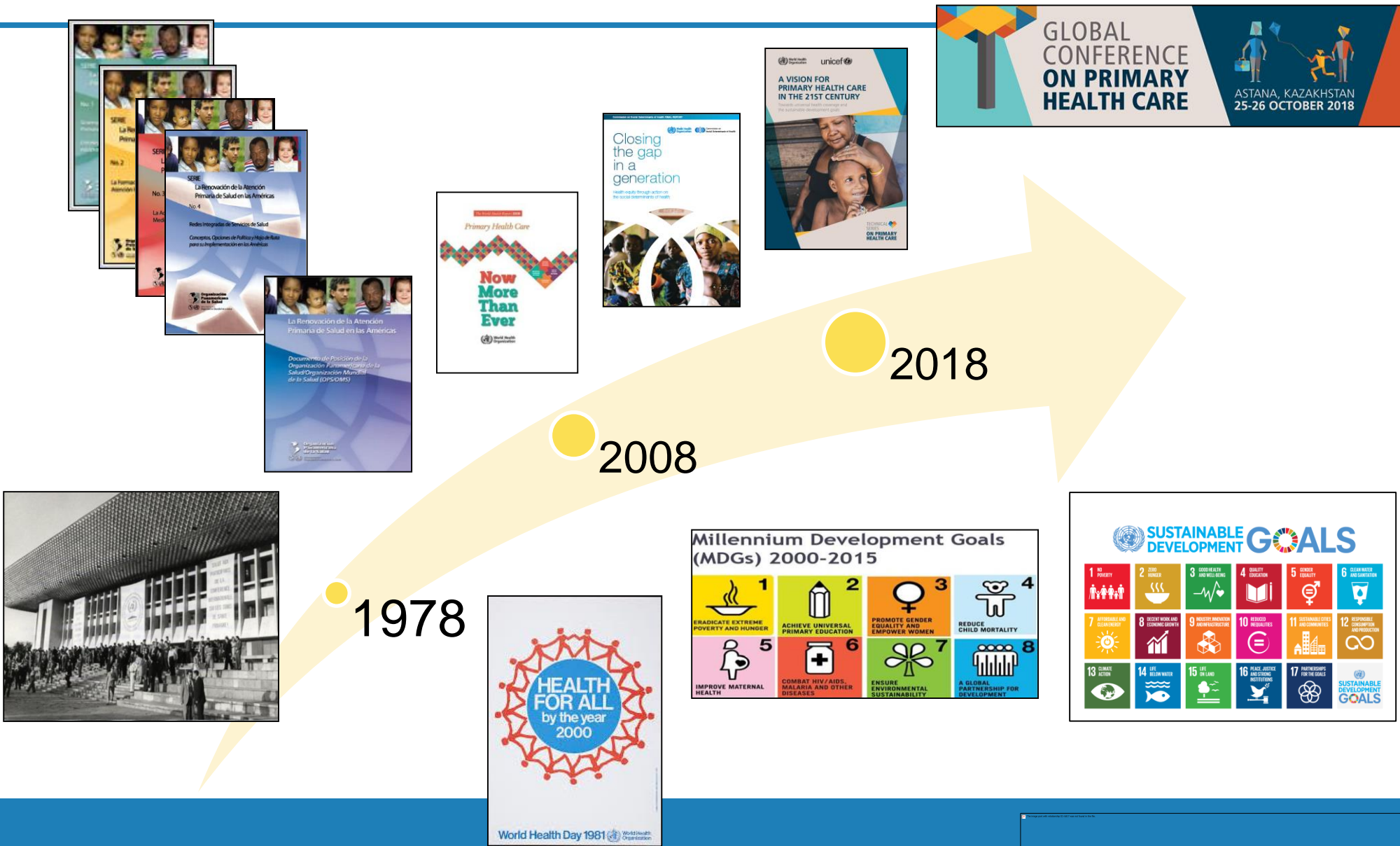


**POUR ATTEINDRE LES ODD, LA COUVERTURE
SANITAIRE UNIVERSELLE ET LES SOINS DE SANTÉ
PRIMAIRES SONT LES 2 ORIENTATIONS
PRIVILÉGIÉES AU NIVEAU MONDIAL ET DANS DE
NOMBREUX PAYS**



“Les fondements de la couverture sanitaire universelle reposent sur des systèmes de santé solides, construits sur des soins primaires centrés sur les personnes, considérés comme le vecteur le plus équitable, efficace et efficient de mettre à disposition des services de santé essentiels.”

From Alma Ata to Astana: the long journey of PHC



Millennium Development Goals (MDGs) 2000-2015

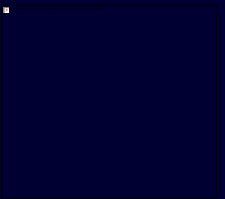
1 ERADICATE EXTREME POVERTY AND HUNGER	2 ACHIEVE UNIVERSAL PRIMARY EDUCATION	3 PROMOTE GENDER EQUALITY AND EMPOWER WOMEN	4 REDUCE CHILD MORTALITY
5 IMPROVE MATERNAL HEALTH	6 COMBAT HIV/AIDS, MALARIA, AND OTHER DISEASES	7 ENSURE ENVIRONMENTAL SUSTAINABILITY	8 A GLOBAL PARTNERSHIP FOR DEVELOPMENT

SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS

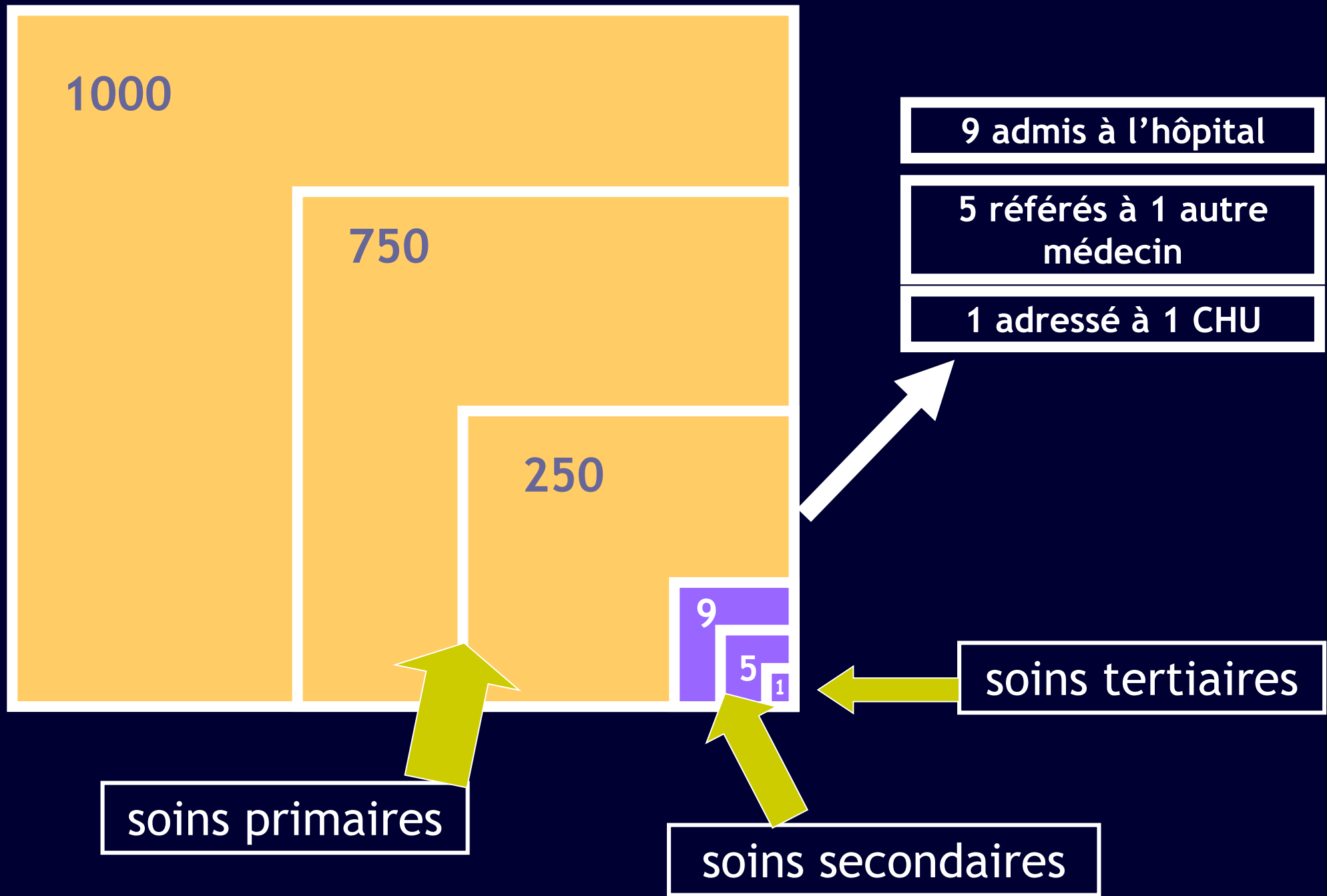
1 NO POVERTY	2 ZERO HUNGER	3 GOOD HEALTH AND WELL-BEING	4 QUALITY EDUCATION	5 GENDER EQUALITY	6 CLEAN WATER AND SANITATION
7 AFFORDABLE AND CLEAN ENERGY	8 DECENT WORK AND ECONOMIC GROWTH	9 INDUSTRY, INNOVATION AND INFRASTRUCTURE	10 REDUCED INEQUALITIES	11 SUSTAINABLE CITIES AND COMMUNITIES	12 RESPONSIBLE CONSUMPTION AND PRODUCTION
13 CLIMATE ACTION	14 LIFE BELOW WATER	15 LIFE ON LAND	16 PEACE, JUSTICE AND STRONG INSTITUTIONS	17 PARTNERSHIPS FOR THE GOALS	SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS

Insatisfaction croissante et plus d'attentes des populations

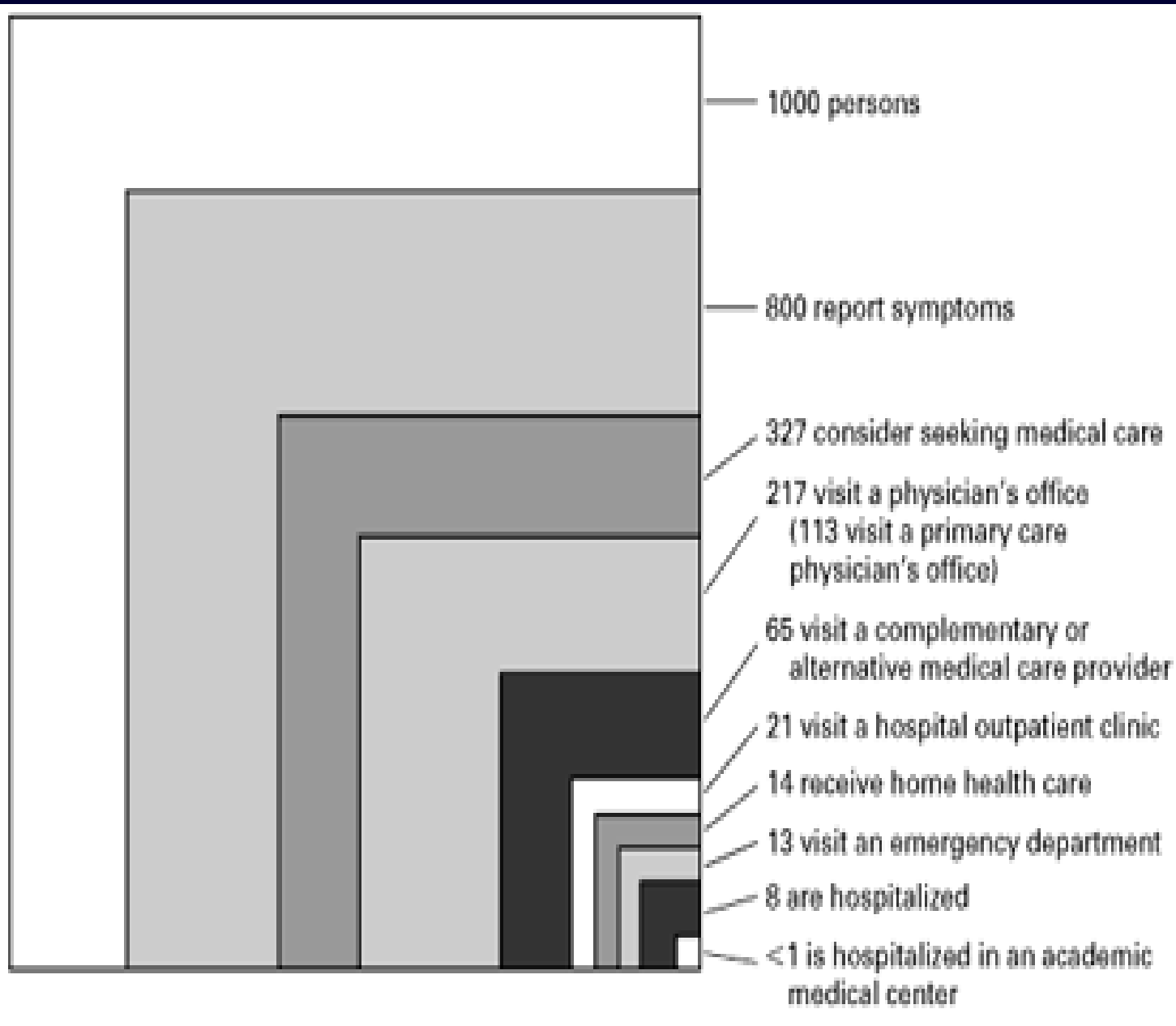
- Alma Ata values are becoming mainstream expectations
- What citizens expect for themselves and their families
 - *Access to quality, people-centred care*
 - *Communities where health is promoted and protected*
- What citizens expect for their society
 - *Health equity, solidarity, social inclusion*
 - *Health authorities that can be relied on*
- Mismatch between expectations and performance is leading to a crisis in confidence



Paradigme : soins de santé primaires



Paradigme : soins de santé primaires



carré de white
revu en 2001

(NEJM 2001)

proportions
globalement
inchangées

Alma Ata (2)

- Définition

"Les soins de santé primaires sont des soins *essentiels*, fondés sur des *méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables*,

rendus *universellement accessibles* à tous les *individus* et à toutes les *familles* de la *communauté* avec leur *pleine participation*

et à un *coût* que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un *esprit d'auto-responsabilité et d'auto-détermination*.

..."
...

Alma Ata (3)

- Définition (suite)

"... Ils font *partie intégrante* tant du *système de santé national* dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du *développement économique et social* d'ensemble de la communauté.

Ils sont le *premier niveau de contact* des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le *premier élément d'un processus* ininterrompu de protection sanitaire"

Alma Ata (3bis)

- En résumé :

Les soins de santé primaires sont des soins essentiels auxquels toutes les personnes et toutes les familles d'une collectivité peuvent avoir accès sans distinction, d'une façon qui leur convient, avec leur pleine participation et à des coûts abordables pour la collectivité et le pays.

OMS

**Rapport sur la santé
dans le monde 2008**

Rapport sur la santé dans le monde 2008

Les soins de santé primaires



**Maintenant
plus
que
jamais**



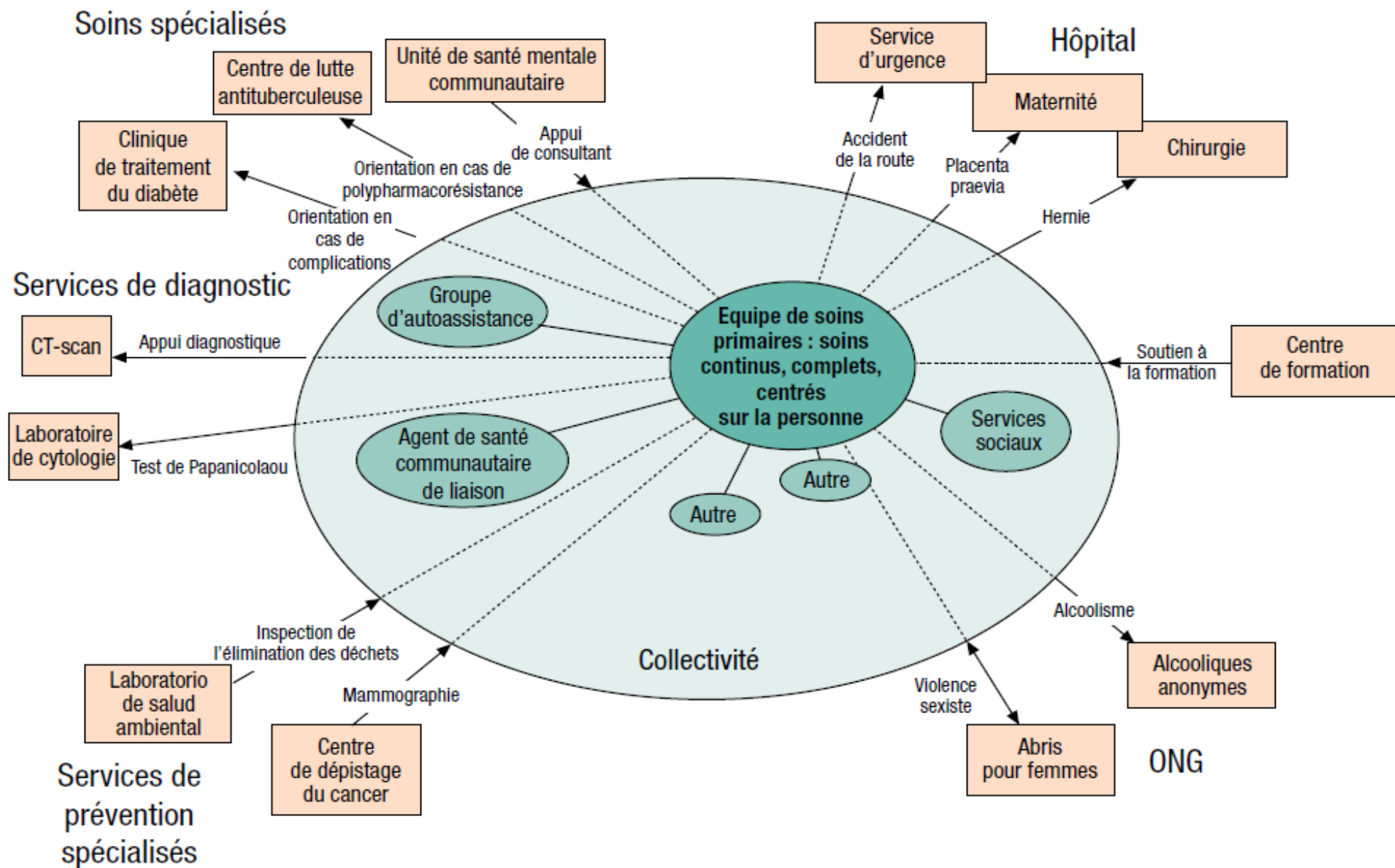
**Organisation
mondiale de la Santé**

SSP : Alma Ata (7)

Tableau 1 Comment l'expérience a fait évoluer le mouvement des SSP

TENTATIVES INITIALES DE MISE EN OEUVRE DES SSP	PRÉOCCUPATIONS ACTUELLES DES RÉFORMES DES SSP
Assurer aux ruraux de condition modeste un accès élargi à un ensemble d'interventions sanitaires et de médicaments essentiels	Transformation et réglementation des systèmes de santé existants, afin d'assurer l'accès universel aux soins et à la sécurité sociale
Accent mis sur la santé de la mère et de l'enfant	Prise en charge de la santé de chacun au sein de la collectivité
Polarisation sur un petit nombre de maladies choisies, surtout infectieuses et aiguës	Réponse d'ensemble aux attentes et aux besoins de la population, couvrant toute la gamme des risques et des maladies
Amélioration de l'hygiène, de l'eau, de l'assainissement et de l'éducation sanitaire au niveau du village	Promotion de modes de vie plus sains et atténuation des effets sanitaires des risques sociaux et environnementaux
Technologie simple destinée à des agents de santé communautaire non professionnels volontaires	Equipes d'agents de santé facilitant l'accès à la technologie et aux médicaments ainsi que leur utilisation appropriée
Participation sous forme de mobilisation des ressources locales et gestion des centres de santé par des comités sanitaires locaux	Participation institutionnalisée de la société civile au dialogue politique et aux mécanismes de responsabilisation
Services financés et dispensés par les gouvernements avec une gestion verticale centralisée	Systèmes de santé pluralistes opérant dans un contexte mondialisé
Gestion de la pénurie croissante et de la diminution des effectifs	Orientation de la croissance des ressources pour la santé vers la couverture universelle
Aide et assistance technique bilatérales	Solidarité mondiale et apprentissage en commun
Soins primaires par opposition à l'hôpital	Soins primaires pour coordonner une action globale à tous les niveaux
Les SSP sont peu coûteux et n'exigent qu'un investissement modeste	Les SSP ne sont pas bon marché : ils exigent un investissement considérable mais ils sont plus rentables que les autres options

Réformes de la prestation des services: un glissement vers les soins primaires





Vietnam



South Africa



Iraq



RDC



Barcelona / Spain



Para La Gente Clinic - Main Clinic 204 East Beach Street, Watsonville

California, USA



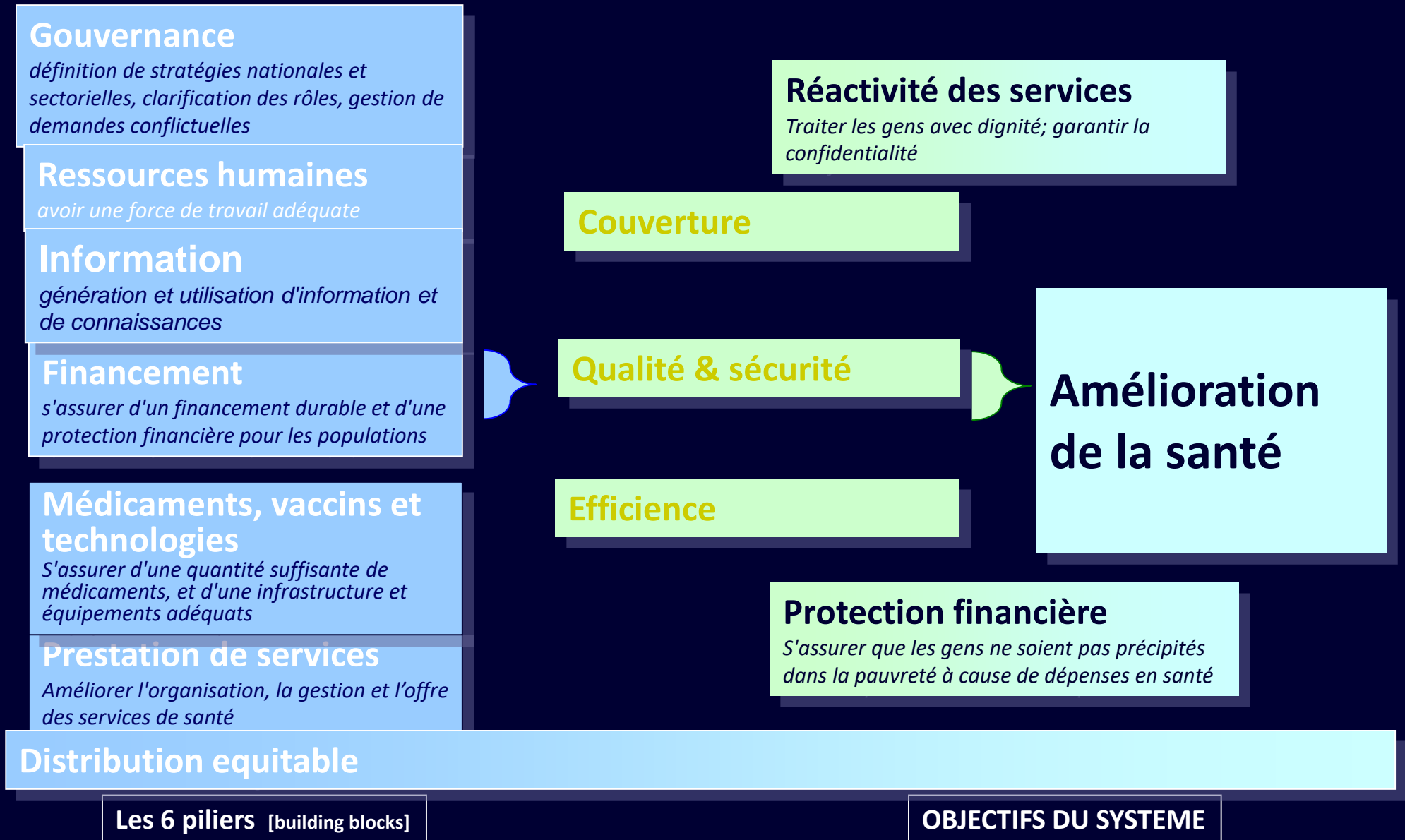
Ontario, Canada



LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES SONT MIS EN OEUVRE A TRAVERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ SOLIDES ET RÉSILIENTS



Les systèmes de santé selon l'OMS : 6 piliers



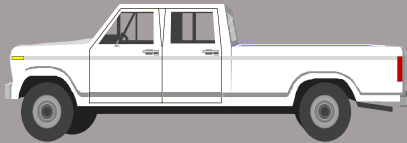
A quoi correspondent ces piliers ?

1. De bons *services de santé* sont ceux qui permettent d'offrir des soins et interventions sanitaires efficaces, de qualité et en toute sécurité à ceux qui en ont besoin, à tout moment et où qu'ils soient avec une consommation de ressources minimale.
2. Une *capacité humaine* performante dans le domaine de la santé travaille en réponse aux attentes, de manière équitable et efficiente pour atteindre les meilleurs objectifs en fonction des ressources et des circonstances.
3. Un *SIS* qui fonctionne bien assure la production, l'analyse, la dissémination et l'utilisation d'informations fiables et opportunes sur les déterminants de la santé, la performance du système de santé et le statut sanitaire des populations.
4. Un bon système de santé assure un accès équitable aux *médicaments et produits médicaux essentiels* ainsi qu'aux vaccins et autres technologies qui sont de bonne qualité, sans danger et disponibles à un coût modéré.
5. Un bon *système de financement* permet d'obtenir des fonds en suffisance pour assurer l'accessibilité de la population aux soins et services tout en le protégeant contre les dépenses catastrophiques pour les obtenir.
6. Le *leadership et la gouvernance* impliquent de disposer des cadres et politiques stratégiques, combinés avec une vision globale et une collaboration des parties prenantes, une régulation efficace, une redevabilité et une motivation suffisantes.

District de santé (1)

- Afin de mettre en place les SSP, système de santé à plusieurs échelons (modèle anglo-saxon Dawson – Carré de White)
- Définition :
« entité qui dessert une population définie vivant dans une zone géographique délimitée. Elle englobe toutes les activités de soins de santé pertinentes, et toutes les structures publiques ou non qui contribuent à la santé au sein de la communauté »
- Lusaka & Harare
- Système intégré et parcimonieux
- Pour 200 à 300 000 personnes

district
management
team

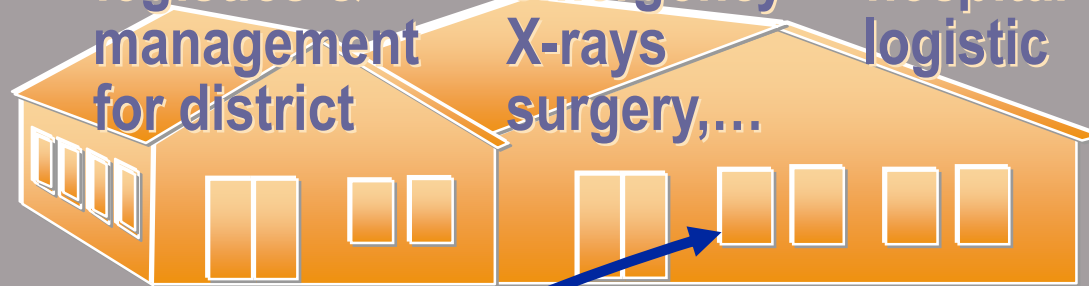


Management committee

logistics &
management
for district

emergency
X-rays
surgery,...

hospital
logistic



district
hospital

HC1	HC2	HC3	drugs know how manpower finances
-----	-----	-----	-------------------------------------------

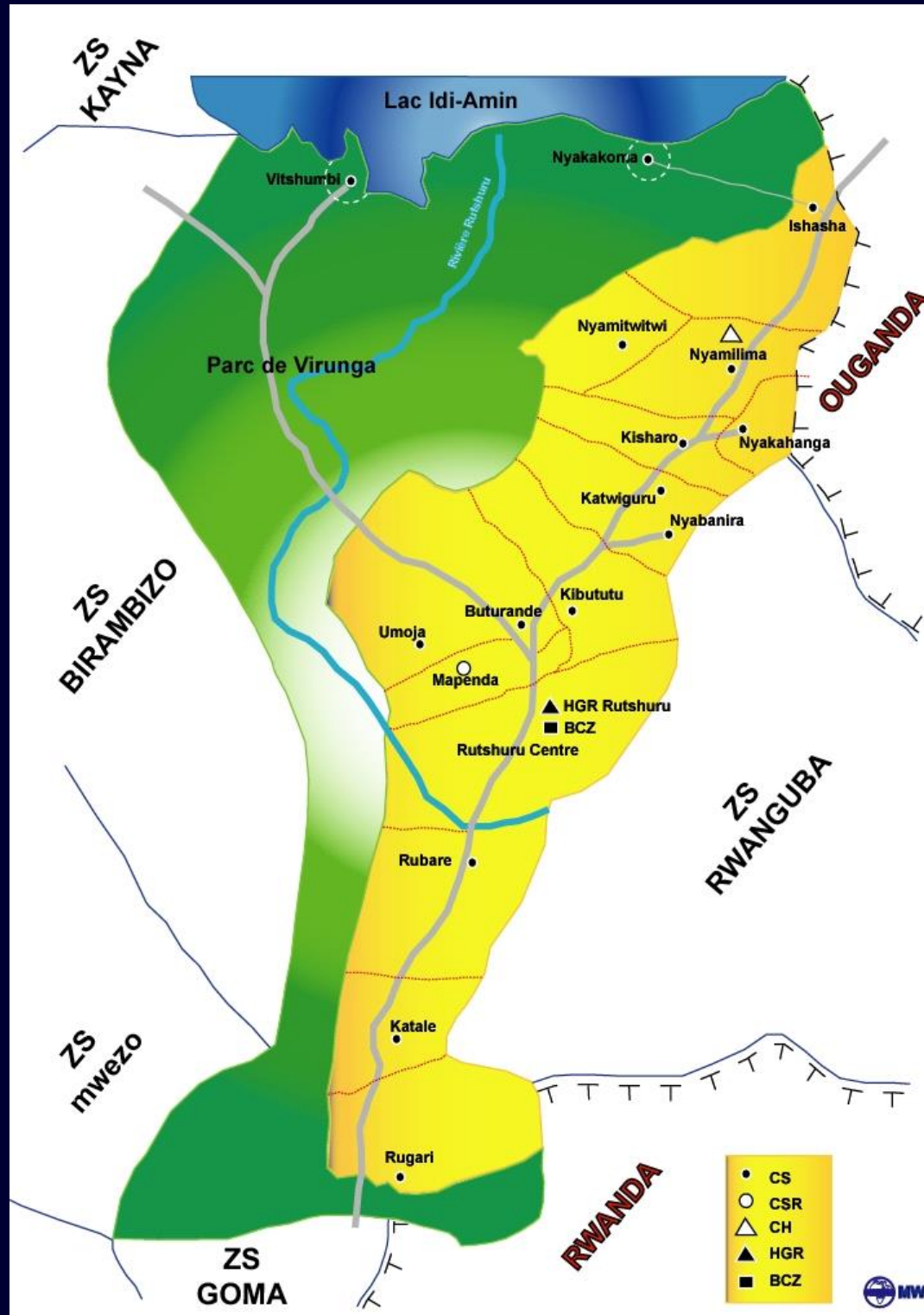
logistic of
health
centers

			health promotion participation family planning nutritional rehabilitation care for chronic patients under 5 antenatal care curative care
			

operational
activities of
the health
centers

**Geog.
limits
of the
district**







MEDICO-CHIRURGICAL















GENTA

AMPI

NEGR

CAF 1G



DAPHA
3000L

KHOA CẤP CỨU

PHẪU THUẬT

-PHẪU THUẬT NHANH GON CÁC BỆNH LÝ NGOÀI KHOA VÙNG BỤNG
-CẮT U NANG BƯỚNG TRUNG, THAI NGOÀI TỬ CUNG...
-VẾT MỒ NHỎ SEO LIÊN NHANH HẬU PHẪU TỐT

CẤP CỨU NỘI KHOA

CẤP CỨU CHÂN THÂN

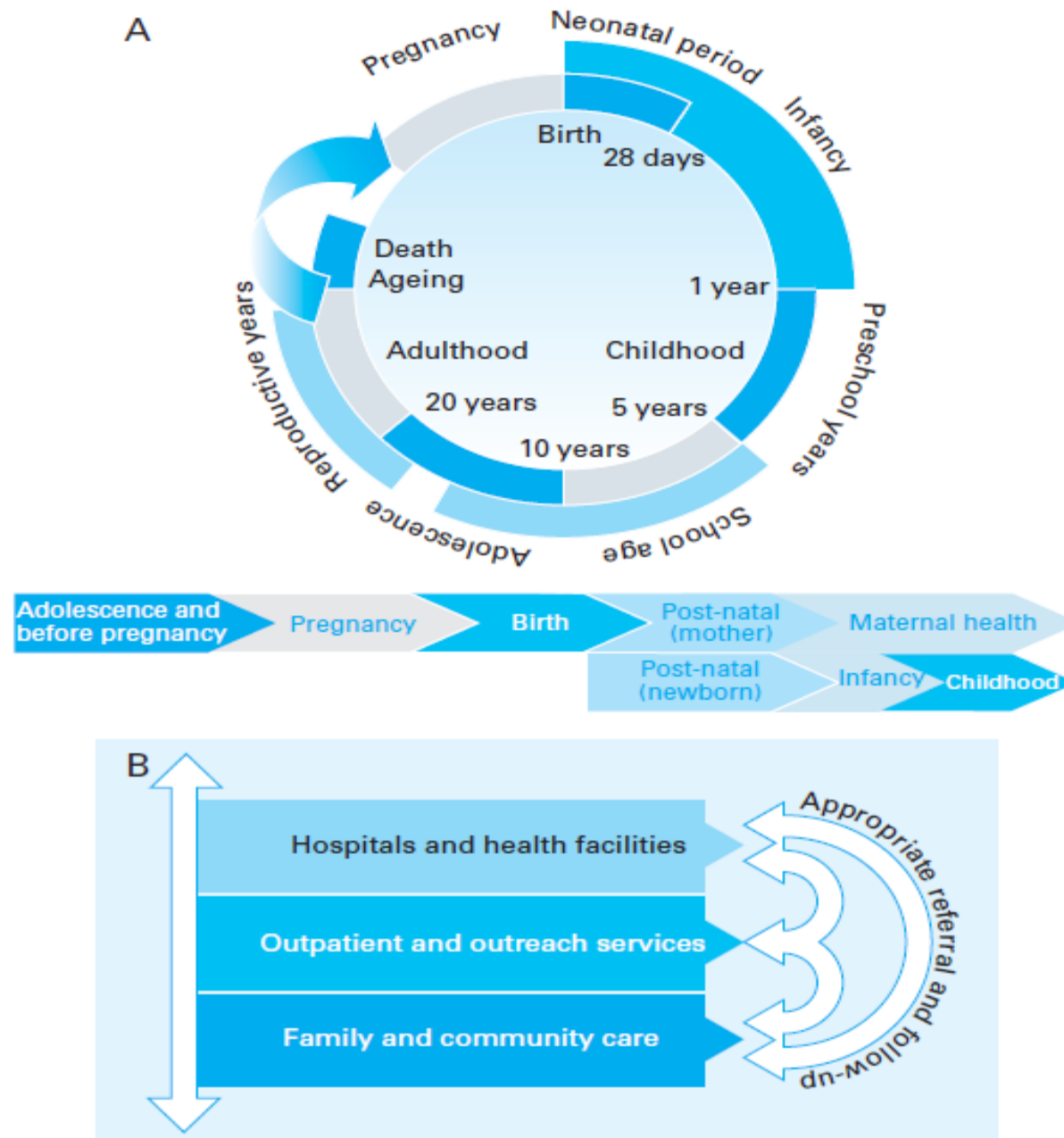
KHÁM
TÁ
KHOA



Figure 2.1

The continuum of care

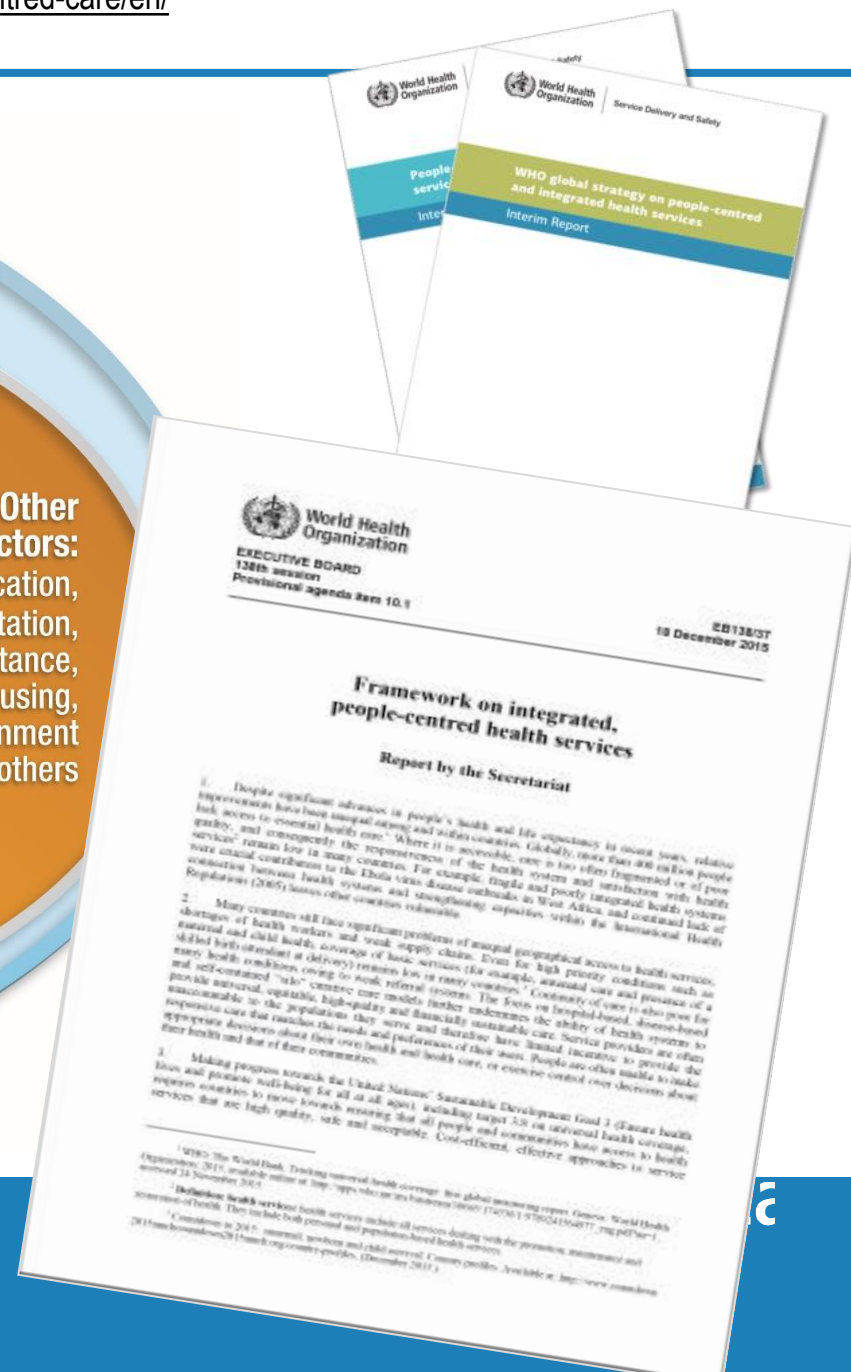
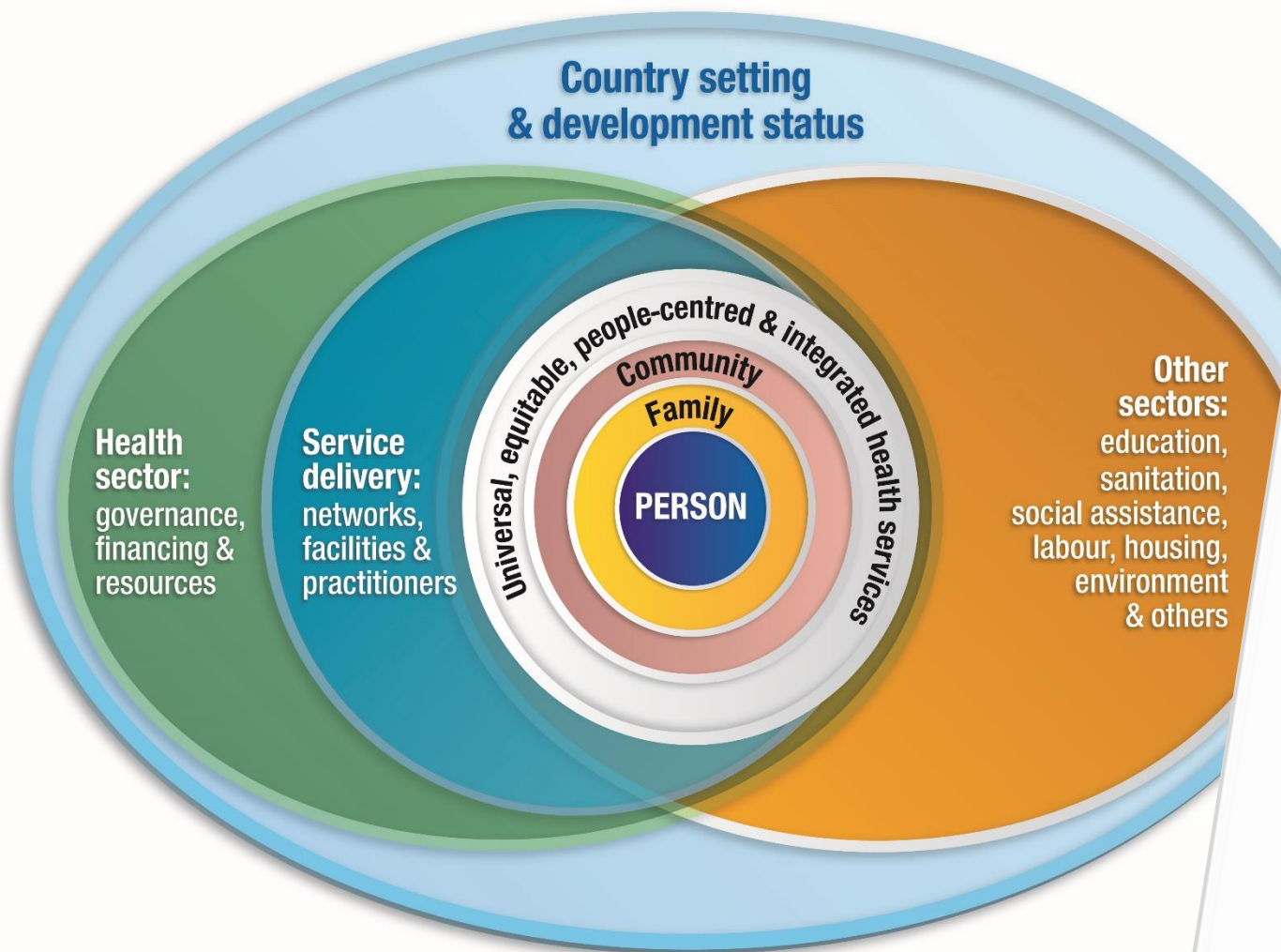
Connecting care during the lifecycle (A) and at places of caregiving (B). Adapted from Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, with permission.



Source: Kevbes, Kate J., et. al., 'Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan to service delivery', *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 13 October 2007, p.1360.

Integrated People Centered Services-framework

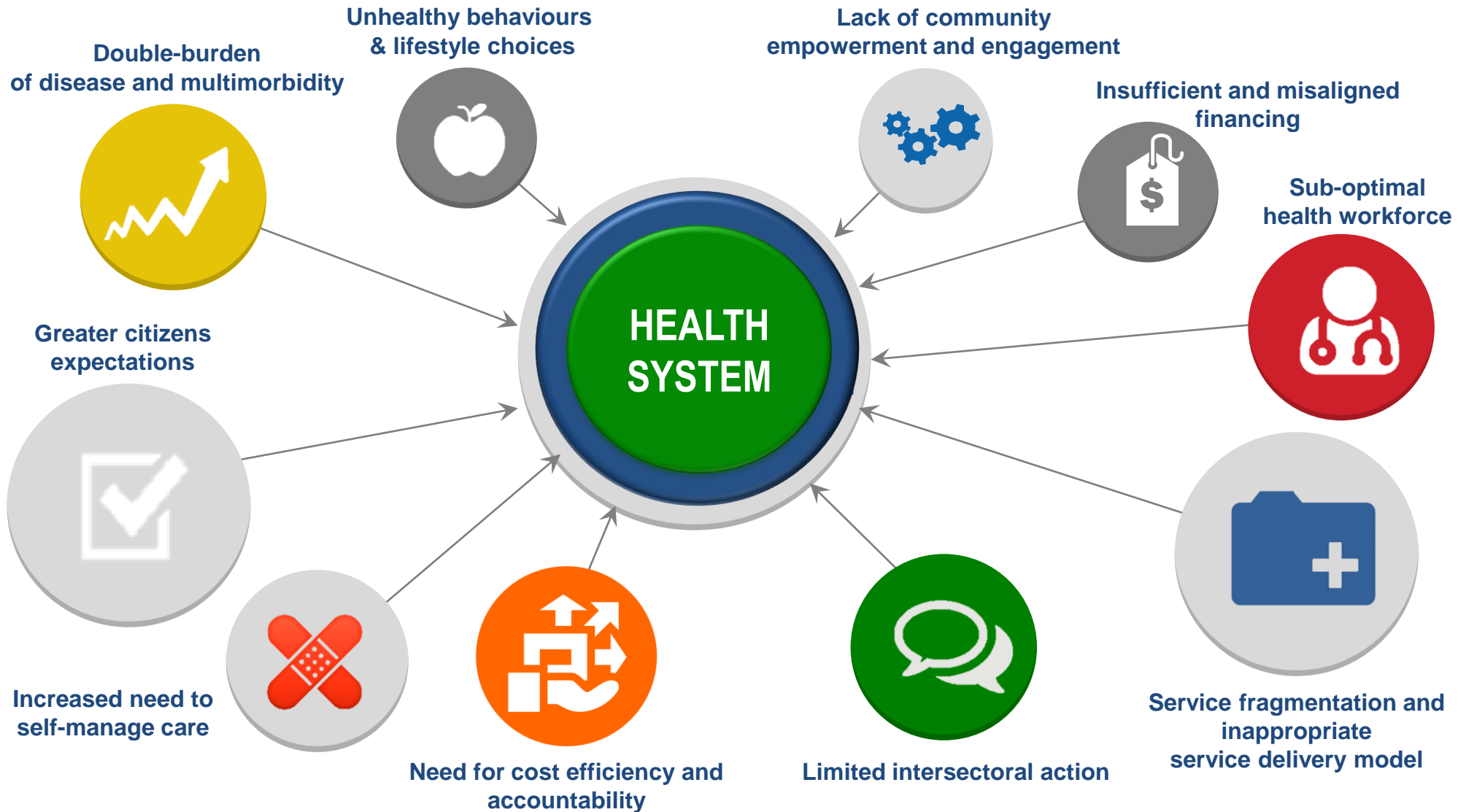
For more information on Strategy visit <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en/>



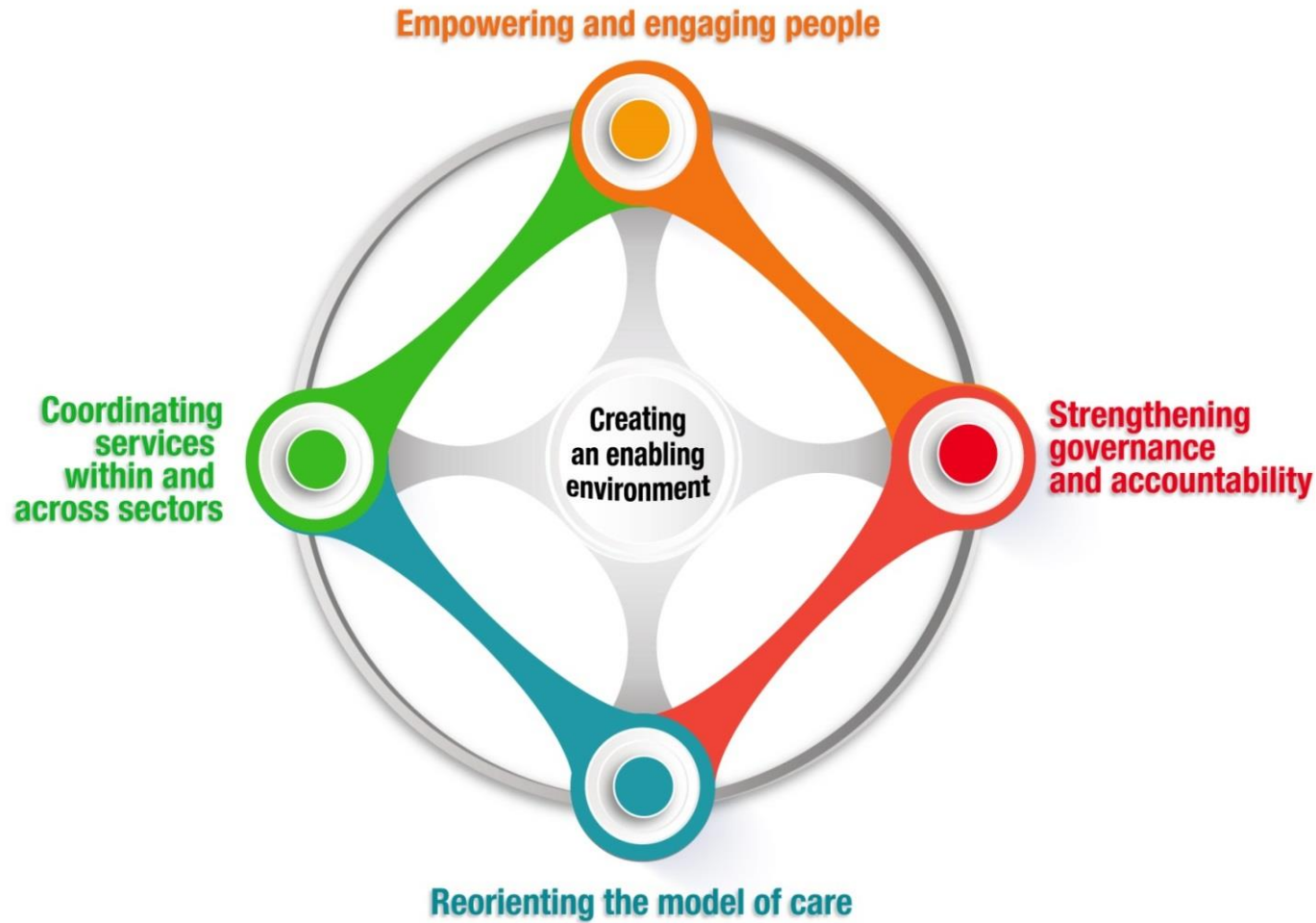
Health system challenges

EMERGING DEMANDS

SYSTEM CONSTRAINTS



The way forward : five strategic directions



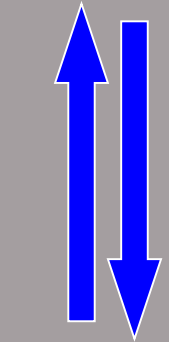
Les niveaux opérationnels

- Niveau périphérique = assure de façon permanente une prestation permettant une prise en charge des problèmes de santé au plus près des bénéficiaires (PMA)
- Niveau de référence = hôpital général : pour des raisons de gravité, économiques ou techniques les problèmes sont traités là où les moyens spécialisés sont concentrés
 - > zone de responsabilité :
 - grande pour avoir 2 échelons
 - petite pour tenir compte des particularités
 - pour permettre planification participative
 - pour assurer une gestion personnalisée
 - > complémentarité, communication, coordination
- Niveaux régional et national

Niveau central
du MSP

Institutions de recherche

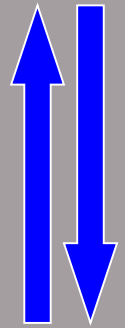
3ème Niveau
Niveau national



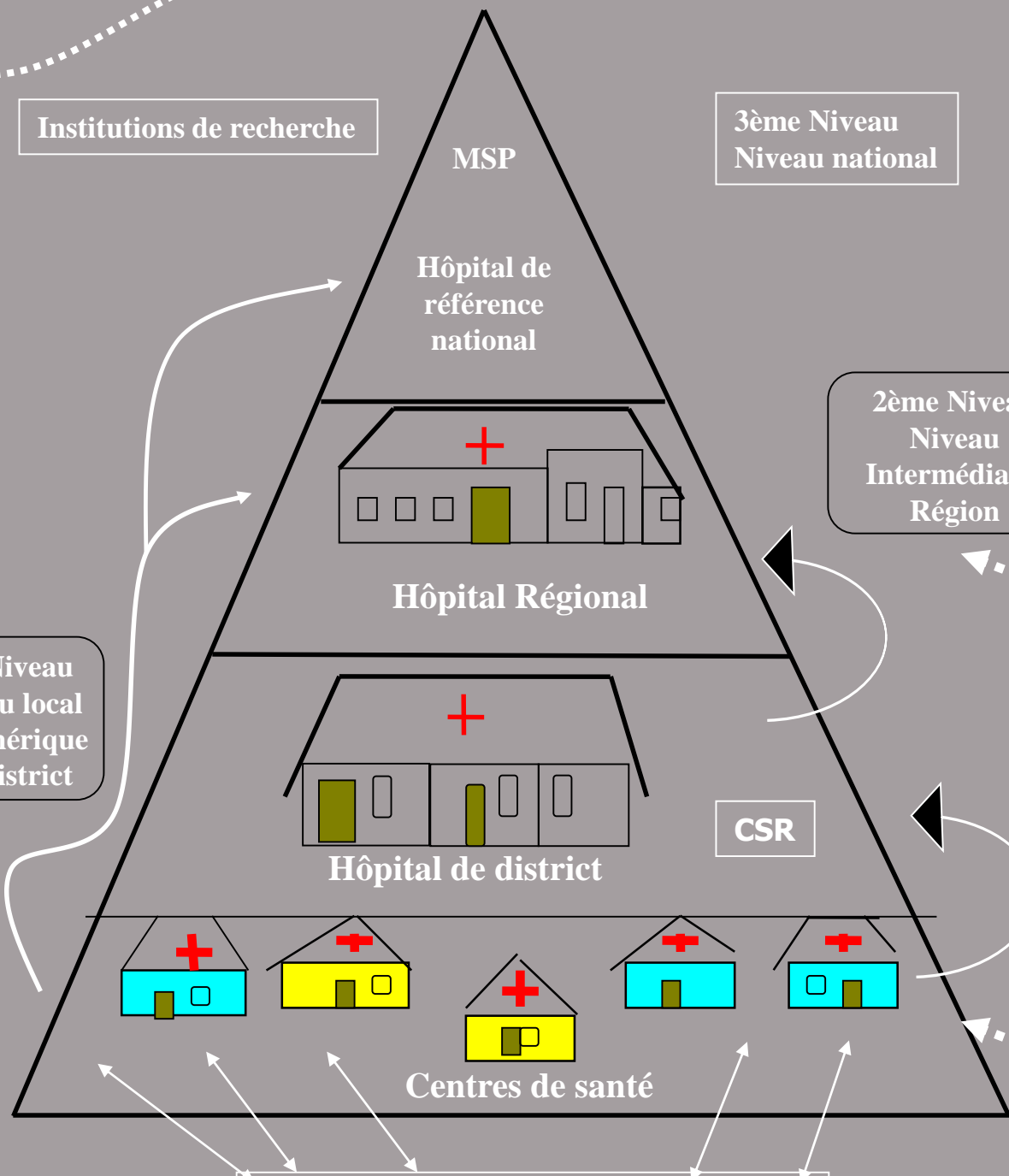
Inspect°
régionale
santé

1er Niveau
Niveau local
Périphérique
Le District

2ème Niveau
Niveau
Intermédiaire
Région



Equipe cadre
du DS



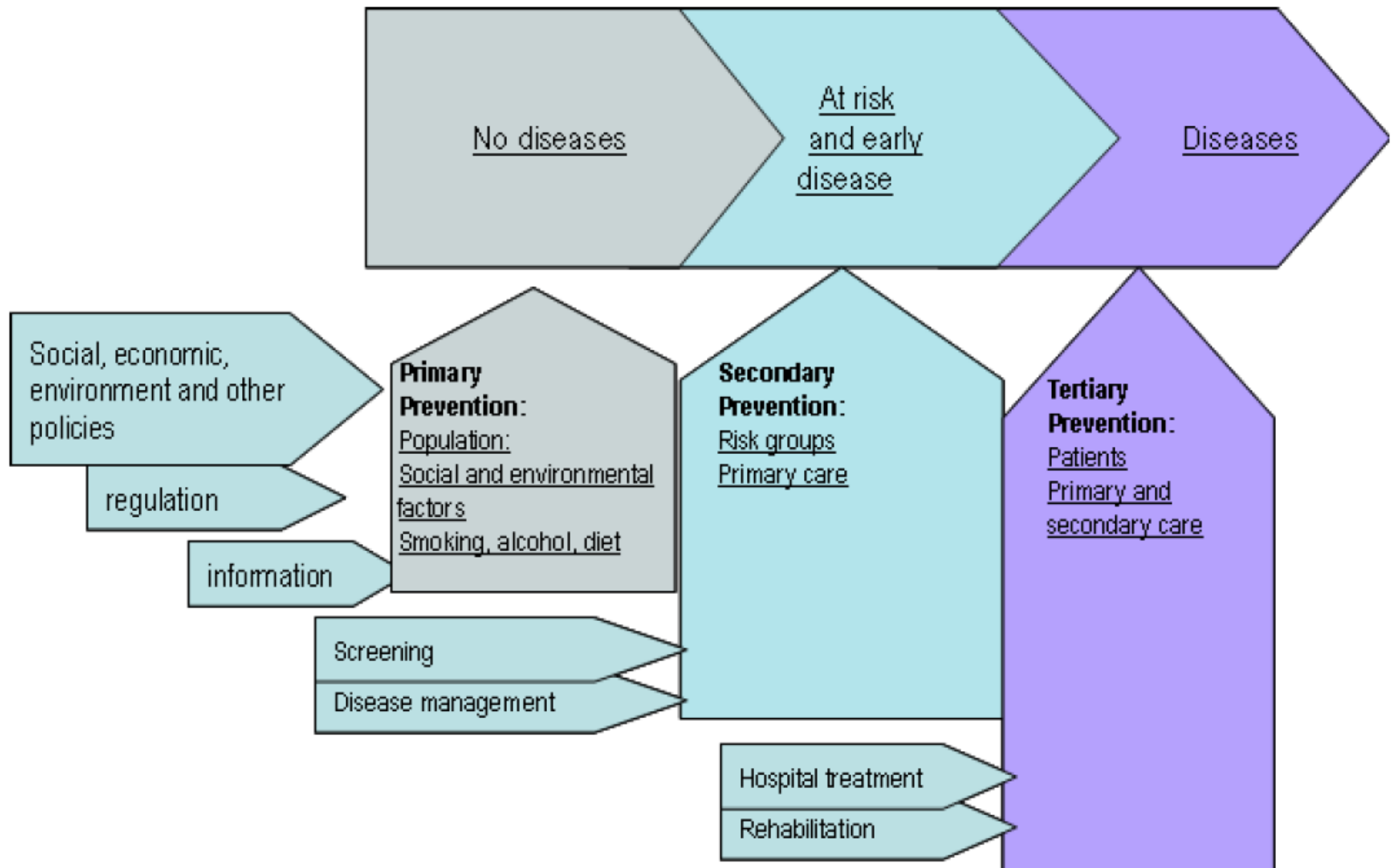
Programmes
verticaux

Programmes
verticaux

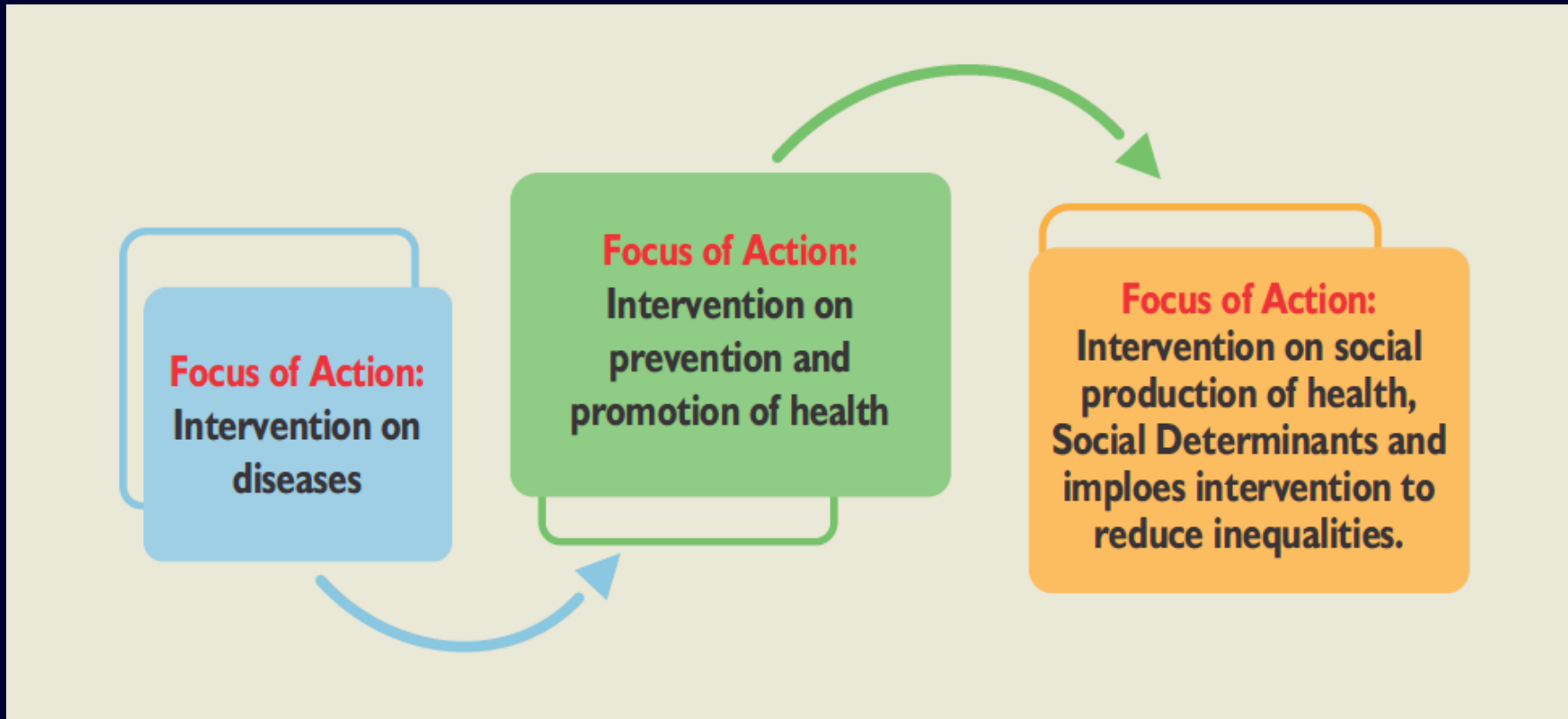
Agents de santé villageois/communautaires

Thérapeutes traditionnels

Figure 3 – Innovative approaches for chronic diseases in Public Health and Health Care systems²⁹

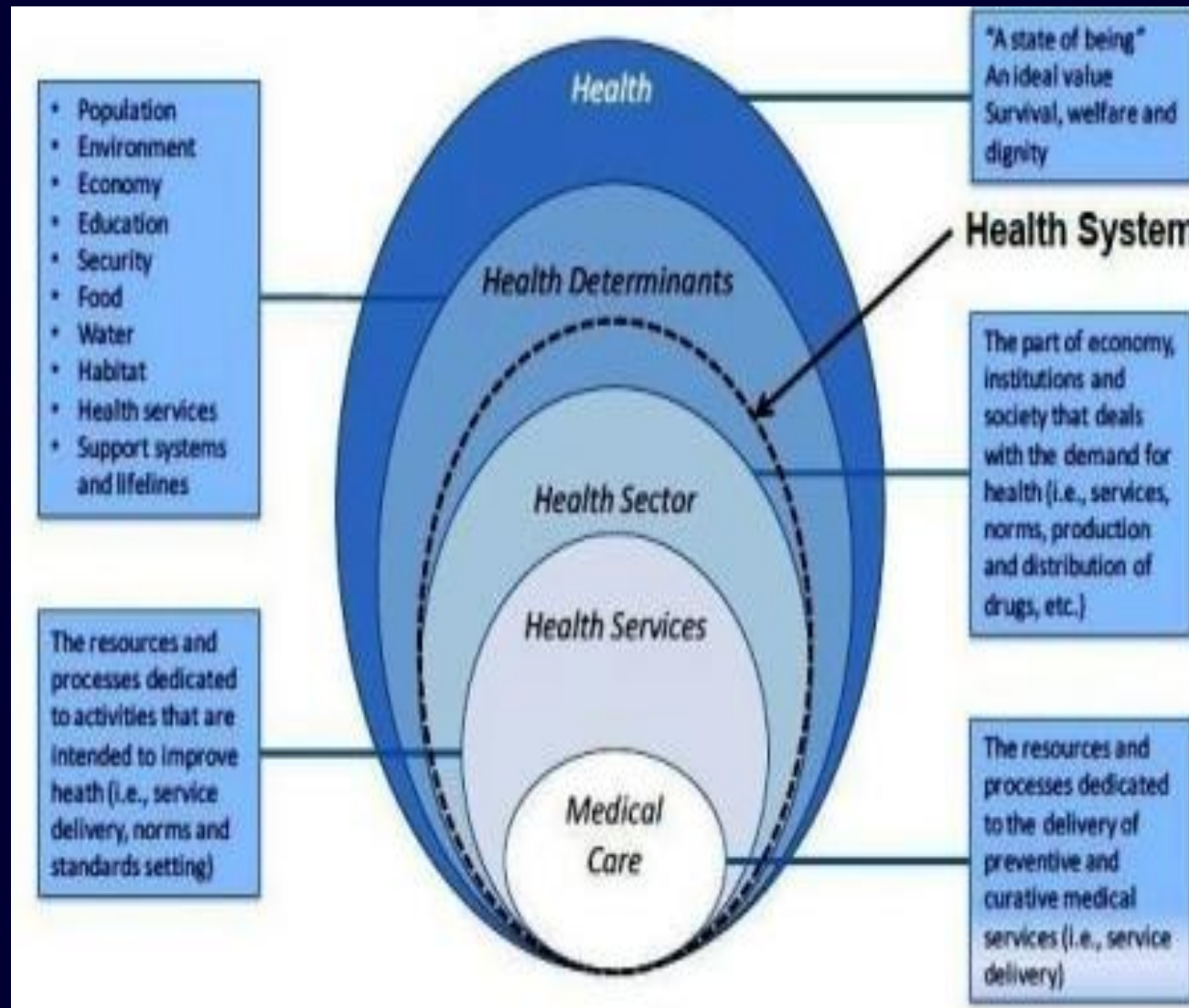


De la maladie à la santé et ses déterminants: une approche globale



Que recouvre la santé publique ?

... et les systèmes de santé?



Programmes verticaux

- Prise en charge de problèmes de santé particulier (lèpre, trypanosomiase humaine africaine)
- Retour en force dans le cadre d'initiatives internationales : Global Alliance for Vaccine and Immunization [GAVI], Global Fund against Aids Tuberculosis and Malaria [GF ATM], Roll Back Malaria, Stop TB, Pefpar,...
- ...

Tableau 1

Avantages et inconvénients respectifs des programmes verticaux et des soins de santé intégrés

Programmes verticaux	Soins de santé intégrés
<p>Avantages</p> <p>Permettent de fixer des objectifs et buts clairs, de nature à motiver le personnel du programme.</p> <p>La planification opérationnelle des activités peut aboutir à une meilleure efficacité et rentabilité du service.</p> <p>Permettent de fournir aux exécutants des incitations de nature à améliorer la qualité des soins.</p> <p>Le nombre plus restreint d'issues et de résultats à suivre peut faciliter l'identification et la résolution des problèmes.</p>	<p>Avantages</p> <p>Permettent d'assurer toute une gamme de services, choisis en fonction de la politique de santé nationale et des besoins locaux.</p> <p>Combinent les contributions de différentes composantes du système de santé et, partant, reflètent une conception pluridimensionnelle de la santé.</p> <p>Permettent la prise en charge d'activités nouvelles face à une situation d'urgence.</p> <p>Permettent d'utiliser les ressources, par exemple les ressources humaines, à des fins multiples et d'obtenir une «production» supérieure à apport égal de «facteurs de production».</p>
<p>Inconvénients</p> <p>Peuvent conduire à concentrer les ressources sur un ensemble limité de problèmes, au détriment de la mise en place de systèmes de santé complets.</p> <p>Impliquent une dépendance financière étroite vis-à-vis des donateurs, d'où des problèmes de viabilité à terme et de vulnérabilité aux changements de politique de la part des donateurs.</p> <p>Impliquent la présence, à côté des services de santé généraux, d'une structure monovalente dont le budget est contrôlé et dont les objectifs sont fixés à un niveau supérieur et non par les autorités sanitaires locales.</p> <p>Risquent d'entraîner une surcharge pour les services de santé de base qui se voient confier, en dehors de toute coordination, de multiples tâches, programmes de formation et systèmes de comptes rendus qui sont généralement déterminés par le niveau central du système de santé.</p> <p>Risquent de ne pas mobiliser durablement les instances politiques locales et les communautés du fait de la nature des interventions, qui sont imposées par le sommet.</p> <p>La rentabilité peut s'affaiblir avec le temps.</p>	<p>Permettent d'adapter la planification et la gestion des services de santé de l'endroit aux circonstances locales, moyennant un engagement politique, intersectoriel et communautaire satisfaisant.</p> <p>En répondant plus facilement aux besoins des usagers, ils permettent des gains de temps, un service personnalisé et la continuité des soins, tous aspects qui contribuent à la satisfaction et à la commodité des usagers.</p> <p>Permettent une approche plus globale de la santé, axée sur les besoins des individus et des communautés en la matière.</p> <p>Inconvénients</p> <p>Comportent le risque que les priorités ne soient pas fixées comme il faudrait.</p> <p>Ne répondent pas toujours à la conception programmatique comportant une définition claire des objectifs, des buts, de la planification opérationnelle et de la surveillance par issues/résultats.</p> <p>Risquent, dans des domaines de soins essentiels, de ne pas donner les mêmes résultats ni d'avoir le même impact que des programmes monovalents.</p> <p>Peuvent provoquer, chez le personnel des services de santé, un sentiment d'incertitude et d'insatisfaction si on néglige de lui fournir des explications de nature à calmer ses craintes.</p>

Emergency and disaster risk management

ANNEX 1. WHO CLASSIFICATION OF HAZARDS

risk management

GENERIC GROUPS ¹	1. NATURAL						2. HUMAN-INDUCED ^{2,3}	3. ENVIRONMENTAL	
GROUPS	1.2 HYDRO-METEOROLOGICAL						2.1 TECHNOLOGICAL	2.2 SOCIETAL	3.1 ENVIRONMENTAL DEGRADATION ¹⁷
SUBGROUPS	1.1 GEOPHYSICAL ⁴	1.2.1 HYDROLOGICAL ⁴	1.2.2 METEOROLOGICAL ⁴	1.2.3 CLIMATOLOGICAL ⁴	1.3 BIOLOGICAL ⁵	1.4 EXTRATERRESTRIAL ⁴			
MAIN TYPES	Earthquake: - ground-shaking	Flood: - riverine flood - flash flood - coastal flood - ice jam flood	Storm: - extratropical storm - tropical cyclone [cyclonic wind, cyclonic rain, cyclone (storm) surge] - convective storm [tornado, wind, rain, winter storm, blizzard, derecho, lightning, thunderstorm, hail, sand/dust storm]	Drought Wild fire: - land fire [e.g. brush, bush, pasture] - forest fire Glacial lake outburst (flood)	Airborne diseases Waterborne diseases Vector-borne diseases Foodborne outbreaks ⁷ Insect infestation: ⁴ - grasshopper - locust Animal diseases Plant diseases Aeroallergens Antimicrobial resistant microorganisms Animal-human contact - venomous animals [snakes, spiders]	Impact: - airburst - meteorite Space weather: - energetic particles - geomagnetic storms - shockwave	Industrial hazards: ⁸ - chemical spill - gas leak - radiation [radiological, nuclear] Structural collapse: - building collapse ^{8,9} - dam/bridge failures Occupational hazards - mining Transportation: ^{8,11} - air, road, rail, water, space Explosions Fire ⁸ Air pollution: ⁹ - haze ¹⁰ Infrastructure disruption: - power outage ¹⁷ - water supply - solid waste, waste water - telecommunication Cybersecurity Hazardous materials in air, soil, water: ^{12,13} - biological, chemical, radiological Food contamination ⁷	Acts of violence Armed conflicts: ¹⁴ - international - non-international Civil unrest Stampede Terrorism: - chemical, biological, radiological, nuclear, and explosives ^{15,16} Financial crises: - hyper-inflation - currency crisis	Erosion Deforestation Salinization Sea level rise Desertification Wetland loss/degradation Glacier retreat/melting Sand encroachment
-SUBTYPES	Tsunami								
[SUB-SUBTYPES]	Mass movement (geophysical trigger): - landslide - rock fall - subsidence Liquefaction Volcanic activity: - ash fall - lahar - pyroclastic flow - lava flow	Mass movement (hydro-meteorological trigger): - landslide - avalanche (snow) - mudflow - debris flow Wave action: - rogue wave - seiche	Extreme temperature: - heatwave - coldwave - severe winter condition [e.g. snow/ice, frost/freeze, dzud] ⁵ Fog						

Health Emergency and Disaster Risk Management Framework

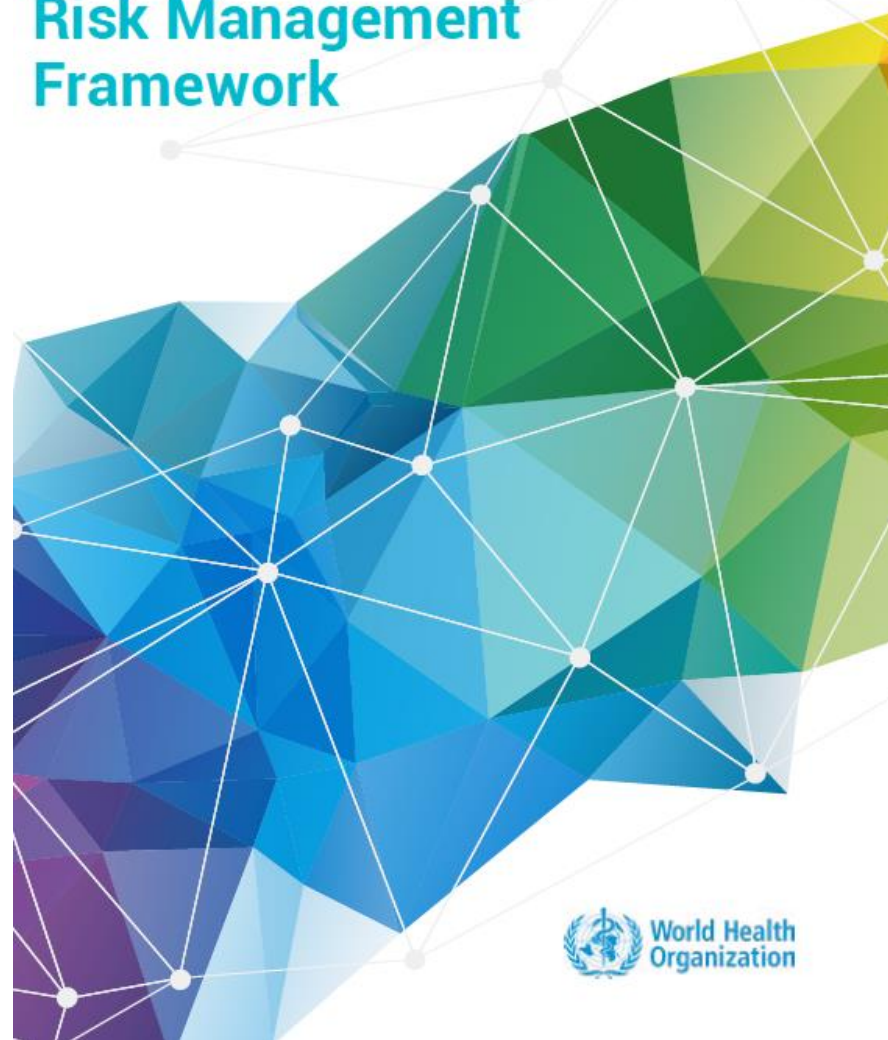


Table 1: Summary of change in approach through Health EDRM

FROM	▶	TO
Event-based	➔	Risk-based
Reactive	➔	Proactive
Single-hazard	➔	All-hazard
Hazard-focus	➔	Vulnerability and capacity focus
Single agency	➔	Whole-of-society
Separate responsibility	➔	Shared responsibility of health systems
Response-focus	➔	Risk management
Planning for communities	➔	Planning with communities

Explications des dysfonctionnements

1. Complexité du système sous une apparente simplicité -> réponses multiples -> orientations stratégiques / choix politiques
2. Persistance d'une mauvaise qualité des soins
3. Manque de ressources financières et humaines
4. Harmonisation « urgences » et « développement »
5. Compétition entre approche systémique et programmes verticaux

...des questions ?

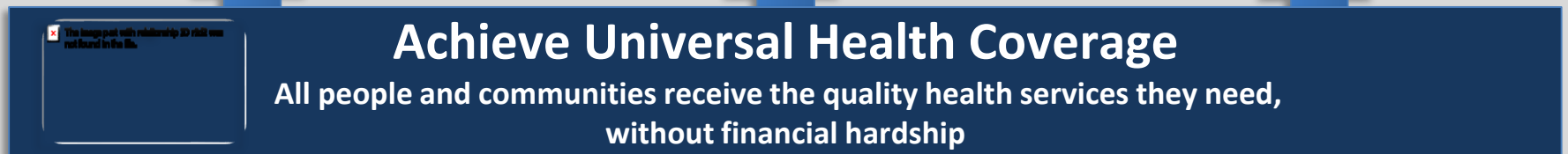


HSS->UHC->SDG

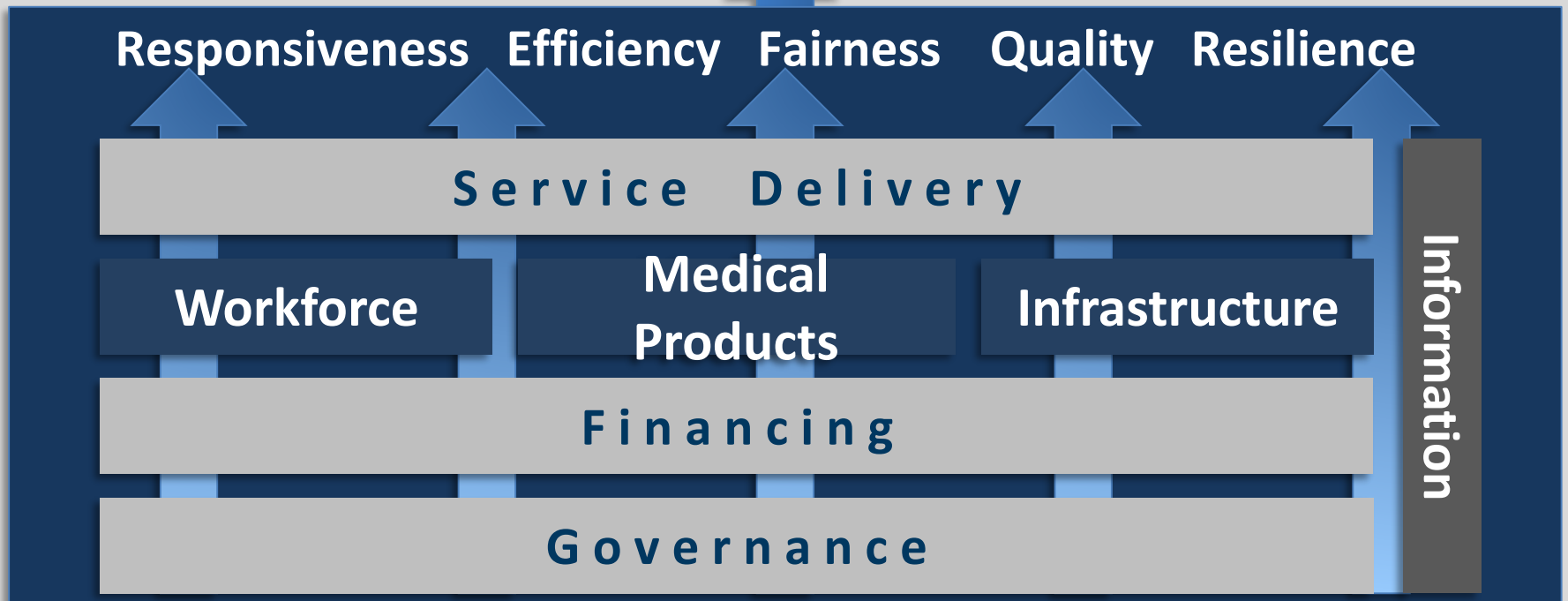
*SDGs
(Impact)*



*UHC
(Outcome)*

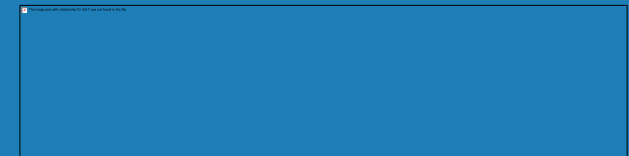


*Health System Strengthening
(Input/Output)*



QUELLES SOLUTIONS?

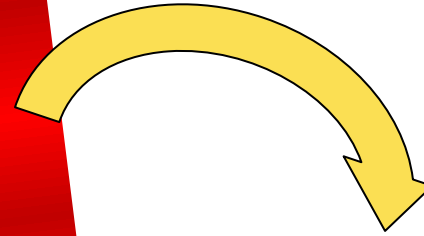
LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE



Vers la Couverture sanitaire universelle...

'Universal health coverage means that all people and communities can use the promotive, preventive, curative, rehabilitative and palliative health services they need, of sufficient quality to be effective, while also ensuring that the use of these services does not expose the user to financial hardship.'

Source: WHO, 2015



'Broadly defined, UHC means all people receiving the quality health services they need, without being exposed to financial hardship. UHC involves three coverage dimensions – health services, finance and population – and is a dynamic, continuous process that changes in response to shifting demographic, epidemiological and technological trends, as well as people's expectations.'

Source: WHO, 2017

Vers la Couverture sanitaire universelle...

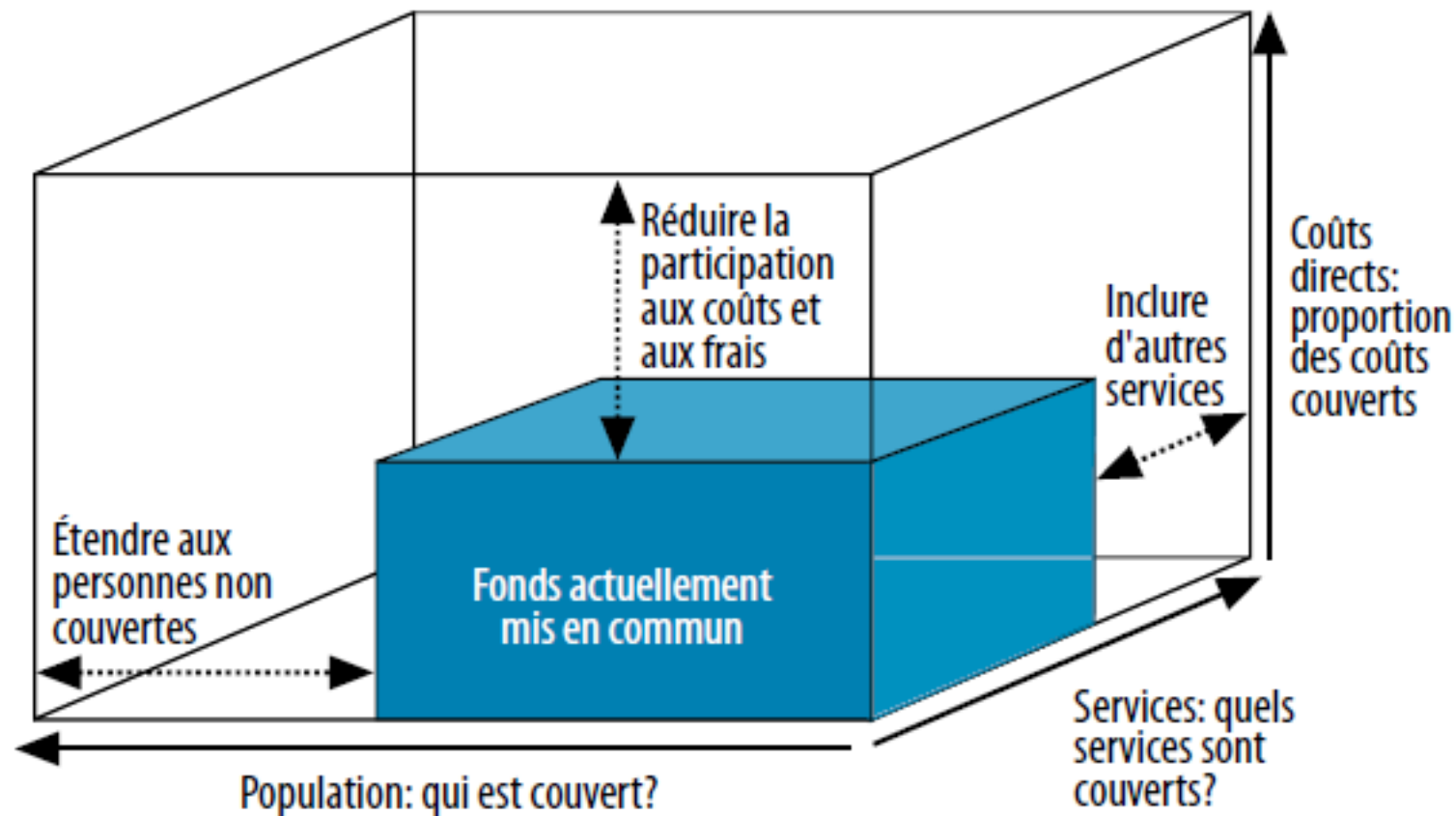
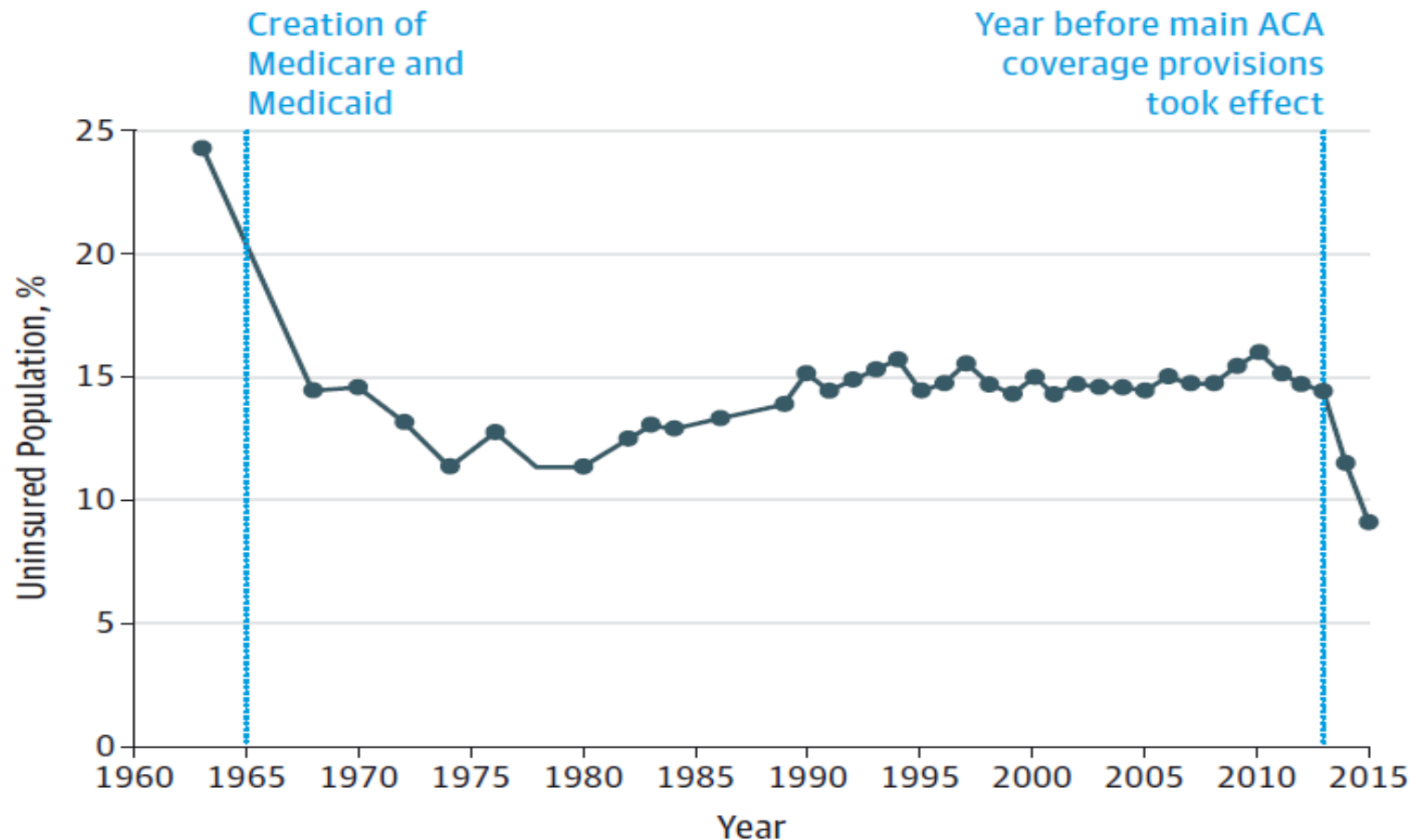


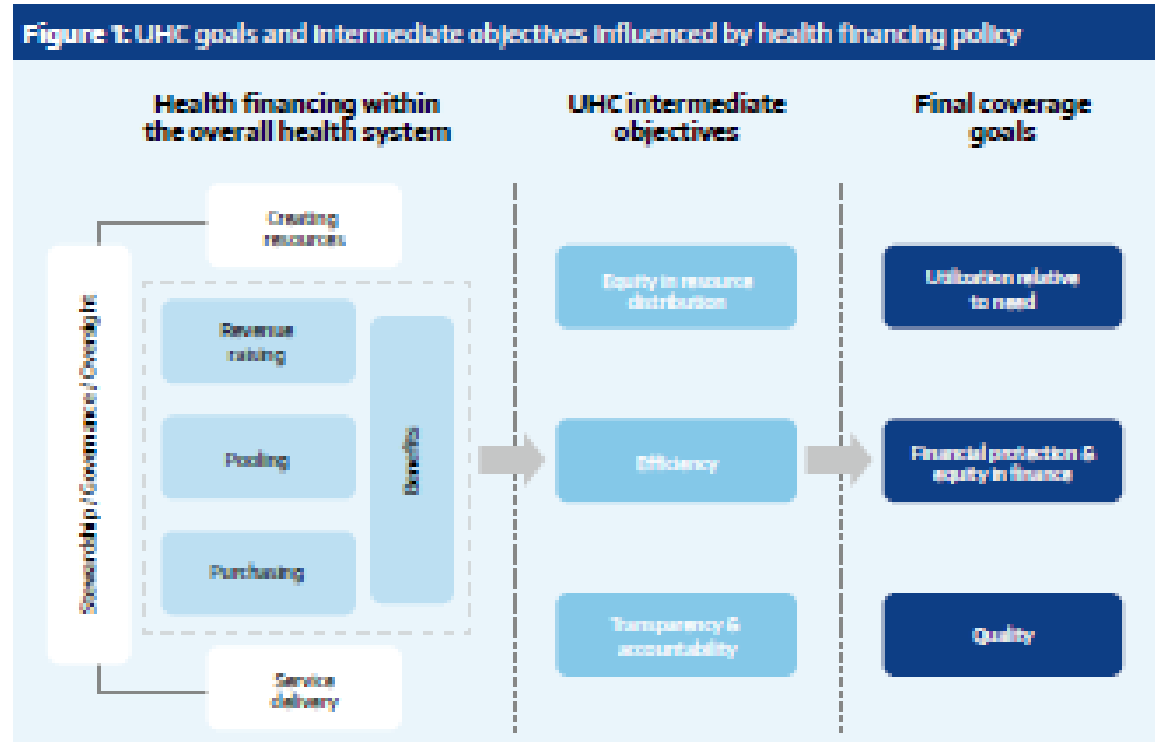
Figure 1. Percentage of Individuals in the United States Without Health Insurance, 1963-2015



Data are derived from the National Health Interview Survey and, for years prior to 1982, supplementary information from other survey sources and administrative records. The methods used to construct a comparable series spanning the entire period build on those in Cohen et al⁸ and Cohen⁹ and are described in detail in Council of Economic Advisers 2014.¹⁰ For years 1989 and later, data are annual. For prior years, data are generally but not always biannual. ACA indicates Affordable Care Act.

Source, Obama B, JAMA 2016

L'OMS soutient les pays...

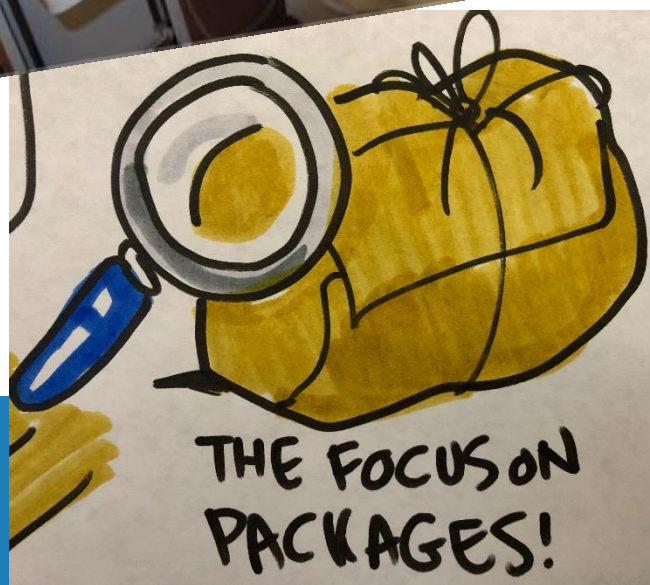
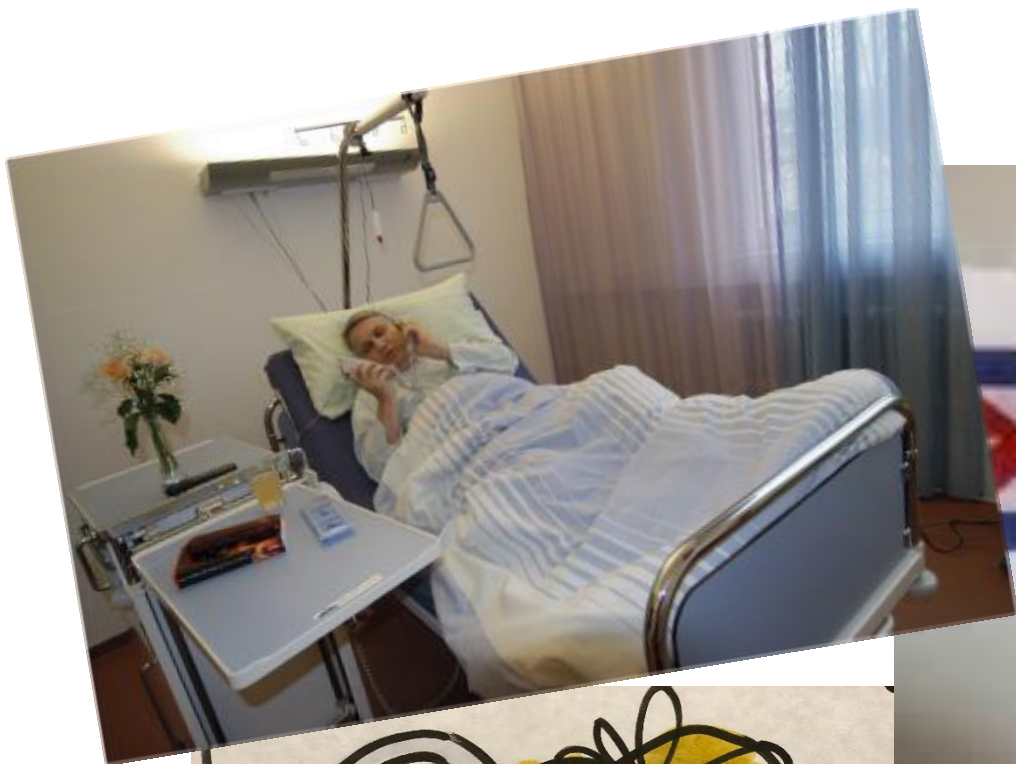


We rely more on domestic resources...

- Les dépenses totales pour la santé augmentent plus que le PIB
- La proportion des paiements directs (OOP) décroît
- Au niveau Mondial, 1% seulement des dépenses de la santé provient de l'aide extérieure



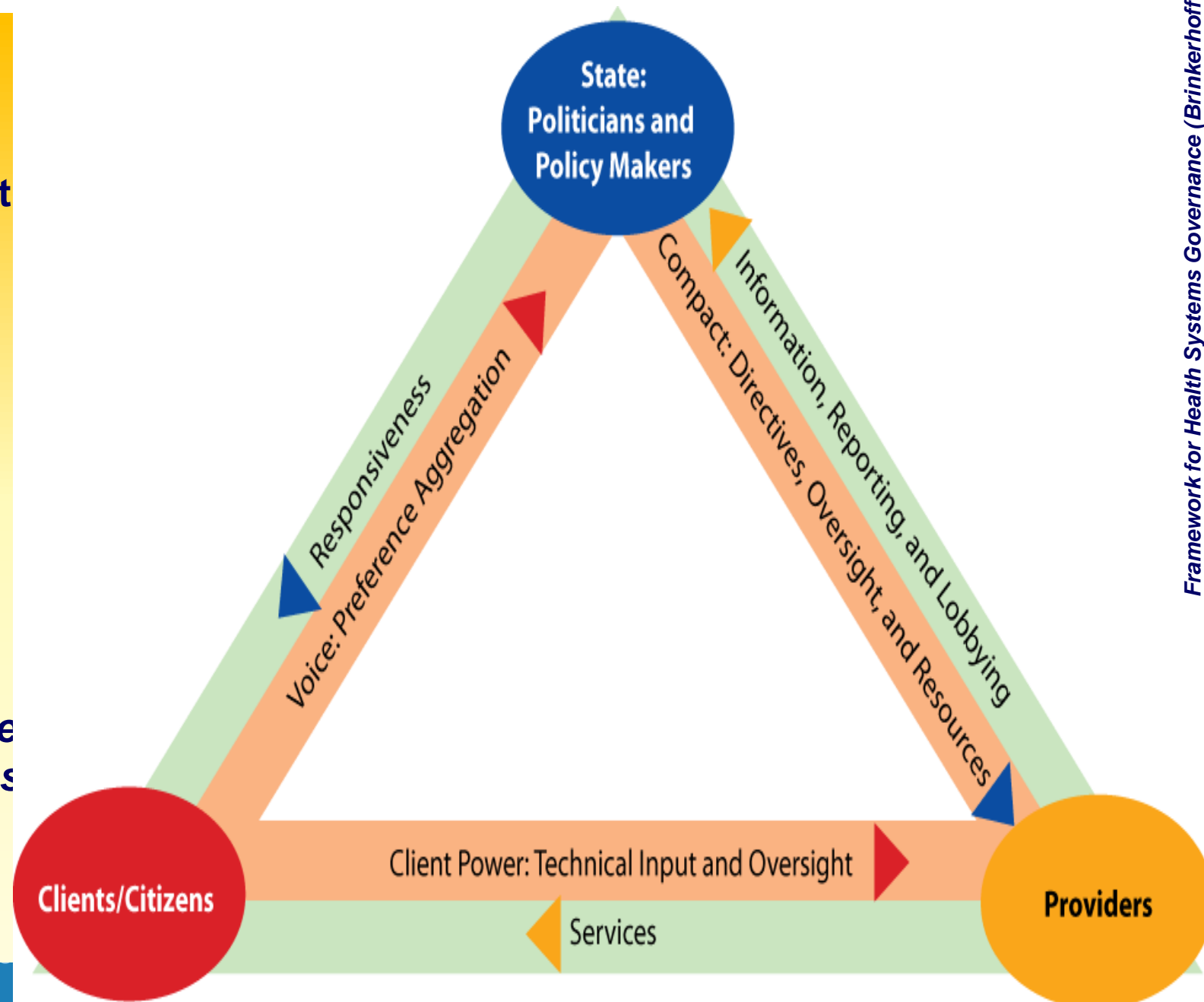
La gouvernance et la prestations des services également...



Gouvernance: un cadre de réflexion

La gouvernance est la manière dont s'établissent et fonctionnent les règles et mécanismes relatifs aux rôles et responsabilités entre les acteurs d'une société et qui façonnent les interactions entre eux.

Ces règles et mécanismes peuvent être formels, inscrits dans des institutions ou informels et reflétés dans des schémas de comportement.



Governance

Health System Actionable Governance

Mode

Actions

Design

Results

Strategizing

Participation & Voice

Intelligence

Agencies

Implementing

Laws & Regulations

State

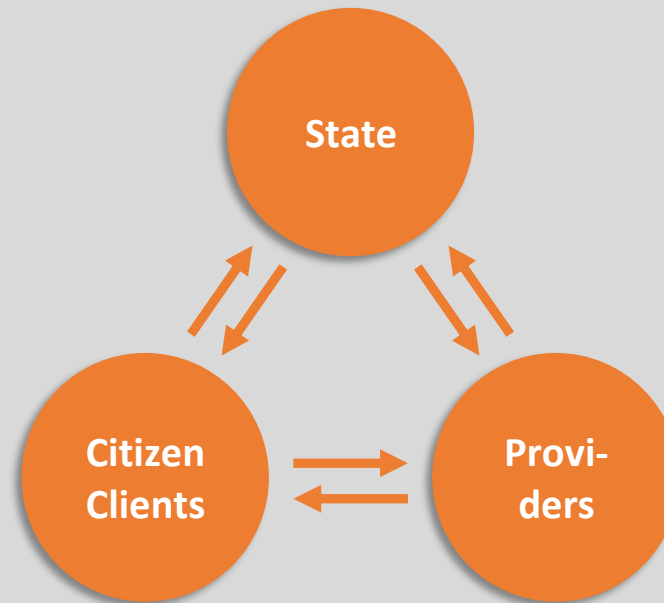
Citizen Clients

Providers

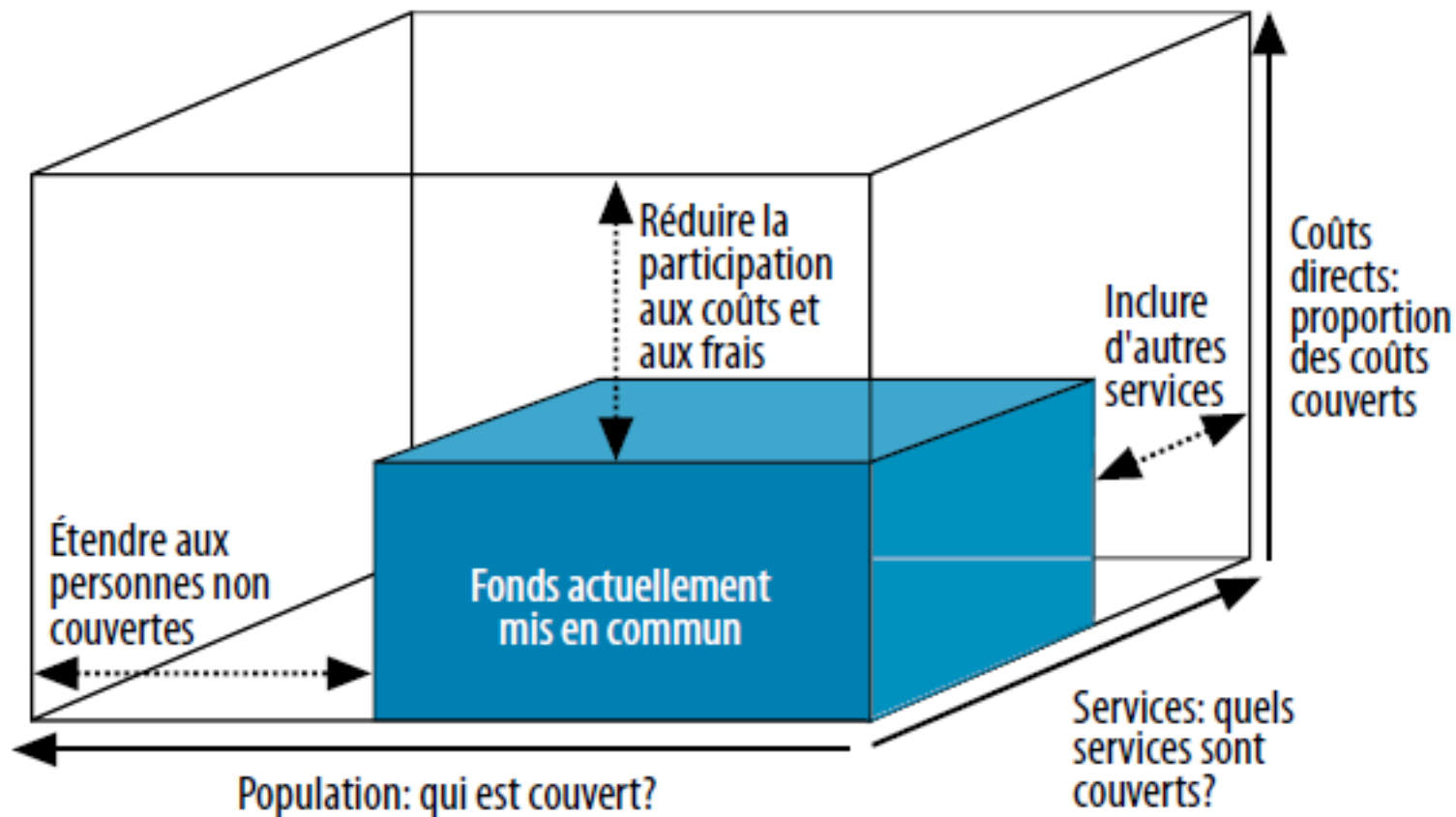
Empowerment

Accountability

Transparency



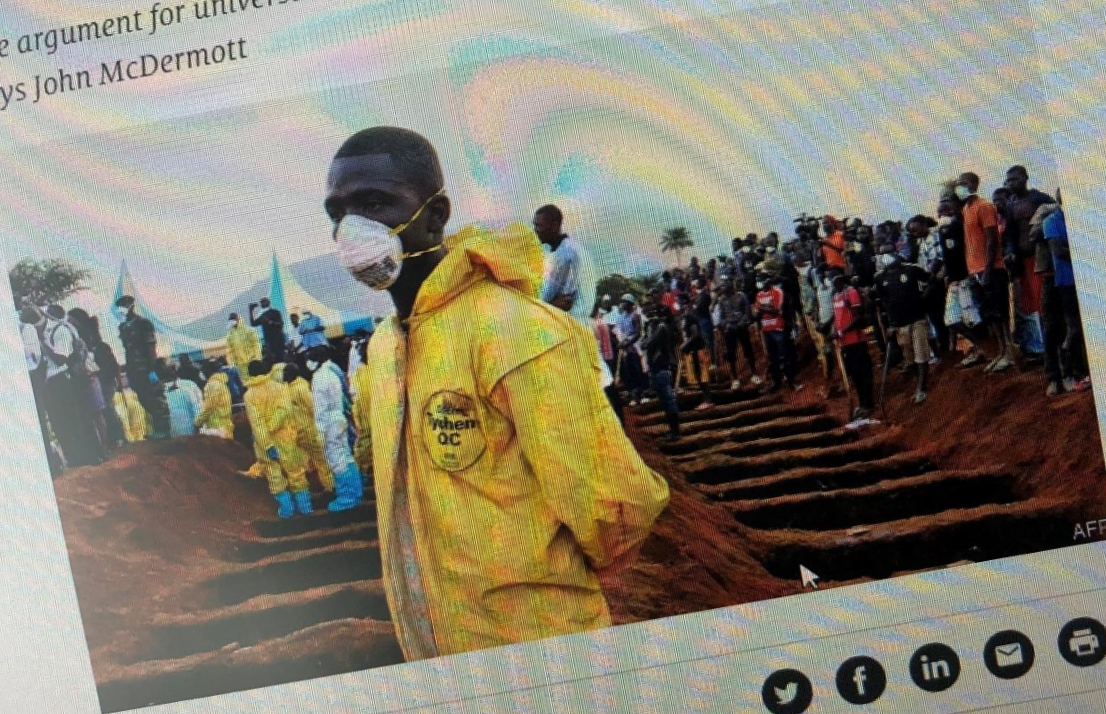
Pourquoi... ?



An affordable necessity

Both in rich and poor countries, universal health care brings huge benefits

The argument for universal health care is clear. But getting there is difficult,
says John McDermott



AFP



Print edition | Special report >
Apr 28th 2018

Les enjeux

- Les enjeux du dialogue politique :
 - Agir sur le terrain afin que les usagers deviennent “acteurs”
 - Agir au niveau des acteurs politiques – rôle des acteurs locaux

- Montée en puissance :
 - Contexte d’ouverture démocratique et citoyenne (valeurs)
 - Notion d’empowerment
 - Rôle des réseaux et moyens de communication
 - Rôle des associations de patients
 - Besoin d’efficience et mobilisation accrue des ressources domestiques

- Voies et moyens différents mais globalement convergents
(EG, assemblées nationales de la santé, forums, revues annuelles des performances du secteur de la santé, enquêtes, débats,...)



ORIENTATIONS POUR LES PAYS : LA VISION DE L'OMS



Le 13ème programme de travail de l'OMS

- **Universal Health Coverage:**

All people and communities receive needed quality health services without financial hardship

- **Health Systems Strengthening:**

The means to achieve UHC, Health Security and SDG's

- **WHO four modalities support:**

Tailored to country health system context



3. WHO in motion towards UHC

MODALITY 1: Policy Dialogue partner

WHO? RO/HQ : distance support & missions

- Strategic agreement on UHC support
- Policy dialogue support missions
- High level technical expertise
- Intercountry learning + normative guidance

Practical example 2016-2017

Greece: Policy dialogue on public health reform in Greece: public health in the 21st century

Examples of WHO products

IHR certification; Health reforms; laws & regulations; fiscal space; private sector; labour market; pricing policies; e-health policies; quality & safety policies; etc.

MODALITY 2: Strategic Supporter (~90 countries)

WHO? WCO: ~2 Staff HSS & IHR for UHC

- WCO UHC support plan development
- WCO national level day-to-day support
- WCO Long term policy dialogue expertise
- RO intercountry peer learning
- RO/HQ backstopping + normative guidance

Practical example 2016-2017

Tunisia: Citizen jury & public accountability

Moldova: PHC & Hospital reform

Morocco: Institutional review of the health sector agencies

Examples of WHO products

IHR capacity building; institutional reforms; performance assessments; accountability mechanisms; PFM assessments; interministerial dialogue on Health Workforce; data interoperability; AMR action plans; etc.

MODALITY 3: Technical assistance partner (~35 countries)

WHO? WCO: ~10 Staff HSS & IHR for UHC

- WCO UHC support plan development
- WCO national level day-to-day support
- WCO IHR&HSS expertise: all areas
- RO Missions & intercountry peer learning
- RO/HQ backstopping + normative guidance

Practical example 2016-2017

Burkina Faso: Health financing strategy

Guinea: Health workforce pre-service education

Sierra Leone: HRH strategy

Examples of WHO products

IHR roadmap development; donors coordination; district services management; health strategic plans; PFM bottlenecks assessment; workforce data collection; NHIS/DHIS implementation; PHC package development; etc.

MODALITY 4: Service Delivery partner (~10 countries)

WHO? WCO: ~30 Staff HSS & IHR for UHC

- WCO UHC support&Recovery plan development
- WCO national&sub-national day-to-day support
- WCO expertise: ALL areas (HSS/IHR/Emergency)
- RO/HQ intensified technical support Missions
- RO/HQ backstopping + normative guidance

Practical example 2016-2017

Yemen: Health sector support programme with WB, Unicef & WFP

South Sudan: donors coordination; national health policy

Examples of WHO products

Surveillance & basic IHR functions; donors coordination; essential governance functions; financial management; support to education institutions; procurement&supply of essential drugs & equipments; information systems essentials; etc.

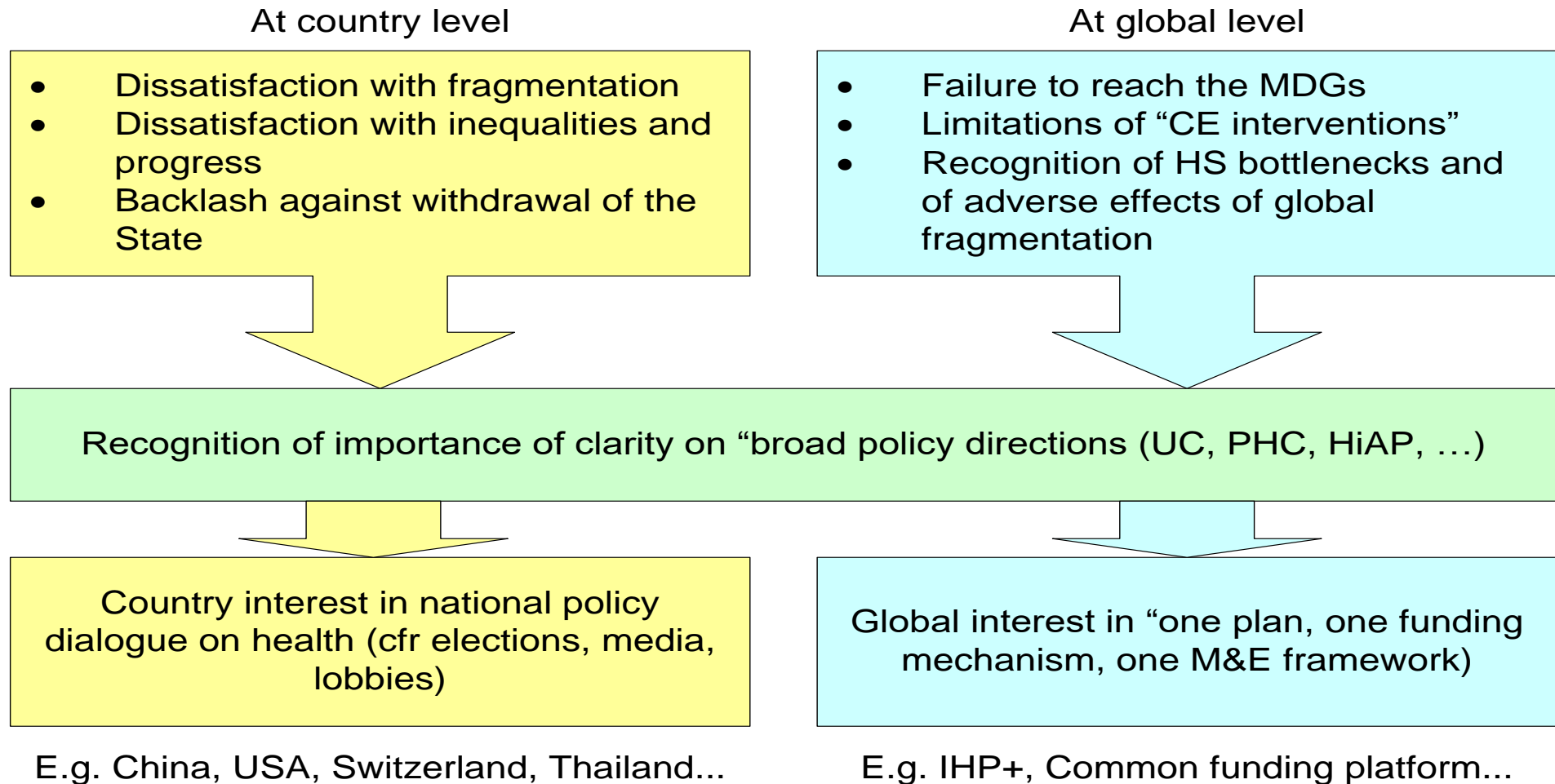
Modalités 3 & 4 Exemples!



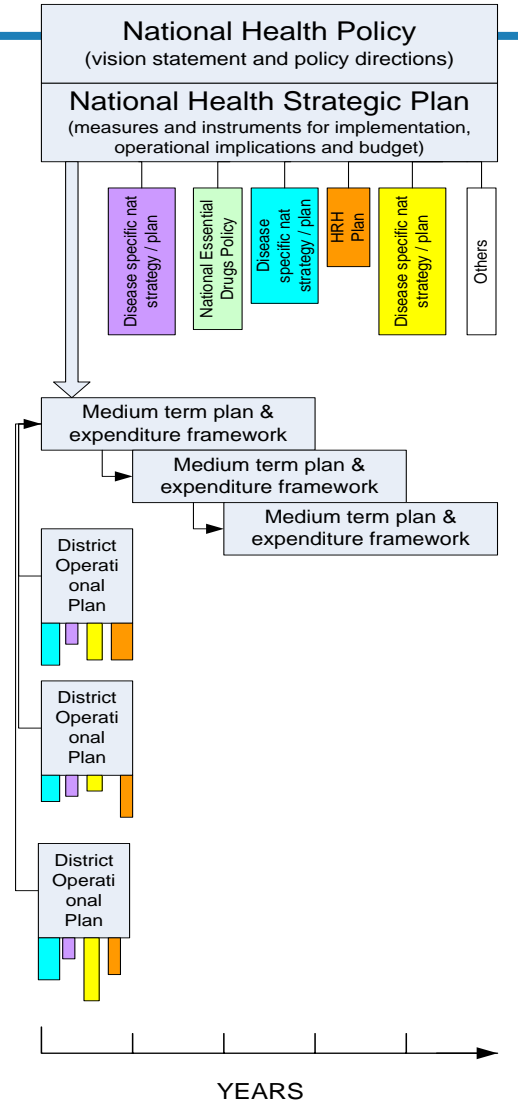
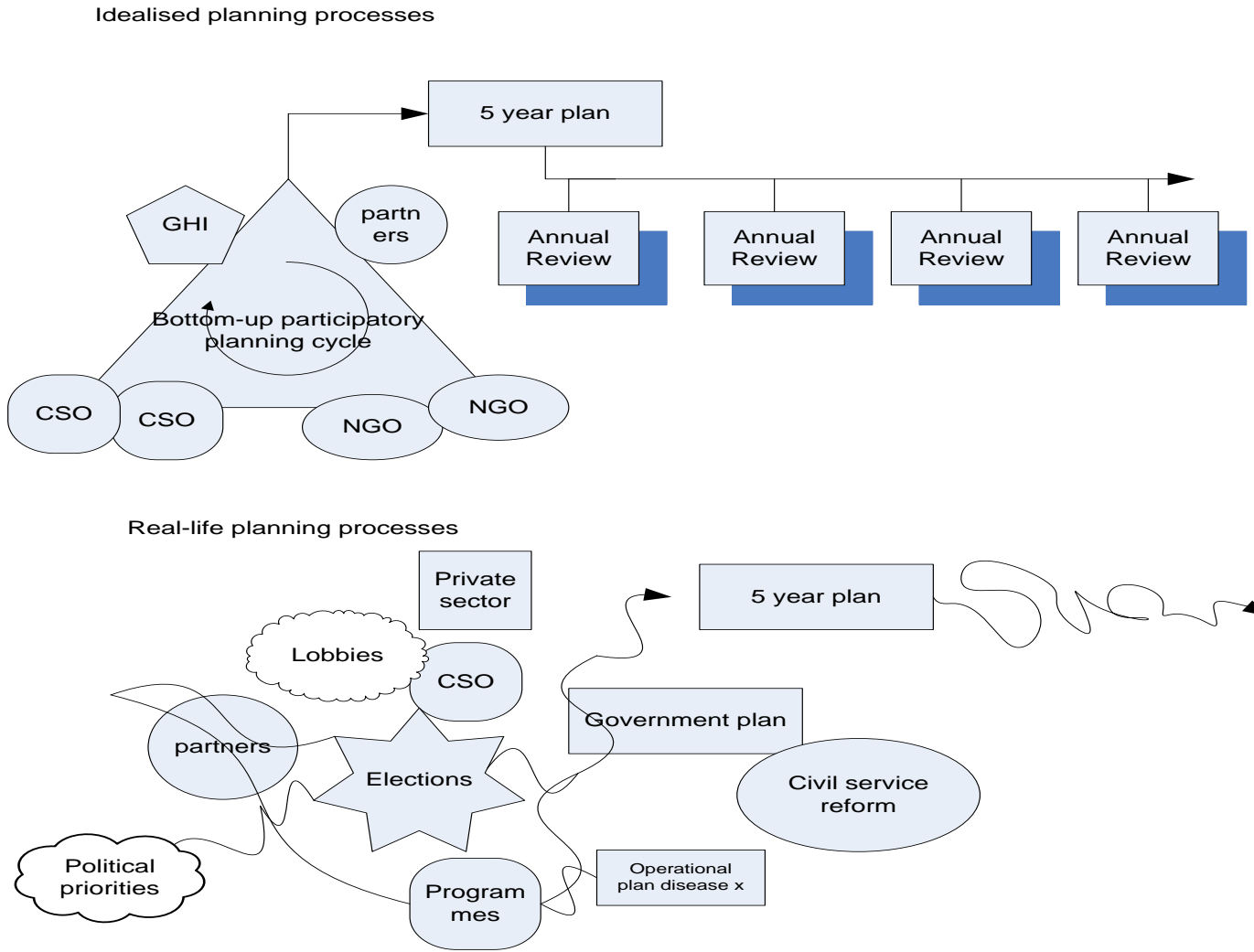
LES PLANS NATIONAUX DE SANTE



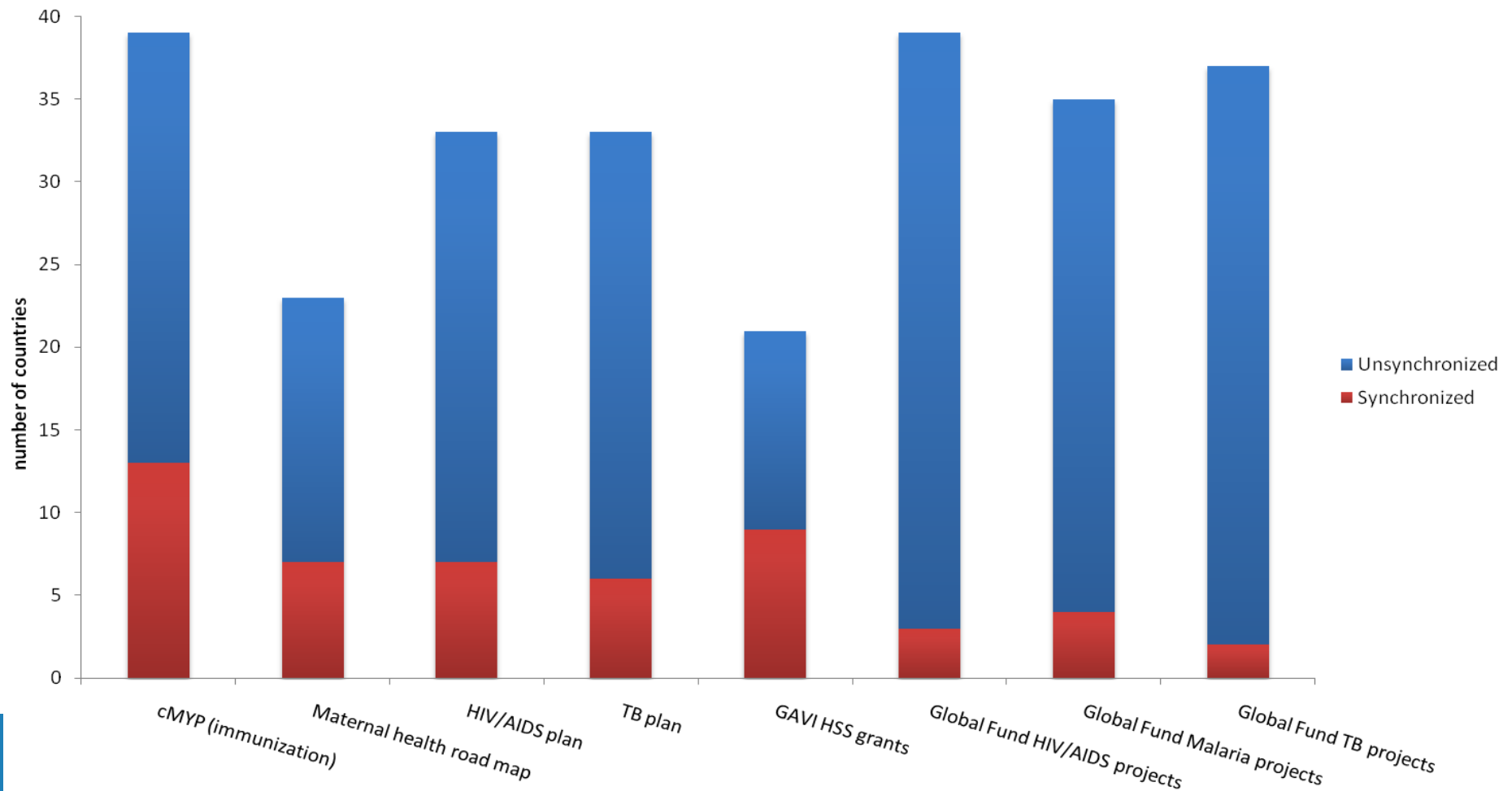
La réponse mondiale aux défis sanitaires est complexe : ...en termes de planification et de gouvernance



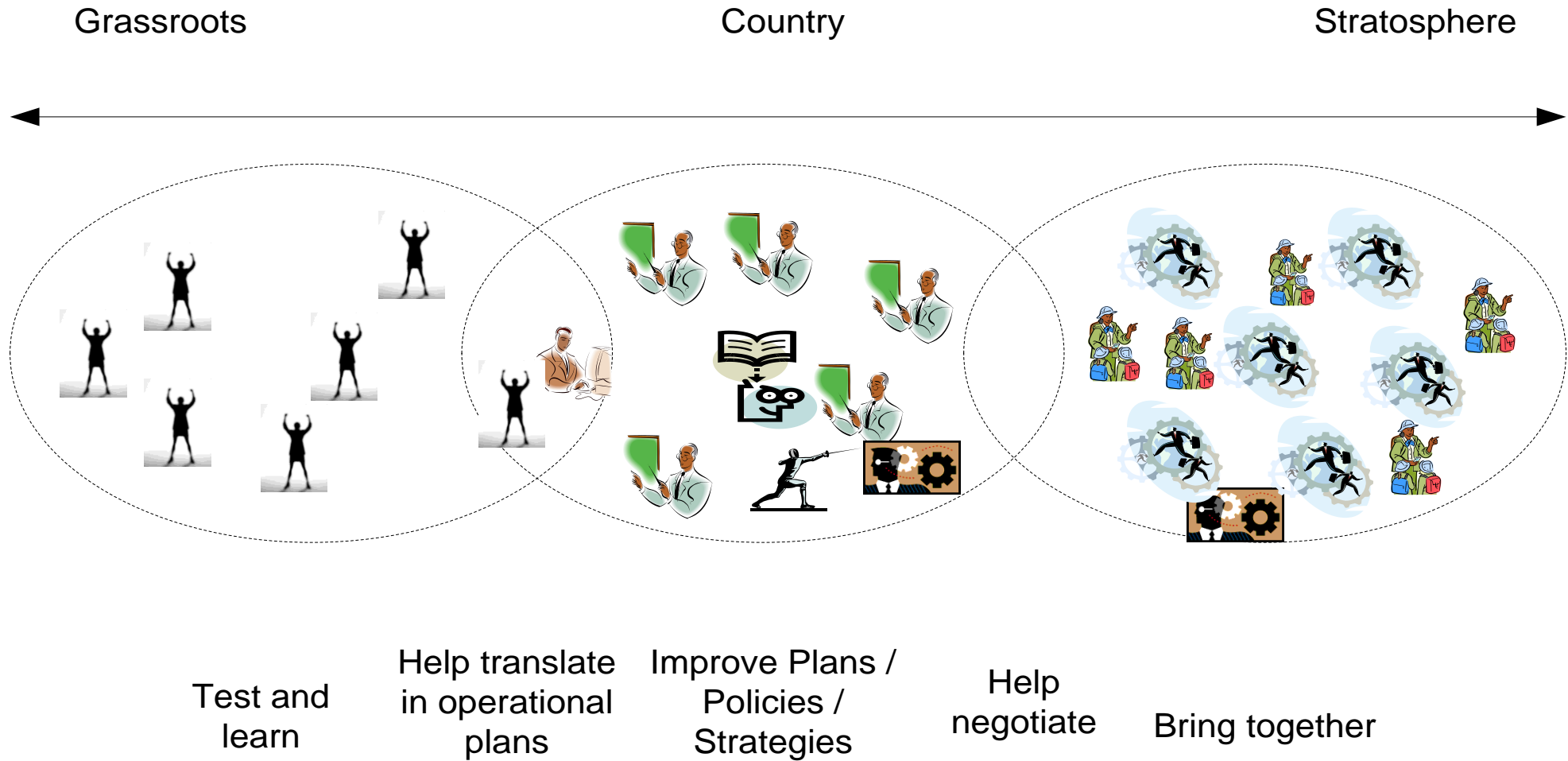
C'est compliqué: des processus, des parapluies et beaucoup de confusion terminologique



Absence de synchronisation



Où faut-il travailler?



Ce que l'OMS devrait faire

- Au niveau pays:
 - Des plans meilleurs: globaux, équilibrés, mis-en-oeuvre, synchronisés, appropriés
 - Des processus meilleurs: inclusifs, orientés vers des résultats
 - Des services intégrés: SSP, CUS, SantéPT
- A l'interface :
 - Renforcer la capacité de négociation
- Au niveau global:
 - l'effectivité de l'aide et ses conséquences
 - L'importance de la santé dans l'après OMD



COMMENT PASSER À L'ECHELLE ?



Un exemple d'appui pays relatif aux politiques de santé et à la planification stratégique

Universal Health Coverage Partnership
A country-level resource for [uhc2030](#)

Home About Target Countries Reports Handbook Stories & Events Partners Contact

World Health Organization
LUXEMBOURG AID & DEVELOPMENT
Irish Aid
en / fr

The UHC Partnership supports policy dialogue, with a view to promoting universal health coverage in 66 partner countries.

Learn More >

STORIES FROM THE FIELD

Tunisia
Towards a National Health Policy: Societal Dialogue in Tun...
Phase 1: Aligning citizen's aspirations with the Tunisian health policy Following the Jasmine Revolution in 2011, new opportunities...

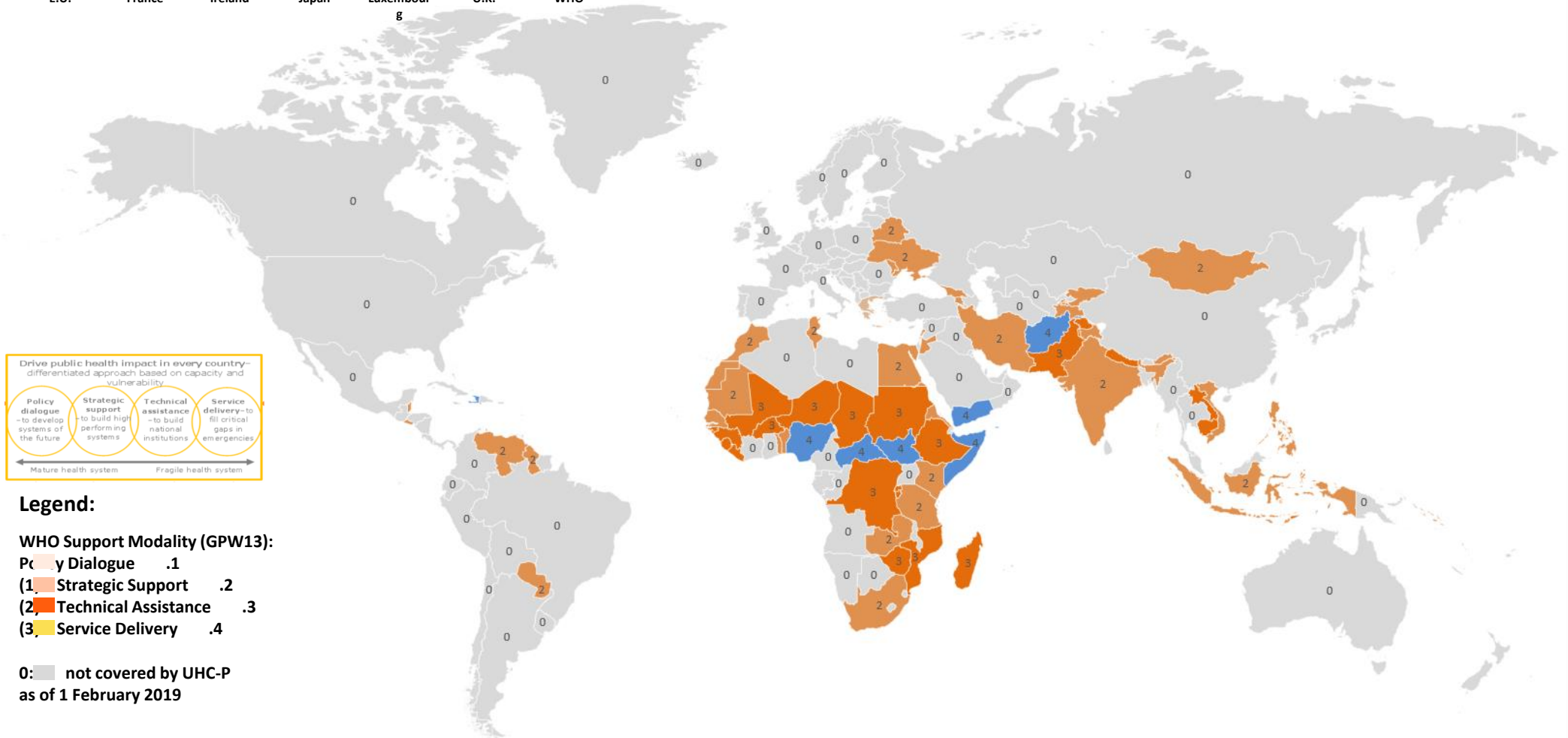
Mauritius
Hear the voices of the population: Mauritius kick-starts s...
Understanding the needs and expectations of the population in a country is of immense importance, and more countries have started to run...

ABOUT THE UHC PARTNERSHIP

5th annual meeting ...
ANNUAL MEETING PARTNERSHIP
TECHNICAL WORKSHOP
CELEBRATE - SHARE - INSPIRE
BRUSSELS, 21-25 MARCH 2017



UHC Partnership – February 2019



Activities: 15+ areas of work around 3 pillars

Three thematic pillars

- I Strategic planning & health systems governance
- II Health financing
- III Effective development cooperation





October 2015

L'engagement de
Grand-Duché de
Luxembourg pour
la couverture sanitaire universelle



Republic of Moldova
Health Policy Paper Series No. 16

Framework for addressing
out-of-pocket and informal
payments for health services
in the Republic of Moldova

THE EU-
LUXEMBOURG-
WHO
UNIVERSAL
HEALTH
COVERAGE
PARTNERSHIP

Universal Health Coverage Partnership
Technical Meeting

16-18 September 2014
Hammamet, Tunisia

Meeting Report

dialogue
country
health
national
development

SIERRA LEONE

Three years on from the devastating Ebola outbreak, Sierra Leone is in the process of restoring and strengthening its health infrastructure capacity, with coordinated efforts between national authorities and international partners.

HEALTH SECTOR RECOVERY PLAN, 2015-2020

7 396 190 TOTAL POPULATION	51 YEARS LIFE EXPECTANCY AT BIRTH, (2015)	2435 TOTAL HEALTH EXPENDITURE PER CAPITA, (2014)
61% OUT OF POCKET EXPENDITURE AS % OF TOTAL HEALTH EXPENDITURE, (2014)	11% GENERAL GOVERNMENT HEALTH EXPENDITURE AS % OF GENERAL GOVERNMENT EXPENDITURE, (2014)	1% EXTERNAL AID AS % OF TOTAL HEALTH EXPENDITURE
4 RURAL POPULATION WITH ACCESS TO IMPROVED SANITATION FACILITIES, (2015)	7% DTP3 IMMUNIZATION COVERAGE AMONG 1-YEAR-OLDS, (2016)	63% TUBERCULOSIS TREATMENT COVERAGE, (2016)

SUDAN

Despite decades of conflict, poor infrastructure and significant regional and urban-rural disparities, Universal Health Coverage is gaining momentum in Sudan thanks to strong government leadership, progressive policy frameworks and the support of WHO and other partners.

25 YEARS STRATEGIC PLAN FOR HEALTH SECTOR, 2004-2027

39 578 828 TOTAL POPULATION, (2016)	64 YEARS LIFE EXPECTANCY AT BIRTH, (2015)	282\$ TOTAL HEALTH EXPENDITURE PER CAPITA, (2014)	63% TUBERCULOSIS TREATMENT COVERAGE, (2016)
76% OUT OF POCKET EXPENDITURE AS % OF TOTAL HEALTH EXPENDITURE, (2014)	12% GENERAL GOVERNMENT HEALTH EXPENDITURE AS % OF GENERAL GOVERNMENT EXPENDITURE, (2014)	3% EXTERNAL AID AS % OF TOTAL HEALTH EXPENDITURE, (2014)	51% ANTENATAL CARE COVERAGE, (2014)
7 HOSPITAL BEDS PER 10 000 POPULATION, (2009)	13% RURAL POPULATION WITH ACCESS TO IMPROVED SANITATION FACILITIES, (2014)	93% DTP3 IMMUNIZATION COVERAGE AMONG 1-YEAR-OLDS, (2016)	78% BIRTHS ATTENDED BY SKILLED HEALTH PERSONNEL, (2014)

CURRENT PRIORITIES

Health reforms have been underway for at least a decade in Sudan, with a focus in recent years on strengthening strategic planning. Since 2016, a Health Policy System document provides guidance to the process. Major policies to reinvent the health system are now in place, including health finance, family health, a global health strategy and a health-in-all policies roadmap. Health financing reforms include progressive taxation, pooling arrangements and increasing efficiencies through cost containment, strategic purchasing and a focus on public goods and public health. A new National Health Policy 2016-2027 is in development. Following the 2008-2011 Health Financing Review, a new body chaired by the Health Sector Coordinating Council (NHSCC) was entrusted to oversee the implementation of the Health Sector Strategy. A Joint Annual Review of the Health Sector began this year.

le de financement de la santé
au Togo :
le et analyse du système

Rapport final, mai 2016

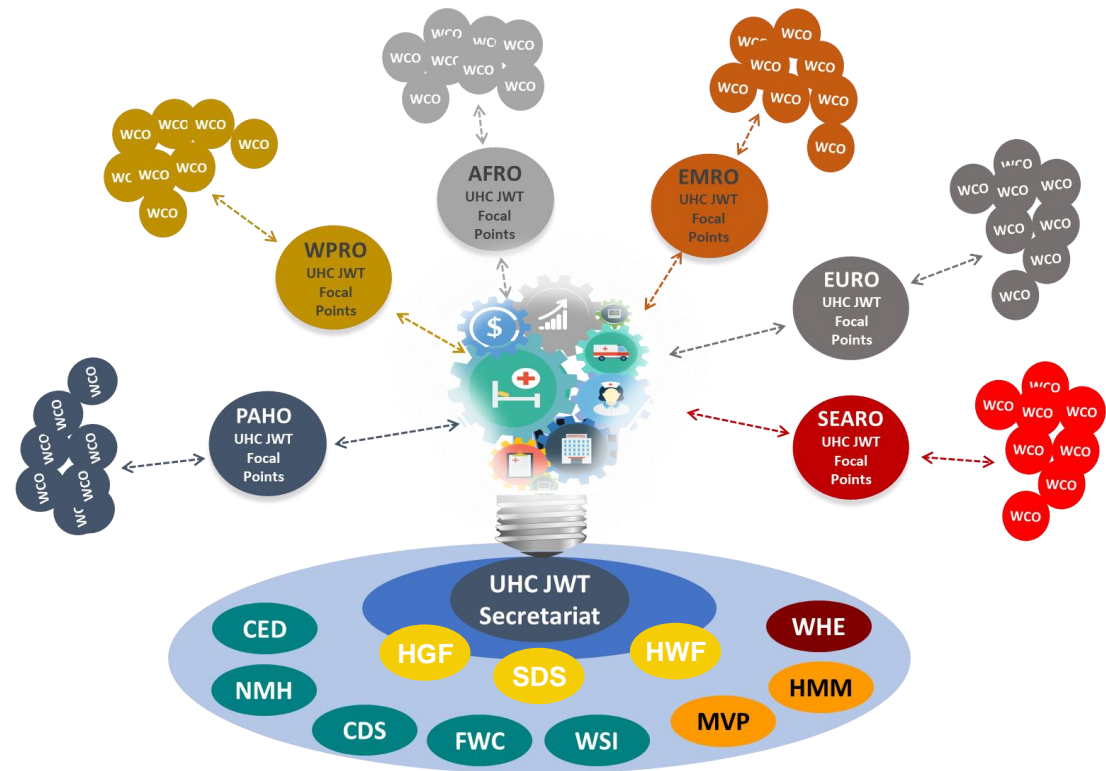
Comité National de Promotion de la
Protection Sociale

The UHC Joint Working Team

Coordination, development, implementation, monitoring and evaluation of **UHC Country Support Plans** across clusters and three levels of the Organization.

Principles

- Driven by the 13th GPW
- Bottom-up process
- Country ownership
- Tailored to country priorities
- Flexibility
- Results-oriented process
- Accountability



2018 GLOBAL WHO UHC CSP SNAPSHOT



67
UHC Partnership
Countries



33
WHO Health
Advisors on the
Ground

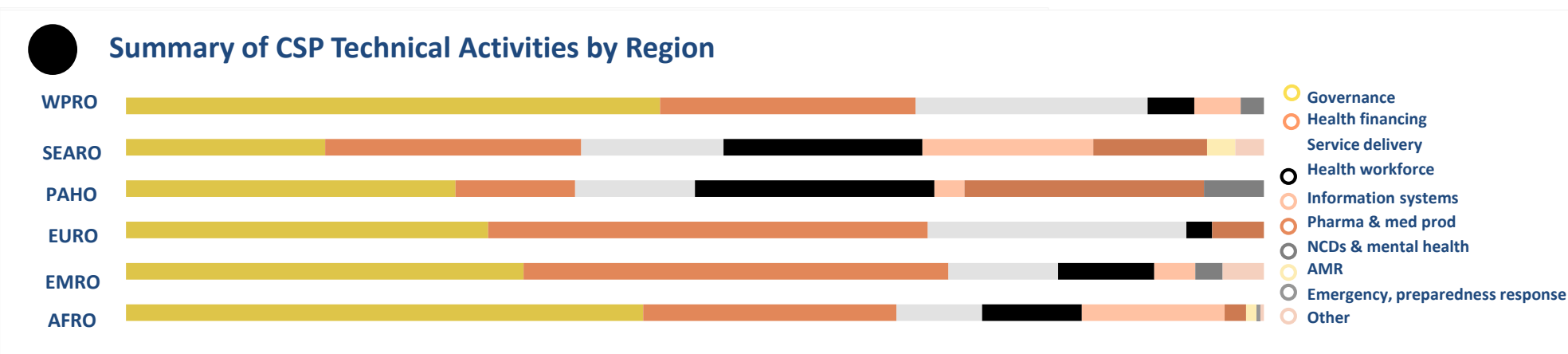
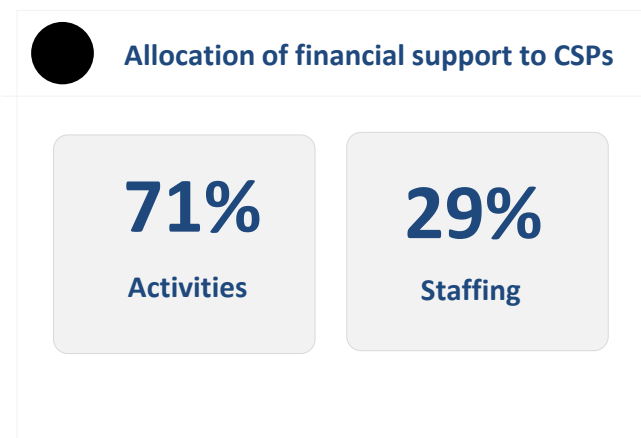
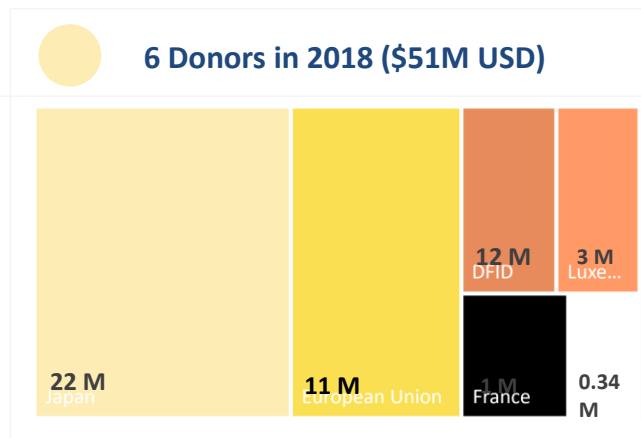
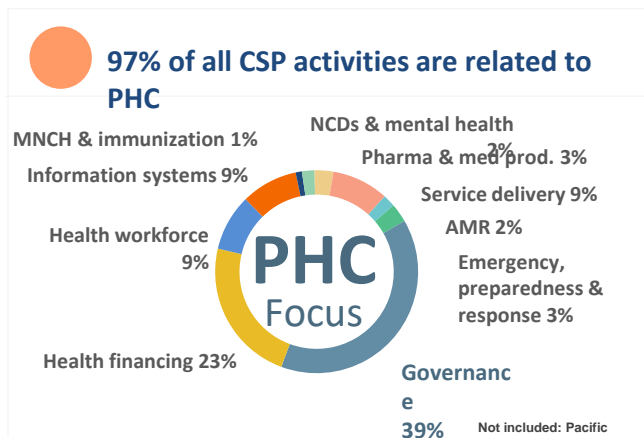
6
WHO Regional
Offices



51
Million \$ of
Flexible Funding
to WHO



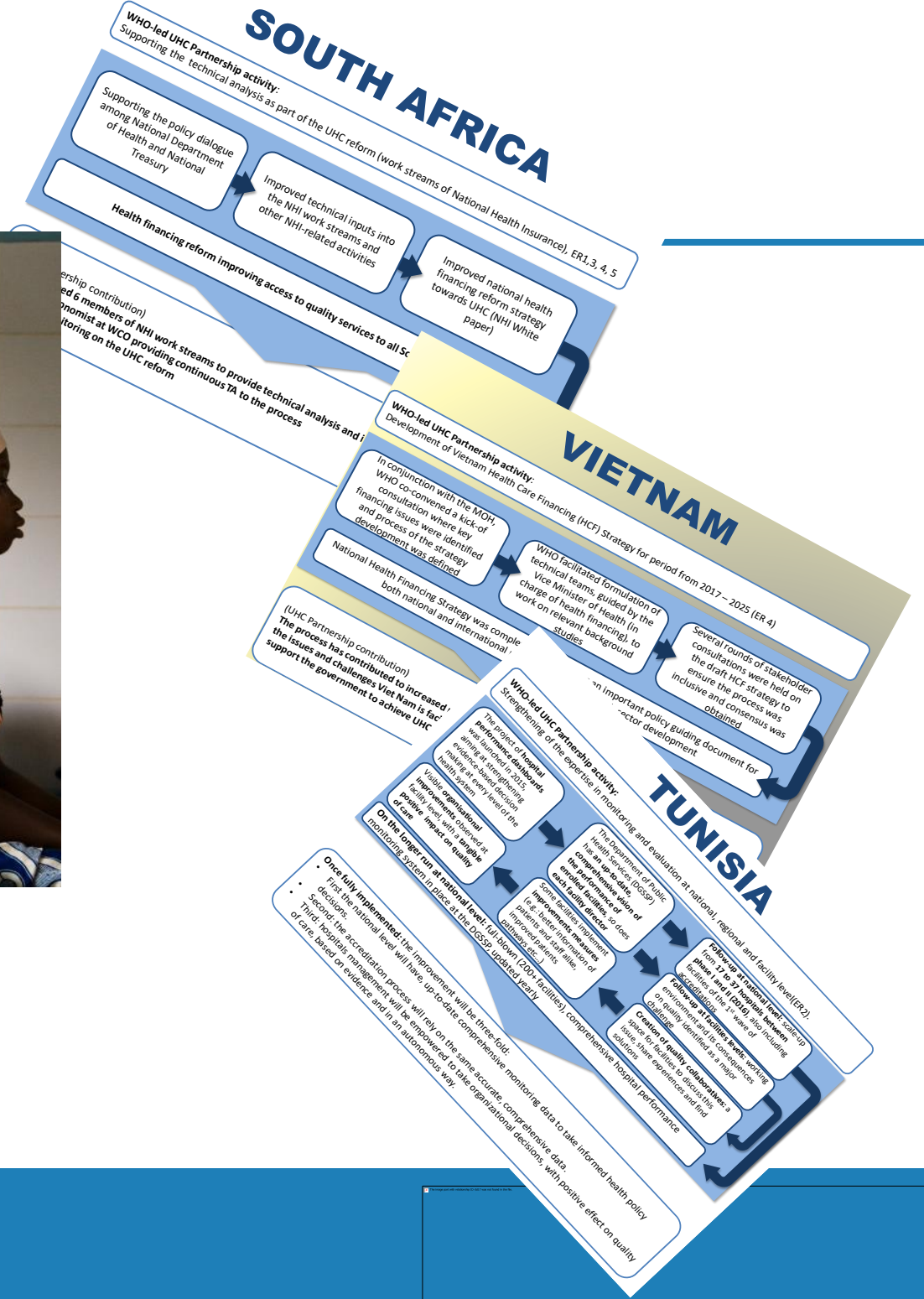
2018 UHC COUNTRY SUPPORT PLAN OVERVIEW





A realist approach to studying the UHC-Partnership

Emilie Robert, PhD | McGill University (QC, Canada)
 Denis Porignon, PhD | WHO (Geneva, Switzerland)
 Valéry Ridde, PhD | Montreal University (QC, Canada)



TUNISIE : LE DIALOGUE SOCIÉTAL



An example... Tunisia ^[1/4]

- Contexte post révolution Printemps Arabe en 2010-2011
- Support to the MoH starting 2011 to Strengthen the MoH capacity (steering and technical committees)
- In 2012, 4 thematic working groups (UHC, Soc. Determinants Health, Governance, & Human resources + health information)
- What are the Perception and expectations of the population? -> choices on policy options... launch of the "societal dialogue"

An example... Tunisia [2/4]

- As a result, 20 focus groups with population and specific targets, thematic workshops, use of key informants, expert panels
- Weekly broadcast programme "santé et société" on national TV
- High level of motivation/commitment of various individuals and groups involved
 - Local consultants are supporting the thematic group (2 of them are continuing on a voluntary basis)
 - Meeting every month of the thematic groups
 - Restricted committee informs the Minister every month of the activities
 - None of the members of the various committees is remunerated

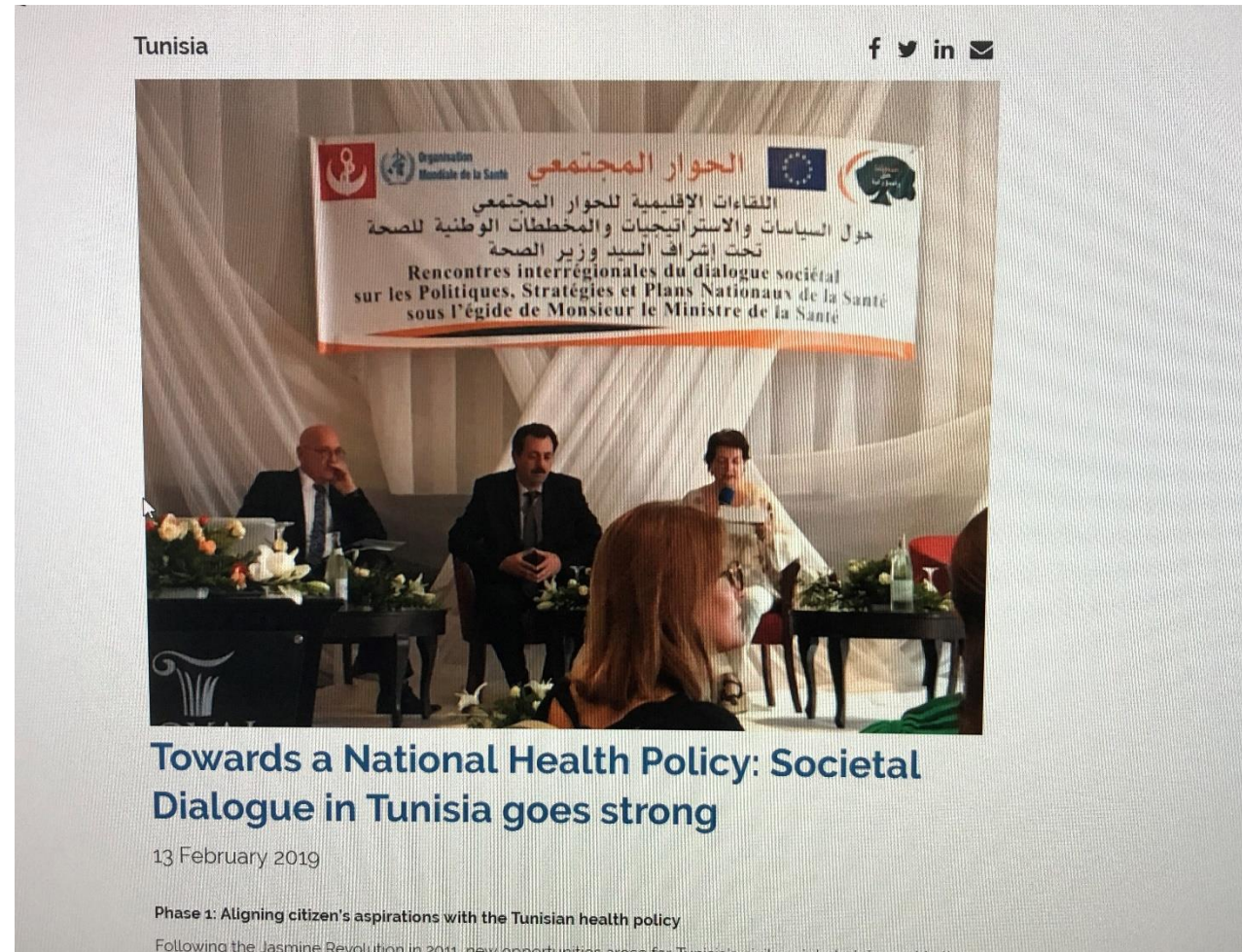


An example... Tunisia ^[3/4]

- End of 2013 validation of the thematic reports internally and with "grands regards" from outside
- In 2014, large public consultation more than 4000 people in the 12 Governorates of the country
- In September 2014, first ever "Conférence nationale de la Santé", the Prime Minister receives from the population a "Livre Blanc" summarizing their expectations for the health system reforms

An example... Tunisia [4/4]

- In 2017, redynamisation du processus pour développer une nouvelle politique nationale de santé et un nouveau plan sanitaire 2019-2024.



Merci !



#UHC Partnership

www.uhcpartnership.net